



COLEGIO
MEDICO

PUBLICACION CIENTIFICA
DEL COLEGIO MEDICO
DE HONDURAS

Revista MEDICA Hondureña

ISSN 0375-1112

VOLUMEN 69 - No. 2 Abril, Mayo, Junio 2001





Publicación Científica
del Colegio Médico de Honduras
(fundada en 1930)

Revista **MEDICA** Hondureña

Vol. 69, No. 2 Abril, Mayo, Junio; pp. 45-84

CONSEJO EDITORIAL

DRA. ODESSA HENRÍQUEZ RIVAS
DIRECTORA

DR. GUILLERMO PÉREZ MUNGUÍA
SECRETARIO

CUERPO DE REDACCIÓN

DRA. JACKELINE ALGER
DRA. ALICIA RIVERA
DR. MÁXIMO LÓPEZ SUAZO
DR. EDUARDO CÁLIX PERATTO
DR. MARIO MENDOZA

ADMINISTRACIÓN

COLEGIO MÉDICO DE HONDURAS

APARTADO POSTAL No. 810
TEGUCIGALPA, HONDURAS
TEL. 232-7985, 231-0518, FAX: 232-6573
Email: colmedh@hondudata.com
Sitio Web: www.cm-h.org

EDITORIAL

La Plaga Parda

Fumar tabaco no sólo es un "vicio" o un hábito, es una drogadicción, pues en el consumo de esta sustancia se cumplen todos los criterios de una adicción: existencia de tolerancia, dependencia, síndrome de abstinencia y comportamiento compulsivo para la obtención de la misma. La responsable del tabaquismo es la nicotina, cuyo poder adictivo es similar al de la cocaína y la heroína.

El consumo de tabaco, en cualquier forma, es uno de los retos de salud que enfrentan todos los países. Sólo en las Américas hay cerca de novecientos mil defunciones al año y en el mundo mueren, en ese mismo período, cuatro millones de personas por ser fumadoras.

El tabaco es una amenaza mundial que requiere (según la OMS) de una respuesta también mundial, pues de continuar los niveles progresivos de consumo, en el año 2030 habrá diez millones de muertes por enfermedades relacionadas con el uso del tabaco, ya se trate de personas fumadoras o de gente que comparten espacios con ellas. De esta cifra aterradora el 70% corresponderá a países en desarrollo.

El tabaquismo está asociado, de manera incuestionable, al cáncer pulmonar; también se ha comprobado su relación con patologías de otros órganos, como cáncer de boca, laringe, vejiga y esófago. Algunas formas de hipertensión arterial y el infarto de miocardio en adultos jóvenes están asociados a la nicotina. La bronquitis crónica y el enfisema pulmonar son manifestaciones frecuentes del tabaquismo.

Estudios realizados por el IHADFA nos indican que un 27.8% de los niños de quinto y sexto grado de primaria han fumado alguna vez en su vida. En estudiantes de secundaria este porcentaje alcanza el 35.9%. Otras investigaciones nos revelan que las edades de mayor riesgo para el inicio del consumo de tabaco y otras drogas se encuentra entre los doce y los diecisiete años. Estudios en universidades nos dicen que la prevalencia de vida para el consumo de tabaco es de 51.4%; con un consumo actual de 34.8% con relación a los que han fumado alguna vez en su vida.

En Honduras, desde hace más de diez años, se han dado muestras de preocupación por el avance de "La Plaga Parda", como llamó al tabaquismo el doctor Carlyle Guerra de Macedo, ex - director general de la OPS. Las Secretarías de Salud y Educación han emitido sendas disposiciones prohibiendo fumar en sus instalaciones. Lo mismo hizo la UNAH y, en fecha reciente, se ha pronunciado en igual forma el IHSS. El IHADFA emitió, hace algunos años, un Reglamento regulando la publicidad de los productos derivados del tabaco.

Los médicos hondureños podemos hacer mucho para disminuir los índices de tabaquismo en el país, tarea que resultará más efectiva si predicamos con el ejemplo.

Dagoberto Espinoza Murra
Director del IHADFA

Trauma por Caída de Automóvil en Movimiento: ¿Puede prevenirse?

*Trauma from moving automobile falls:
Can it be prevented?*

Dr. Jorge Eduardo Ortega*, Dr. Abel Leonardo Vásquez†, Dra. Fanny Graciela Young,†
Dr. Carlos Roberto Contreras*, Dra. Ena Isabel Miller*

RESUMEN. Se obtuvieron datos de todos los pacientes que acudieron a la Sala de Emergencia del Hospital "Dr. Mario Catarino Rivas", con historia de haber sufrido caída de la sección de carga de un automóvil pickup en movimiento. El estudio duró seis meses. Durante ese período ingresaron 168 personas lo que en promedio nos da un paciente diario con trauma. La población más afectada es la procedente del área rural, sexo masculino y edad comprendida entre los 11 y 30 años. La mortalidad registrada en la Sala de Emergencia fue de 14.3%. El 70% de los pacientes presentaba trauma múltiple. El trauma producido por caída de un automóvil en movimiento puede prevenirse.

PALABRAS CLAVE: *Trauma, Trauma Múltiple.*

ABSTRACT. Data was obtained from all the patients who have been in the Emergency Room of "Dr. Mario Catarino Rivas" Hospital, with a history of falling from the back of a moving pick-up truck. The study lasted six months. During this time, 168 people were

admitted, which gives us an average of a patient per day with trauma. Most affected persons were from the rural area with males between the ages of 11 and 30 years being the most affected. The mortality rate registered in the Emergency Room was 14.3%. The 70% of our patients had multiple trauma. The trauma produced from falling from a moving automobile can be prevented.

Keywords: *Trauma, multiple trauma.*

INTRODUCCION

A nivel mundial el trauma es la primera causa de muerte en la población menor de 40 años. Considerando la pérdida de vidas a una edad temprana y los costos económicos que la atención del paciente con trauma requiere, muchos países han desarrollado, con gran éxito, ambiciosos programas de prevención.¹⁻³

El primer punto a considerar en el desarrollo de un programa de prevención del trauma es reconocer que el término "accidente" denota un acontecimiento que se sale totalmente de control y por lo tanto no puede ser prevenido. Este término no siempre es el apropiado para referirse a un evento que conduce al trauma en vista de que, en muchos de los casos, el evento del trauma es predecible en grupos de alto riesgo. Estos eventos que pro-

* Neurocirujano

† Médico General

† Médico General Servicio de Emergencia del Hospital Nacional "Dr. Mario Catarino Rivas".

Dirigir correspondencia a: E-mail jeortega@sigmanet.hn

ducen trauma, especialmente entre los grupos de alto riesgo, pueden ser analizados y definirse factores etiológicos específicos. Estos factores etiológicos pueden ser modificados y lograr una reducción en el número y en la severidad de estos eventos que producen el trauma. Como muchos eventos de trauma pueden prevenirse, el término que se ha considerado mas apropiado es el de "**incidente**".³

La estrategia de prevención ha demostrado ser más efectiva cuando es dirigida a grupos de alto riesgo. Los médicos juegan un papel preponderante y cada vez su participación ha sido más activa orientando a la comunidad en general, y a las autoridades en particular, sobre las diferentes formas de prevención.

La prevención en el trauma también es posible y debe ser entendida en tres diferentes niveles:³

- a) **Prevención primaria:** Disminuir o eliminar los riesgos que conducen al incidente. Ejemplo: la señalización vial, la construcción de puentes peatonales en las vías de alta velocidad, prohibir el transporte de personas en las pailas de los carros, etc.
- b) **Prevención secundaria:** Reducir la severidad de los daños durante el incidente. Ejemplo: Fomentar la utilización de los cinturones de seguridad en los automovilistas, exigir el uso del casco en los motociclistas, vigilar el cumplimiento en la capacidad de pasajeros en los autobuses interurbanos, prohibir el transporte de las personas en las pailas de los carros, etc.
- c) **Prevención terciaria:** Incluye todos los esfuerzos que siguen al incidente para optimar el manejo del paciente y, por lo tanto, prevenir complicaciones o la muerte. Ejemplo: crear unidades de socorro y transporte, establecer unidades hospitalarias especializadas en el cuidado del paciente con trauma, capacitación permanente del personal médico y paramédico, etc.

Las muertes debido al trauma pueden ser consideradas en tres diferentes grupos:

El primer grupo reúne a más de la mitad de todas las muertes por trauma. Estas muertes ocurren en el lugar del

incidente y es el resultado de daño severo del cerebro, médula espinal, corazón y grandes vasos. A pesar de todos los avances que se implementen en el cuidado de estos pacientes, hoy día, muy poco puede hacerse para reducir esta mortalidad.

El segundo grupo representa aquellas muertes tempranas que ocurren dentro de las primeras horas después del trauma y se debe a la presencia de hematoma subdural o epidural, hemo neumotórax, ruptura esplénica, laceración hepática, fractura de pelvis o trauma múltiple asociado a considerable pérdida sanguínea. La sistematización en la atención de estos pacientes ("ATLS course" por sus siglas en inglés) ha probado ser el arma más importante con el que se cuenta actualmente para reducir esta mortalidad.

El tercer grupo reúne a aquellas muertes que ocurren varios días o semanas después del trauma debido a sépsis o a falla orgánica múltiple.^{3,4}

En Honduras uno de los mecanismos frecuentes de trauma es la caída de pasajeros de un automóvil en movimiento debido a la costumbre de transportarse en la parte trasera de los carros tipo paila. Este mecanismo de trauma puede considerarse como un verdadero problema de salud pública debido a su alta incidencia y a su gran morbilidad y mortalidad.⁵

No se logró encontrar literatura sobre este mecanismo de trauma.

Debemos considerar que existe un sub-registro de este mecanismo de trauma debido a que muchas de las personas que sufren caída de un automóvil en movimiento mueren en el lugar del trauma, otras personas, las mas afortunadas, tienen traumas menores, y en ambos casos no son llevados a un hospital.

El 60% de todas las muertes por accidente vehicular está asociado a la presencia de trauma craneo encefálico, sin embargo, también pueden presentarse lesiones torácicas o abdominales que comprometen la vida y ameritan atención inmediata. Otro tipo de lesiones pueden pasar inadvertidas al momento del ingreso y dar manifestaciones horas más tarde o en los días posteriores.^{3,6-9}

METODOLOGIA

Se realizó un estudio de carácter descriptivo y transversal en el Hospital Nacional "Dr. Mario Catarino Rivas" incluyendo a todos los pacientes que ingresaron a la sala de emergencia con historia de haber sufrido caída de la paila de un automóvil en movimiento, durante el período comprendido del 15 de noviembre de 1999 al 15 de mayo del 2000 (6 meses). Se registraron un total de 168 pacientes y se estudió sus rangos de edad, sexo, localización del incidente (urbano o rural), morbilidad y mortalidad, determinada en la sala de emergencia. Se incluyó a todos los pacientes, no hubo exclusiones.

RESULTADOS

Se registró un total de 168 personas traumatizadas en el periodo comprendido de 6 meses (180 días): 26.8% del sexo femenino y 73.2% del sexo masculino. El 75.6 % de los accidentes ocurrió en el área rural y un 24.4% en el área urbana. La población mas afectada fue la comprendida entre las edades de 11 a 30 años llegando a representar el 64.27% de los pacientes, (Cuadro No. 1).

La mortalidad en la sala de emergencias fue de 24 pacientes, lo que representa un 14.28% de los pacientes

atendidos. La mayoría de estas muertes ocurrió en las primeras 48 horas posteriores al trauma relacionadas al trauma craneo encefálico severo y asociado a daño axonal difuso o contusiones cerebrales. En el Cuadro No. 2 se describen las lesiones observadas.

No se registró la morbilidad ni mortalidad de los pacientes después de su egreso de la sala de emergencia.

DISCUSION

El trauma producido por caídas de un automóvil en movimiento es potencialmente mortal ya que no sólo debe considerarse la altura de la caída (altura del automóvil) sino también la velocidad del automóvil (Inercia) al momento del incidente.

La caída de una persona desde un automóvil en movimiento, como factor etiológico, se presentó con una frecuencia de una persona por día. Esto sólo en nuestro hospital.

El 51% de los pacientes atendidos eran menores de 20 años de edad. Los menores de 40 años de edad representan el 90% de los traumatizados. Se demuestra que los niños y la población joven son los más afectados por este mecanismo de trauma.

CUADRO No. 1
CONSOLIDADO DE CARACTERISTICAS DE LA POBLACIÓN ESTUDIADA

RANGOS DE EDAD	SEXO		LOCALIZACION DEL ACCIDENTE							
			URBANO (%)				RURAL (%)			
N	(%)	F	(%)	M	(%)	URBANO (%)	RURAL (%)	URBANO (%)	RURAL (%)	
Menor de 10 años:	27	(16.1)	11	(6.5)	16	(9.5)	03	(1.8)	24	(14.2)
11-20 años	59	(35.1)	15	(8.9)	44	(26.2)	16	(9.5)	43	(25.6)
21-30 años	49	(29.2)	8	(4.7)	41	(24.4)	18	(10.7)	31	(18.4)
31-40 años	15	(8.9)	2	(1.2)	13	(7.7)	03	(1.8)	12	(7.1)
41-50 años	09	(5.4)	5	(3.0)	4	(2.3)	01	(0.6)	08	(4.7)
más de 50 años	09	(5.3)	4	(2.3)	5	(3.0)	00	(0.0)	09	(5.3)
TOTAL	168	(100.0)	45	(26.8)	123	(73.2)	41	(24.4)	127	(75.6)

En la estadística presentada por el Dr. Ulrich (Alemania), en la cual se consideraron todos los pacientes atendidos por trauma (todo tipo de trauma), se encontró que el 54% de la mortalidad registrada ocurría en el lugar del accidente o durante su transporte al hospital, es decir que, más de la mitad de todos los pacientes que fallecieron, no lograron llegar al hospital. El 25% de la mortalidad ocurrió durante el primer día y el 21% restante ocurrió días o semanas posteriores al trauma. Este dato debe analizarse con cuidado, ya que nuestro estudio incluyó únicamente la mortalidad registrada en el segundo grupo (los que lograron llegar al hospital y fallecieron en la sala de emergencias). De manera que podríamos deducir que, en nuestro estudio, se ha considerado solo un 25% de la mortalidad real, es decir, que la mortalidad por caída de un automóvil en movimiento seguramente es mucho mayor.

El 70% de nuestros pacientes sufrió trauma múltiple, esto es, la afección de más de dos partes del cuerpo o de varios órganos y sistemas. El trauma craneo encefálico se encontró en el 54.7% de nuestros pacientes; trauma raquimedular en 8.33% y casi la mitad de ellos con sección medular, 3.5%. Es muy probable que el bajo

número de trauma de extremidades, 29.6%, y trauma toraco-abdominal registrado en nuestro estudio, 11.3%, sea debido a que esta patología es resuelta en los hospitales regionales. (Cuadro No. 2).

El Dr. Ulrich presentó también la inversión, en costos económicos, que la atención de los pacientes con trauma exige, éstos andan en el orden de los ciento veinte mil (120,000) dólares americanos por persona. En nuestro estudio no se consideró el factor económico.

CONCLUSION

Las lesiones sufridas por personas que caen de un automóvil en movimiento son graves, incapacitantes y muchas veces mortales. Este mecanismo de trauma y sus lesiones deben prevenirse prohibiendo el transporte de personas en las pailas de los carros.

Debe involucrarse a todos los sectores y agrupaciones de nuestro país en la elaboración de un programa serio para la prevención del trauma.

**CUADRO No. 2
LESIONES OBSERVADAS**

LESION	N	%	ALEMANIA (%)
a) Trauma craneo encefálico	92	54.7	(69.0)
Contusión cerebral	(31)	(18.4)	
Hematoma subdural	(27)	(16.0)	
Fractura de bóveda craneal	(23)	(13.7)	
Fractura de base de craneo	(18)	(10.7)	
Daño axonal difuso	(11)	(6.5)	
Hematoma epidural	(9)	(5.3)	
b) Fractura huesos de la cara	7	4.2	
c) Trauma raquimedular	14	8.3	(14.0)
Sección medular	(6)	(3.5)	
d) Trauma toracoabdominal	19	11.3	(62.0)
e) Fractura de extremidades	49	29.1	(86.0)
f) Trauma múltiple	117	69.6	

La mayoría de los pacientes sufrieron trauma múltiple por lo que la suma de las lesiones aquí descritas no coincide con el número de pacientes estudiados. Se ha querido describir en forma mas precisa algún tipo de lesiones colocando entre paréntesis la frecuencia observada. La segunda columna describe la frecuencia representada en porcentaje. La tercera columna es la frecuencia, en porcentaje, observada en el estudio alemán (presentada por el Dr. Ulrich en el II congreso Centroamericano de Neurocirugía), y en la cual se consideran todos los tipos de trauma (no es estadística de trauma por caída de automóvil en movimiento) la cual se ha querido colocar a manera de comparación.

AGRADECIMIENTO. Nuestro sincero agradecimiento a todos los médicos que participaron en la recolección de datos y que hicieron posible la realización de este estudio: Médicos Internos, Médicos Residentes y Médicos Especialistas que laboran en la sala de emergencia del Hospital Nacional "Dr. Mario Catarino Rivas".

REFERENCIAS

- 1.- Farace E y Alves W. Do women fare worse: a metaanalysis of gender differences in traumatic brain injury outcome. *J Neurosurg* 2000;93: 539-545.
- 2.- Juul N, Morris G, Marshall S y Marshall L. Intracranial hypertension and cerebral perfusion pressure: influence on neurological deterioration and outcome in severe head injury. *J Neurosurg* 2000;92: 1-6.
- 3.- Committee on Trauma, American College of Surgeons. *Advanced Trauma Life Support, Course for Physicians*. First ed. Chicago, Illinois. American College of Surgeons, 1993.
- 4.- Ulrich Christoph. Manejo hospitalario del paciente politraumatizado. Simposio de accidentes de tránsito, II Congreso Centroamericano- I Congreso Costarricense de Neurocirugía; 2001 mar 12-16; San José, Costa Rica.
- 5.- Espinoza Iván. Diferentes Visiones de Salud Pública: un marco referencial. *Revista Médica Hondureña* 1996; 64(2): 61-65.
- 6.- Ortega Jorge. Trauma Cráneo Encefálico: actualización en el manejo médico. *Revista Médica Hondureña* 1998; 66(4):147-153.
- 7.- Espinal Rigoberto. Lesiones de Duodeno. *Revista Médica Hondureña* 1997; 65:26-30.
- 8.- Espinal Rigoberto y Galo M. Lesiones de Páncreas. *Revista Médica Hondureña* 1998; 66(3): 107-112.
- 9.- Espinal Rigoberto, Rodríguez G, Andino J, y Aguilar L. Traumatismo Hepático en el Hospital Dr. Mario C. Rivas. *Revista Médica Hondureña* 1999; 67(2): 129-134.

SI QUERÉIS DISCURSOS, DEMANDÁDSELOS
A LOS HOMBRES; SI QUERÉIS ACTOS,
A LAS MUJERES.

MARGARET THATCHER.

Conocimientos y Prácticas sobre Nutrición Infantil, Enfermedades Diarréicas y Respiratorias en Lempira, Honduras

Knowledge and practices on child nutrition, diarrhoeal and respiratory illnesses in Lempira, Honduras

.....
Gustavo Adolfo Avila Montes, Kurt Henne†, Jairo Posas*, Anita Thurston*,
Maria Elena Acosta*, Donald Withson†*
.....

RESUMEN. Un estudio transversal fue llevado a cabo en la parte central del departamento de Lempira, Honduras para determinar los conocimientos y prácticas de madres de niños menores de 2 años sobre nutrición infantil, enfermedades diarreicas y respiratorias. Esta investigación se realizó en el mes de febrero de 1997. Se entrevistaron 316 madres procedentes de 30 comunidades rurales del área de estudio. La media de edad de las madres fue de 28.8 años y el 38.6% no sabía leer ni escribir. La prevalencia de la lactancia materna (LM) fue de 84.5% y la de lactancia materna exclusiva (LME) en el menor de seis meses fue de 46.7% (IC95%: 35.6 a 57.9). Un poco más de dos terceras partes de las madres iniciaron la lactancia materna en la primera hora después del parto (68.9%). El consumo de alimentos ricos en vitamina A y hierro fue menor del 30% en el grupo de 6 a 9 meses. La prevalencia encontrada de enfermedades diarreicas en las dos semanas previas a la encuesta fue de 45.6% (IC95%: 40.1 a 51.1), y durante el episo-

dio diarreico se continuó dando lactancia materna con la misma frecuencia o más de la acostumbrada en un 82% de los casos, no sucediendo lo mismo con otros líquidos y los alimentos sólidos. El uso de las sales de rehidratación oral (34.7%), fue superada por la ingesta de antidiarreicos y antibióticos (55.6%), en el tratamiento de la diarrea. La prevalencia encontrada de infecciones respiratorias agudas (IRA) en las dos semanas previas a la encuesta fue de 69.9% (IC95%: 64.9 a 75.0), y apenas el 35% de las informantes reconocieron los signos de alarma. El diseño de una intervención educativa en supervivencia infantil deberá considerar una etapa previa de investigación formativa utilizando métodos cualitativos y cuantitativos que orienten a los tomadores de decisiones a seleccionar las intervenciones y mensajes que mejor se adapten a las necesidades de información de la comunidad.

Palabras claves: *Supervivencia infantil, Infección respiratoria aguda, Enfermedad diarreica aguda.*

* Proyecto Supervivencia Infantil, FEDECOH-Esperanca, Gracias, Lempira.
Dirigir correspondencia a: Dr. Gustavo Avila Montes,
E-mail: samat@hondudata.com

† Consultor Internacional en Supervivencia Infantil, Esperanca Inc, Phoenix, Arizona, USA.

ABSTRACT. A cross sectional study was carried out in the central zone of the Department of Lempira in order to determine the knowledge and practices in mothers of children under 2 years old on the follow-

ing items: child nutrition, diarrhea and respiratory illnesses. The study was carried out during the month of February 1997. A total of 316 mothers were interviewed in 30 rural communities. The average age of the mothers was 28.8 years and the illiteracy rate was 38.6%. The prevalence of both: breast-feeding and exclusive breast-feeding in the child under six months of age was 84.5% and 46.7%, respectively (CI95%: 35.6 a 57.9). Two thirds of the mothers started breast-feeding at the first hour after delivery (68.9%). Consumption of foods rich in vitamin A and iron was less than 30% in the 6 to 9 months age group. Prevalence of diarrheal disease in the two weeks before the survey was 45.6% (CI95%: 40.1 a 51.1). During the acute episode of diarrhea in 82% of the cases, the mothers continued breast-feeding in the same level or above, the opposite pattern was found with others liquids and solid foods. The use of oral rehydration salts (ORS) was exceeded by the use of antidiarrheal and antibiotics in the treatment of diarrhea. Prevalence of acute respiratory infections (ARI) was of 69.9% (CI95%: 64.9 a 75.0) and just one third of the respondents (35%) identified the alarm signs. The design of an educational intervention in child survival would consider a previous step of baseline research using qualitative and quantitative methods that give orientation to the decision makers to select the most appropriate interventions and messages to the information's needs of the community.

Keywords: Child survival, Acute Respiratory Infection, Acute Diarrheal Disease.

INTRODUCCIÓN

Las infecciones respiratorias agudas junto con las enfermedades diarreicas y la desnutrición constituyen las principales causas de morbilidad y mortalidad en los niños menores de cinco años en los países en desarrollo.^{1,2} Se ha estimado que en Asia, Africa y América Latina cada año mueren alrededor de 3.3 millones de niños menores de 5 años de diarrea y más de 140,000 por neumonía en los menores de 4 años en la región de las Américas.^{3,4} En Honduras, estos dos problemas también son frecuentes y constituyen las dos primeras causas de mortalidad infantil.⁵ Aunque la malnutrición no es señalada como causa importante de defunción, es bien reconocido desde hace

mucho tiempo el sinergismo existente entre malnutrición e infección en la muerte de los niños.^{6,7}

El departamento de Lempira ha sido considerado uno de los departamentos más pobres de Honduras y así lo reflejaban los indicadores de desarrollo humano para el año de 1996 en el cual Lempira ocupaba el último lugar presentando un porcentaje de analfabetismo en adultos de 47.0%, una escolaridad promedio de 1.5 años y un porcentaje de desnutrición infantil de 67.2 para un Índice de Desarrollo Humano (IDH) de 0.368. En cambio, para ese mismo año el departamento de Islas de la Bahía ocupaba el primer lugar con un IDH de 0.7878.

La Federación de Desarrollo Comunitario de Honduras (FEDECOH) ha estado trabajando en la parte central de Lempira desde hace más de una década y en una iniciativa conjunta con Esperanca Inc, una organización privada de desarrollo de USA, lanzaron en 1997 un proyecto de Supervivencia Infantil para mejorar las condiciones de vida de la población menor de 24 meses de la etnia indígena lenca habitante de la zona.

El objetivo principal del estudio fue determinar los conocimientos y prácticas de las madres de niños menores de 24 meses sobre nutrición infantil, enfermedades diarreicas e infecciones respiratorias agudas en la parte central del departamento de Lempira. La información obtenida sirvió para ajustar las estrategias de comunicación social para promover prácticas saludables en la población beneficiaria del proyecto.

METODOS

Area de estudio

El diseño del estudio fue de tipo transversal,⁹ cuantitativo con el fin de determinar conocimientos y prácticas de las madres de niños menores de 24 meses. El área de trabajo comprendió 30 comunidades rurales pertenecientes a siete municipios de la parte central de Lempira, Honduras: Gracias, La Iguala, La Campa, San Marcos de Caiquín, Belen, San Manuel de Colohete y San Sebastián durante el mes de febrero de 1997. Ninguna de las comunidades disponía de servicio de luz eléctrica. La mayoría de la población se dedica a las labores agrícolas en pequeñas parcelas. La población estimada a la fecha del

estudio fue de 62,000 habitantes residiendo la mayoría en comunidades rurales dispersas en un área muy montañosa, transitables la mayoría de ellas solamente a pie.

Tamaño de la muestra

Se determinó el tamaño de la muestra aplicando la fórmula:

$$n = Z^2 (pq)/d^2$$

Con un 95% de precisión y 80% de poder estadístico se determinó un tamaño de muestra de 192 personas al azar, pero a manera de compensar por el efecto de pérdida en la investigación, se amplió el tamaño de la muestra a 316 personas.

Selección de la muestra

Se utilizó la técnica denominada proporción al tamaño de la población.^{10,11} Usando este método, la probabilidad de una comunidad de ser seleccionada es proporcional a su tamaño de población, ej: comunidades grandes tienen mayor probabilidad de ser seleccionadas que las comunidades pequeñas. Se obtuvo el listado de las comunidades del área de estudio junto con los datos de población de las mismas. Se obtuvo el intervalo de muestreo al dividir la población total por el número de conglomerados deseado que en este caso se ha definido en 30. Se escogió un número aleatorio entre 1 y el intervalo de muestreo como el punto de inicio y el intervalo de muestreo se añadía secuencialmente hasta obtener los 30 conglomerados. Cada equipo encuestador consistió de dos entrevistadores y un supervisor.

El punto de partida para cada conglomerado se determinó de la siguiente manera: se localizaba el centro de la comunidad y se utilizaba un lápiz que se hacía girar en el suelo, en la dirección que indicaba la punta del lápiz se escogía la primera casa a entrevistar. Las siguientes casas seleccionadas fueron las que estaban más cercanas a la previa. La persona a entrevistar era la madre del niño menor de 24 meses. En casos donde la madre no estaba disponible al momento de la visita, el entrevistador regresaba a la vivienda al final del día. Si no se encontraba la madre, otra casa era seleccionada (la más cercana a la anterior). En el caso donde habían dos niños menores de 24 meses, se le preguntaba a la madre sobre el niño de menor edad.

Las encuestas

Las encuestas fueron realizadas en febrero de 1997. Se utilizó el instrumento desarrollado por el Programa de Apoyo a los Proyectos de Supervivencia Infantil de las Organizaciones Privadas de Desarrollo de la Universidad de Johns Hopkins (PVO CSSP). Este instrumento fue adaptado a la terminología local y a las necesidades de información del proyecto. La encuesta se diseñó para ser administrada a madres con niños menores de 24 meses de edad y la misma consistió de 39 preguntas.

Un equipo de 30 estudiantes de último año de magisterio fueron entrenados en aspectos de aplicación de la encuesta y técnicas de entrevistas. La prueba de campo se llevó a cabo en comunidades vecinas que no fueron incluidas en la muestra. Los tópicos considerados en la encuesta fueron las prácticas reportadas sobre la lactancia materna (LM), ablactación del lactante, conocimientos y prácticas sobre el manejo de las enfermedades diarreicas e infecciones respiratorias agudas y preferencias radiofónicas de las entrevistadas.

Para efectos de control de calidad de los datos se realizaron los siguientes pasos: cada cuestionario fue revisado manualmente después de la entrevista y antes de la entrada de datos. Aproximadamente una cuarta parte de los cuestionarios fueron seleccionados y verificados con los registros introducidos en la base de datos para minimizar las posibilidades de error. Una tabulación cruzada fue realizada en variables seleccionadas para verificar la consistencia de la información.

Análisis de los datos

Se realizó el análisis básico descriptivo de los datos utilizando distribuciones de frecuencia y obteniéndose los intervalos de confianza haciendo uso del programa estadístico EPI INFO. Los intervalos de confianza se construyeron con un nivel de precisión de 95%.

RESULTADOS

Información socioeconómica

Un número de 316 madres fueron entrevistadas siendo su media de edad de 28.8 años. La media de edad de los lactantes fue de 11.0 meses. Un 38.6% de las madres eran

analfabetas: no habían asistido a la escuela o su escolaridad fue incompleta y no aprendieron a leer. La mayoría de las entrevistadas se dedican a los oficios domésticos y no generan ingresos económicos al hogar. Cuando las mujeres salen de sus casas, la mayoría deja al niño menor con sus hermanos mayores u otros parientes (61.7 %). Solamente un 26.3% de las madres se llevan al niño con ellas.

Lactancia materna y alimentación complementaria

La LM fue una práctica general entre las mujeres entrevistadas 267 (84.5%). Se observó, que la prevalencia de la LM en el menor de seis meses fue de 96.1% (IC95% 89.0 a 99.2), aunque ésta fue exclusiva solamente en el 46.7% (IC95% 35.6 a 57.9) de ellos (Cuadro No. 1).

Cuadro No. 1
Conocimientos y prácticas reportadas por las madres sobre lactancia materna y alimentación complementaria. Proyecto Supervivencia Infantil, Lempira, Honduras, 1997

Característica	No	%	IC95% [†]
Prevalencia de lactancia materna según edad del niño			
< 6 meses (n = 77)	74	96,1	89,0 a 99,2
Lactancia materna exclusiva (n = 77)	36	46,7	35,6 a 57,9
6-9 meses (n = 71)	66	92,9	84,3 a 97,7
10-24 meses (n = 168)	127	75,5	69,1 a 82,1
Inicio de la lactancia materna por el tiempo de apego al pecho postparto (n = 309)			
< 1 hora	213	68,9	63,8 a 74,1
1-8 horas	36	11,6	
> 8 horas	53	17,2	
No recuerda	7	2,3	
Tipo de líquidos introducidos antes de dar el pecho (n = 53)			
Agua, té o café	28	52,8	38,6 a 66,7
Chupón de aceite	3	5,7	
Otro	22	41,5	
Tipo de medidas adoptadas para continuar produciendo leche* (n = 316)			
Dar pecho inmediatamente	5	1,6	
Cuidar el pecho y el pezón	6	1,9	
Dar pecho frecuentemente	26	8,2	
Dar el pecho exclusivamente	8	2,5	
Evitar biberones	7	2,2	
Aumentar ingesta de líquidos	204	64,6	59,3 a 69,8
No sabe	32	10,1	
Edad del niño al momento de introducir alimentos complementarios (n = 316)			
< 4 meses	16	5,1	
4-5 meses	24	7,6	
6 meses	156	49,4	43,9 a 54,9
> 7 meses	114	36,0	
No sabe	6	1,9	

*Múltiples respuestas fueron dadas por las entrevistadas

† Los IC sólo se calcularon para las variables más relevantes

En cuanto al inicio de la lactancia materna se observó que la mayoría de las madres iniciaron en la primera hora después del parto (68.9%), y el resto en las horas posteriores (28.9%). Siete madres fueron excluidas de este análisis porque iniciaron la lactancia con fórmula. Entre los líquidos introducidos antes de dar el pecho se menciona el agua, el té, el café y el chupón de aceite.

Solamente un 12.7% de las madres entrevistadas mencionaron que a un niño se le debe alimentar con comidas además de la leche materna antes de los seis meses, el resto de las madres indicaron que la alimentación complementaria se debe iniciar de los seis meses en adelante.

Con respecto a la alimentación del lactante se observó que entre las madres con bebés menores de seis meses, 31% están recibiendo inapropiadamente agua, té o café (Cuadro No. 2). También a estos niños se les introdujeron otras comidas no recomendadas como alimentos blandos 19.4%, y frutas 10.3%. Entre los niños de 6-9 meses los alimentos menos consumidos son los vegetales con hojas verdes oscuras 16.9% y las verduras ricas en vitamina A: zanahorias, ayote, mango y papayas (29.5%).

Cuadro No. 2
Tipos de alimentos dados por las madres según rangos de edad de los niños. Proyecto Supervivencia Infantil, Lempira, Honduras, 1997

Alimentos*	Rangos de edad		
	< 6 meses	6-9 meses	10-24 meses
	n = 77	n = 71	n = 168
	%	%	%
Agua, té o café	31,1	77,4	90,4
Leche de vaca o polvo	20,7	35,2	40,4
Alimentos semisólidos	19,4	40,8	55,9
Frutas	10,3	57,7	67,8
Verduras o frutas amarillas	7,7	29,5	43,4
Vegetales de hoja verde	1,2	16,9	44,0
Carnes de res o pollo	5,1	36,6	71,4
Frijoles	6,4	57,7	86,3
Huevo	9,0	70,4	91,6
Azúcar	25,9	52,1	73,2
Aceite	5,1	32,3	45,2
Sal	22,0	81,6	97,0

*Múltiples respuestas fueron dadas por las entrevistadas

Control de crecimiento y desarrollo

Más de dos terceras partes de las madres entrevistadas tenían su carnet de control del crecimiento (Tarjeta del niño), pero un 23.4% no lo había recibido. Haciendo

una revisión de los carnets se encontró que el 59.4 (IC95%: 53.0 a 65.7) de los niños habían sido pesados en los últimos cuatro meses (Cuadro 3). Por otro lado, entre los niños de 12-23 meses, el 46% había recibido por lo menos dos dosis de vitamina A.

Cuadro No. 3
Porcentaje de niños que recibieron atenciones en Control de Crecimiento y Desarrollo. Proyecto Supervivencia Infantil, Lempira, Honduras, 1997

Característica	No	%	IC95% [†]
Posee carné de control (n=316)	229	72,5	67,5 a 77,4
Control de peso en últimos 4 meses (n= 229)	136	59,4	53,0 a 65,7
Recibió una dosis de vit A (n = 229)	183	79,9	74,7 a 85,7
Recibió dos dosis de vit A	64	27,9	

Enfermedades diarreicas agudas

La prevalencia de diarreas en las últimas dos semanas fue de 45.6% (IC95%: 40.1 a 51.1). En lo que respecta a las prácticas de alimentación reportadas durante el episodio diarreico, se observó que la mayoría siguieron las recomendaciones brindadas por el personal de salud en lo que se refiere a la lactancia materna, no así las otras indicaciones: 82.7% de las que estaban dando leche materna siguieron haciéndolo con la misma frecuencia o más de lo acostumbrada. En cambio, 52.1% le dieron líquidos al niño además de la leche materna con la misma frecuencia o más de lo usual, y solamente 24.4% le dieron comida sólida o blanda con la misma frecuencia o más de lo usual (Cuadro 4).

La utilización de antibióticos y anti-diarréicos es una práctica corriente que superó inclusive el uso de las sales de rehidratación oral (SRO) que fue reportada en 34.7%. El uso de soluciones caseras para el tratamiento de la diarrea obtuvo porcentajes menores. Por otro lado, la mayoría de las entrevistadas 85.8%, mencionaron la cantidad correcta de agua para preparar las SRO.

Para el tratamiento del niño con diarrea, más de dos tercios de los entrevistados acudieron por ayuda al centro de salud, y un porcentaje menor recurrieron al consejo de amigos y parientes. Apenas el 12.7% de las madres mencionaron algún signo o síntoma de deshidratación como

Cuadro No. 4
Conocimientos y prácticas reportadas sobre el manejo de las enfermedades diarreicas de las madres entrevistadas. Proyecto Supervivencia Infantil, Lempira, Honduras, 1997

Característica	No	%	IC95% [†]
Prevalencia de diarrea en últimas dos semanas (n = 316)	144	45,6	40,1 a 51,1
Patrón de administración de lactancia materna durante cuadro diarreico (n = 144)			
Más que de costumbre	27	18,8	
Lo mismo	92	63,9	56,0 a 71,7
Menos que de costumbre	13	9,0	
Dejó de darle pecho	1	0,7	
Ya no le daba pecho	11	7,6	
Patrón de administración de líquidos durante cuadro diarreico(n = 144)			
Más que de costumbre	23	16,0	
Lo mismo	52	36,1	28,3 a 44,0
Menos que de costumbre	6	4,2	
Dejó de darle líquidos	9	6,3	
Nunca le había dado líquidos, sólo pecho	54	37,4	
Patrón de administración de alimentos durante cuadro diarreico(n = 144)			
Más que de costumbre	8	5,6	
Lo mismo	27	18,8	
Menos que de costumbre	34	23,6	
Dejó de dar alimentos	6	4,2	
Sólo le daba pecho	69	47,8	
Tipos de tratamiento reportados contra la diarrea* (n = 144)			
Sales de rehidratación	50	34,7	
Suero casero	6	4,2	
Infusiones (té o agua)	39	27,1	
Antidiarreicos/antibióticos	80	55,6	47,4 a 63,7
Búsqueda de ayuda en casos de diarrea* (n = 73)			
Hospital	4	5,5	
Centro de salud	49	67,1	55,1 a 77,7
Médico privado	7	9,6	
Curandero tradicional	3	4,1	
Partera	6	8,2	
Parientes/amigos	12	16,4	

indicador para buscar ayuda urgente de un proveedor de salud.

Entre las medidas de prevención de la diarrea, se encontró que las madres conocían las prácticas recomendadas por la Secretaría de Salud: 47.8% mencionó hervir el agua y 51.3% refirió el lavado de manos. Por otro lado, 50% de los hogares encuestados no disponen de ningún servicio sanitario (inodoro, letrina) por lo que hacen sus necesidades al aire libre, resultando este porcentaje mayor al promedio nacional rural 42.8%.

Infecciones respiratorias agudas

Alrededor del 70% (IC95%: 64.9 a 75.0) de los niños presentaron síntomas de infección respiratoria en las dos

últimas semanas previas a la encuesta. En el grupo de los niños enfermos cerca del 80% presentó respiración rápida de acuerdo a las informantes (Cuadro 5).

Cuadro No. 5

Conocimientos y prácticas reportadas sobre el manejo de las infecciones respiratorias agudas de las madres entrevistadas. Proyecto Supervivencia Infantil, Lempira, Honduras, 1997

Característica	No	%	IC95% [†]
Prevalencia de IRA en las últimas dos semanas (n = 316)	221	69,9	64,9 a 75,0
Búsqueda de ayuda en casos de IRA* (n = 144)			
Hospital las variables más relevantes	16	11,1	
Centro de salud	96	66,7	59,0 a 74,4
Médico particular	21	14,6	
Curandero tradicional	7	4,9	
Parientes/amigos	16	11,1	
Conocimiento de signos de alarma* (n = 316)			
Respiración rápida	112	35,4	30,2 a 40,7
Tiraje intercostal	30	9,5	

*Múltiples respuestas fueron dadas por las entrevistadas

[†] Los IC sólo se calcularon para

En la búsqueda de tratamiento para el niño con infección respiratoria más de dos terceras partes de las entrevistadas acudieron por ayuda al centro de salud (66.7%), y en mucho menor porcentaje donde un médico privado o a los parientes y amigos.

Con respecto al reconocimiento de los signos de peligro de la infección respiratoria aguda apenas el 35.4% de las informantes mencionaron la respiración rápida y difícil. Menos del 10% indicaron el tiraje intercostal (hundimiento del pecho) como causas urgentes para llevar al paciente a un establecimiento de salud.

Canales de comunicación

66.5% de las familias entrevistadas poseían una radio en funcionamiento y las emisoras más sintonizadas en el área de influencia del proyecto fueron: Radio Congolón (91.0%) y Ecos de Celaque (84.3%) localizadas en la ciudad de Gracias. La televisión no fue considerada ya que ninguna de las comunidades disponía de luz eléctrica.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

Pocos trabajos han sido publicados en revistas biomédicas en Honduras sobre los aspectos a considerar en el diseño

de una intervención en supervivencia infantil, pese a que se han llevado a cabo muchos proyectos en este campo. Se reconoce que para planificar actividades de educación y comunicación social efectivas se debe contar con información de base sobre la población, particularmente acerca de sus conocimientos, creencias y prácticas en el área de interés.¹²

En vista del alto grado de analfabetismo (38.6%) que se encontró en las madres que supera inclusive el promedio nacional estimado entre las mujeres en 1994 (22.6%),¹³ se sugiere que en el diseño de las estrategias de comunicación se enfatice la utilización de medios no impresos y la comunicación interpersonal para la entrega de los mensajes educativos. Diversos estudios de países en desarrollo han demostrado que la educación materna tiene un fuerte impacto sobre la mortalidad infantil, y en promedio cada año de incremento en la educación de las madres se corresponde con una reducción del 7 al 9% en la mortalidad de los niños menores de 5 años.^{14,15,16}

La prevalencia de la LM encontrada en la zona fue alta en todos los grupos de edad, y es congruente con hallazgos realizados por otros autores en áreas rurales de Nigeria Cuba y Honduras.^{5,17,18} El hallazgo de una prevalencia de lactancia materna exclusiva (LME) en el menor de seis meses de 46.7% podría explicarse por las siguientes circunstancias: factores culturales que mantienen arraigada la práctica de la alimentación al pecho en la etnia lenca, mínima exposición de la población a la publicidad de las compañías productoras de leches en polvo y escaso poder adquisitivo; lo cual se correlacionó con el bajo consumo reportado de leches artificiales en este grupo de edad (20%), y superado por la ingesta de otros líquidos más familiares a las tradiciones locales: diversas clases de infusiones, café y agua (31%). El periodo de los 4-6 meses es crítico para la introducción de la alimentación complementaria como lo demuestra el hecho de que un año previo se había encontrado que el 73,4% de niños menores de 4 meses recibían LME en esta región (Copán, Lempira y Ocotepeque).⁵ Sin embargo, estos resultados no son congruentes con el conocimiento expresado por las madres en que la mayoría mencionó los seis meses como la edad adecuada para iniciar la alimentación complementaria. Probablemente esto refleje un sesgo de cortesía de las madres ante el entrevistador y se deben aplicar métodos de investigación cualitativa para precisar estos comportamientos.

El hallazgo de que 68% de los recién nacidos iniciaron la LM en la primera hora de vida es alentador y podría contribuir a prolongar la duración de la LME por lo que se sugiere realizar estudios adicionales en este tema. En un trabajo realizado en Africa se encontró que el apego precoz es un factor predictivo importante de la LME hasta los cuatro meses de edad,¹⁹ y por lo tanto se debe enfatizar esta práctica en todo contacto que el proveedor de salud tenga con la futura gestante a efecto de reducir la introducción de otros líquidos en las primeras horas de vida del recién nacido, y brindar a la madre el beneficio de la disminución del sangrado post-parto y al fortalecimiento del sistema inmunológico del lactante por transferencia pasiva de anticuerpos de la madre. Este hallazgo fue diferente al realizado en un área rural de Olancho en que el 45% de madres lactantes habían dado el pecho hasta transcurridos 24 a 72 horas después del nacimiento.²⁰

Aunque existe considerable debate sobre la edad óptima para introducir la alimentación complementaria en el lactante, en el proyecto se decidió promover la LME hasta los seis meses y la continuación de la lactancia materna complementaria hasta los 24 meses involucrando al personal de enfermería cuya iniciativa puede tener un fuerte impacto en la promoción de esta práctica.^{21,22} Trabajos realizados en Honduras han demostrado que la LME hasta los seis meses favorece la probabilidad de amenorrea a los seis meses postparto,²³ y que no hay diferencias significativas en el incremento de peso y talla de los lactantes alimentados con LME comparados con aquellos que recibieron alimentación complementaria a partir de los cuatro meses de edad.²⁴ Estudios realizados por otros autores confirman además el efecto protector de la LME que retrasa la aparición de la diarrea hasta el segundo semestre de la vida y disminuye el riesgo de infecciones respiratorias agudas.²⁵⁻²⁸

La deficiencia de vitamina A es un problema de salud pública moderada en Honduras y es conocido que ésta deficiencia incrementa el riesgo de diarrea severa e infección respiratoria aguda,²⁹⁻³¹ por lo tanto su prevención es importante para la supervivencia infantil. En el occidente rural este porcentaje se incrementa hasta un 19% de acuerdo a los resultados de la Encuesta Nacional de Micronutrientes.³²

En el presente trabajo se encontró que los alimentos con

menor consumo fueron los vegetales de hoja verde y verduras ricos en hierro y vitamina A, los cuales aunque están disponibles en la comunidad no se consumen probablemente por razones culturales. Se debe considerar la promoción del consumo de alimentos ricos en vitamina A y hierro, y el entrenamiento del personal de salud y comunitario deberá enfocar acerca de la importancia y beneficios de estos micronutrientes para que puedan orientar a las madres sobre las ventajas de los mismos. Mientras tanto, como han expresado otros autores la distribución de los suplementos de vitamina A entre niños de alto riesgo debe ser promovida, y los suplementos de vitamina A deberán ser dirigidos a aquellas comunidades con los mayores grados de postergación.³³

La utilización de la sal en la preparación de los alimentos de los lactantes mayores de seis meses es una práctica general, sin embargo, esto no garantiza una provisión adecuada de yodo ya que en otro estudio realizado en la zona se encontró que el 40% de las muestras de sal a nivel domiciliar no estaban yodadas.³⁴

La alta prevalencia de diarrea entre los lactantes estudiados (45.6%) que fue mucho más alta que el promedio regional 28% y nacional 19.3%,⁵ podría estar relacionado a las prácticas de preparación de los alimentos y a una mayor exposición a los patógenos en la medida que los lactantes se tornan más móviles a través del segundo año de vida lo cual ha sido sugerido por otros autores en el país.³⁵ Adicionalmente la falta de un sistema adecuado de disposición sanitaria de las heces que fue reportada en la mitad de los hogares encuestados y que contribuye a la insalubridad ambiental podría actuar como un efecto sumatorio en la generación de episodios diarreicos agudos.³⁶⁻³⁸

Aunque la terapia de rehidratación oral es el tratamiento recomendado en la mayoría de los casos de diarrea aguda infantil en los países en desarrollo³⁹ y este ha sido el mensaje promovido por la Secretaría de Salud, solamente el 34.% de los pacientes había recibido SRO (ligeramente mayor al promedio nacional rural: 32.9%)⁵ y 27% había tomado infusiones caseras. A principios de los años 80 en Honduras se implementó el Proyecto de Comunicación Masiva Aplicada a la Salud Infantil (PROCOMSI) que después de un año de una intensa propaganda radial logró aumentar la demanda de las SRO de 0 al 48% y que fue un proyecto modelo para otros países.⁴⁰

Probablemente, la falta de sostenibilidad en la promoción del mensaje educativo explique que las nuevas generaciones de madres desconozcan las ventajas de las SRO y que inclusive esta práctica sea superada por la administración de otros tratamientos no recomendados en el manejo de la mayoría de las diarreas infantiles como son los antibióticos y antidiarréicos.^{41,42}

La falta del reconocimiento de los signos de deshidratación por parte de las madres probablemente contribuya a la llegada tardía de los pacientes a las unidades de salud y por tanto al incremento de la mortalidad por cuadros diarreicos. Estos resultados parecen confirmar los hallazgos de otros autores en el país y en Nicaragua: que la terapia de rehidratación oral no ha logrado extender su cobertura, hay falta de aceptabilidad entre la población y más bien parece existir un abuso en el uso de antibióticos y antidiarréicos.^{5,43} Las actividades educativas relacionadas con las enfermedades diarreicas deberán estar dirigidas hacia el uso apropiado de las comidas líquidas y blandas para el niño enfermo, la preparación y uso de las SRO y el reconocimiento temprano de los signos de deshidratación.

Además, el alto porcentaje de familias que no disponen de un adecuado sistema de eliminación de excretas orienta a que las estrategias de trabajo incluyan el componente de saneamiento del ambiente para proveer un entorno con mayor higiene en el domicilio. FEDECOH ha venido realizando paralelamente en el área de influencia del proyecto intervenciones en el componente de agua y saneamiento. El conocimiento referido sobre algunas de las medidas de prevención de las enfermedades diarreicas fue relevante, sin embargo, esto no implica que sea una práctica incorporada a los hábitos diarios de las madres entrevistadas y más bien revele una experiencia pedagógica frecuente observada por otros autores "saber no es lo mismo que hacer",⁴⁴ por lo que técnicas de investigación cualitativas se deben aplicar para determinar estas prácticas.

La alta prevalencia encontrada de infecciones respiratorias podría responder a una serie de factores de riesgo que tienden a ser comunes en esta zona: deficiencia de vitamina A, pobre estado nutricional, baja escolaridad, hacinamiento, bajo nivel socioeconómico y contaminación del aire del interior de la vivienda debido a la combustión de la leña utilizada para cocinar los alimentos y que ha

sido señalado en otros trabajos.^{32,45,46} Es notable el poco conocimiento que las madres reportaron sobre los signos de alarma de las infecciones respiratorias. Con base a estos resultados se deben orientar las estrategias de intervención educativa hacia el reconocimiento temprano de los signos de peligro y la búsqueda de atención en el momento oportuno.⁴⁷

La radio ha demostrado ser un canal de comunicación muy efectivo para la promoción de mensajes educativos en salud particularmente en las zonas rurales. Experiencias de intervenciones educativas en Honduras y Gambia en el control de las enfermedades diarreicas han mostrado reducciones significativas en la mortalidad infantil atribuible a la diarrea e incremento en el uso de las sales de rehidratación oral.^{48,49} El Proyecto de Supervivencia Infantil con base a estos resultados elaboró una intervención educativa mediante un programa radial denominado "Por la Vida en Lempira" que tomó en consideración los conocimientos y costumbres locales, y se basó en información científica cuidadosa cuyos resultados son objeto de otra publicación.

De acuerdo con los resultados obtenidos, el diseño de una intervención educativa en supervivencia infantil deberá considerar una etapa previa de investigación de base utilizando técnicas cuantitativas y cualitativas que orienten a los gerentes de programas a seleccionar las recomendaciones e intervenciones que pueden ser más aceptables y efectivas para obtener cambios en los comportamientos, y los canales de comunicación más adecuados para la entrega de mensajes que mejor se adapten a las necesidades de información de las poblaciones beneficiarias.

AGRADECIMIENTO. Esta investigación recibió apoyo financiero de USAID bajo contrato No. FAO-0500-A-00-6055-00 Esperanca Inc-USAID teniendo como contraparte a la Federación de Desarrollo Comunitario de Honduras (FEDECOH).

Se agradece la colaboración brindada a la Escuela Normal Mixta "Justicia y Libertad" de la ciudad de Gracias, que facilitó a los estudiantes de último año de magisterio para realizar el levantamiento de los datos de la encuesta. Asimismo, al Dr. Ramón Jeremías Soto y Manuel Sierra Santos de la Unidad de Investigación Científica de la Facultad de Ciencias Médicas por la cuidadosa revisión crítica del manuscrito.

REFERENCIAS

1. Organización Panamericana de la Salud. Programa de control de infecciones respiratorias agudas en la infancia [Reseña] *Bol Of Sanit Panam* 1984; 97(5): 434-450.
2. Leowski J. Mortality from acute respiratory infection in children under 5 years of age: global estimates *World Health Stat Q* 1986; 39(2): 138-144.
3. Bern C, Martínez J, De Zoisa I, Glass RI. The magnitude of the global problem of diarrhoeal disease: a ten-year update. *Bull World Health Organ* 1992; 70(6): 705-714.
4. Organización Panamericana de la Salud. Las enfermedades respiratorias en las Américas. *Bol Of Sanit Panam* 1993; 114(2): 177-181.
5. Encuesta Nacional de Epidemiología y Salud Familiar, Ministerio de Salud Pública, Tegucigalpa, Honduras, 1996.
6. Scrimshaw NS, Taylor CE, Gordon JE. Interaction of nutrition and infection. Geneva: World Health Organization; 1968. (Serie de Monografías, No. 57).
7. Pelletier D, Frongill E, Schroeder D, Habicht JP. Efectos de la malnutrición en la mortalidad de menores de 5 años en países en desarrollo. *Bol Of Sanit Panam* 1996; 120(5): 425-432.
8. Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo. Informe sobre Desarrollo Humano, Honduras : 1998/PNUD. -Tegucigalpa, 1998.
9. Beaglehole R, Bonita R, Kjellström T. Epidemiología Básica. Washington, D.C.: Organización Panamericana de la Salud, 1994 (Publicación científica 551).
10. Sullivan K, Houston R, Gorstein J, Cervinkas J. Monitoring universal salt iodization programmes. UNICEF/PAMM/MI-/ICCIDD/WHO January 1995.
11. Binkin NJ, Sullivan K, Staehling N, Nieburg P. Rapid nutrition surveys: how many clusters are enough? *Disasters* 1992; 16: 97-103.
12. Hurtado E, Saenz E, Valverde C. El diseño de actividades contra la deficiencia de la vitamina A en Guatemala. Hellen Keller International/VITAP/The International Eye Foundation USA 1994.
13. Organización Panamericana de la Salud. La Salud en las Américas 1998 Vol II, Washington DC (Publicación científica No. 569).
14. Cleland JG, Van Ginneken JK. Maternal education and child survival in developing countries: the search for pathways of influence *Soc Sci Med* 1988; 27(12): 1357-68.
15. Pena R, Wall S, Persson LA. The effect of poverty, social inequity, and maternal education on infant mortality in Nicaragua, 1988-1993 *Am J Public Health* 2000 Jan; 90(1): 64-9.
16. Van Ginneken JK, Lob-Levyt J, Gove S. Potential intervention for preventing pneumonia among young children in developing countries: promoting maternal education. *Trop Med Int Health* 1996 Jun; 1(3): 283-94.
17. Okeke EC, Onyechi UA. Factors affecting weaning in rural and urban areas of south eastern Nigeria *Cajanus* 1994; 27(3): 156-166.
18. Amador A, Silva L, Valdez-Lazo F. Breastfeeding practices in Cuba: a comparison *Cajanus* 1994; 27(3): 145-155.
19. Davies-Adetugbo AA. Promotion of breast feeding in the community: impact of health education programme in rural communities in Nigeria *J Diarrhoeal Dis Res* 1996 Mar; 14(1): 5-11.
20. Mejía O, Zerón H. Costumbres de destete en dos comunidades del Departamento de Olancho. *Revista Médica Hondureña* 1990; 58(3): 174-180.
21. Rodríguez García R, Schaefer LA. New concepts of breastfeeding, its promotion and the education of health professionals *Bol Of Sanit Panam* 1991 Jul; 111(1): 1-15.
22. Rea MF, Venancio SI, Martínez JC, Savage F. Counseling on breastfeeding: assessing knowledge and skills. *Bull World Health Organ* 1999; 77(6): 492-498.
23. Dewey KG, Cohen RJ, Rivera LL, Canahuati J, Brown KH. Effects of age at introduction of complementary foods to breast-fed infants on duration of lactational amenorrhea in Honduran women *Am J Clin Nutr* 1997; 65(5): 1403-1409.
24. Dewey KG, Cohen R, Brown K, Rivera LL. Age of introduction of complementary foods and growth of term, low-birth-weight, breast-fed infants: a randomized intervention study in Honduras *Am J Clin Nutr* 1999; 69(4): 679-686.
25. Huttly SRA, Morris SS, Pisani V. Prevention of diarrhoea in young children in developing countries. *Bull World Health Organ* 1997; 75(2): 163-174.
26. Glass RI, Stoll BJ. The protective effect of human milk against diarrhoea. *Acta Paediatr Scand* 1989;351:131-136.
27. Victoria C, Kirkwood B, Ashworth A, Black R, Rogers S, Sazawal S, Campbell H, Gove S. Potential interventions for the prevention of childhood pneumonia in developing countries: improving nutrition *Am J Clin Nutr* 1999 70(3):309-320.
28. Lepage P, Muniyaki C, Hennart P. Breastfeeding and hospital mortality in children in Rwanda *Lancet* 1981; (2): 409-411.
29. Sommer A. Mortality associated with mild, untreated xerophthalmia *Tr Am Ophthalmol Soc* 1983; 81: 825-853.
30. Sommer A, Katz, Tarwotjo I. Increased risk of respiratory disease and diarrhea in children with preexisting mild vitamin A deficiency *Am J Clin Nutr* 40: 1090-1095.
31. Stansfield S. Acute respiratory infections in the developing world strategies for prevention, treatment and control *Pediatr Infect Dis J* 1987; (6): 622-629.
32. Encuesta Nacional de Micronutrientes, Ministerio de Salud Pública, Tegucigalpa, Honduras, 1996.
33. Nestel P, Melara A, Rosado J, Mora J. Vitamin A deficiency and anemia among children 12-71 months old in Honduras *Pan Am J Public Health* 1999; 6(1): 34-43.
34. Avila Montes GA, Posas J, Acosta M. Prevalencia de bocio en niños escolares de Lempira, Honduras. *Revista Médica Hondureña* 1999; 67(3): 181-187.
35. Nestel P, Melara A, Rosado J, Mora J. Undernutrition among Honduran children 12-71 months old *Pan Am J Public Health* 1999; 6(4): 256-265.
36. Briscoe J. Abastecimiento de agua y servicios de saneamiento básico. Su función en la revolución de la supervivencia infantil. *Bol Of Sanit Panam* 1987; 103(4): 325-339.
37. Huttly S, Lanata C, Yeager B, Fukumota M, Aguilar R, Kendall C. Feces, flies and fetor: findings from a Peruvian shantytown *Pan Am J Public Health* 1998; 4(2): 75-79.
38. Esrey S, Feachem R, Hughs J. Interventions for the control of

- diarrhoeal diseases among young children: improving water supplies and excreta disposal facilities *Bull World Health Organ* 1985; 63: 757-772.
39. Program for control of diarrheal diseases: eight program report, 1990-91. Geneva, Switzerland: World Health Organization, 1992. WHO/CDD/92.38.
40. Organización Mundial de la Salud. Programa para el Control de las Enfermedades Diarreicas. Comunicación: Una guía para los responsables de las actividades de control de las enfermedades diarreicas Ginebra 1987.
41. Rational use of medication in the management of acute diarrhea in children. Washington, DC: Pan American Health Organization; 1991. (Series for directors of health programs, No. 23).
42. Kumate J, Isibasi A. Pediatric diarrheal diseases: a global perspective. *Pediatr Infect Dis* 1986; (5): S21-S28.
43. Gurter A, Sánchez G, Pauw J, Pérez R, Sandiford P, Smith G. Diarrea infantil en la Nicaragua rural: creencias y prácticas de salud tradicionales *Bol Of Sanit Panam* 1995; 119(5): 377-390.
44. Christensen P, Karlqvist S. Impacto de los promotores de salud en una zona de barrios pobres de Pucallpa, Perú. *Bol Of Sanit Panam* 1990; 109(2): 134-144.
45. Organización Panamericana de la Salud. Las enfermedades respiratorias agudas en las Américas. *Bol Of Sanit Panam* 1993; 114(2): 177-181.
46. Valdez AI, Martínez H. Nivel educacional de las madres y conocimientos, actitudes y prácticas ante las infecciones respiratorias agudas de sus hijos. *Rev Panam Salud Pública* 1999; 6(6): 400- 407.

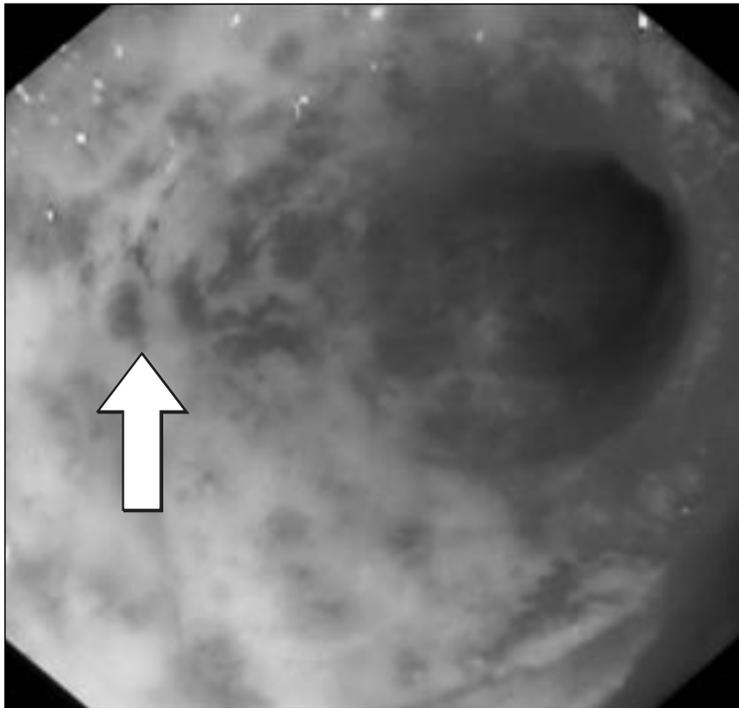
LA RISA NO ES UN MAL COMIENZO
PARA UNA AMISTAD
Y ES LA MEJOR MANERA DE TERMINARLA.

OSCAR WILDE

IMAGEN EN LA PRÁCTICA CLÍNICA

Proctitis por Radiación

Dr. Guillermo Pérez Mungía



Paciente masculino de 74 años de edad, quien hacía dos meses había concluido radioterapia por cáncer de próstata. Posteriormente desarrolló evacuaciones intestinales frecuentes, con moco, pujo y tenesmo. Se practicó una rectosigmoidoscopia, que reveló cambios inflamatorios agudos y subagudos, con hemorragia superficial. La flecha muestra una de las múltiples formaciones vasculares (telangiectasias) presentes y características de esta complicación.

* Unidad de Endoscopia, Hospital San Felipe, Tegucigalpa. Dirigir correspondencia a: E mail g-perez-mungia@hotmail.com

*Se invita a los colegas a enviar su colaboración a esta sección
de la Revista Médica Hondureña*

Duplicación Congénita de Colon en el Adulto

Informe de un caso

Dra. Fanny Navas, Dr. Hugo Orellana R.†*

RESUMEN. Una malformación congénita que raramente se puede observar en la edad adulta y que puede acompañarse de anomalías en otros aparatos y sistemas es la duplicación de un segmento del tubo digestivo. En el presente trabajo se reporta el caso de una joven de 19 años atendida en el Hospital Escuela con duplicación incompleta de colon sigmoides y se revisa la literatura.

Palabras clave: *Duplicación de colon, congénita.*

ABSTRACT. A rare congenital malformation observed in adults that can be accompanied by anomalies in others systems is the duplication of one portion of digestive tract. This is a case report of a 19 years old woman attended at Hospital Escuela with an incomplete duplication of sigmoid colon and literature review.

Keywords. *Colonic duplication; congenital.*

PRESENTACION DE CASO

Paciente femenina de diecinueve años de edad, con antecedente de dolor abdominal de tipo continuo, ubica-

do en el cuadrante inferior derecho del abdomen, no irradiado, leve a moderado, de curso esporádico, de 6 meses de evolución, acompañado de sensación de masa en dicha zona. Tratada por diferentes facultativos con analgésicos y antiparasitarios, sin historia de pérdida de peso.

Se presenta a la emergencia del Hospital Escuela con cuadro agudo de dolor abdominal intenso, continuo, ubicado en cuadrante superior e inferior derechos, acompañado de malestar general, náuseas y vómitos. No alteraciones en el hábito defecatorio, sin historia de fiebre.

Al examen físico, la paciente en buen estado nutricional, afebril, hidratada, quejumbrosa. Sus signos vitales normales. Examen cardiopulmonar normal. Al evaluar abdomen, muestra masa dura, poco móvil, dolorosa a la palpación, ubicada en ambos cuadrantes derechos del abdomen, de unos 25 x 15 cms. No signología de irritación peritoneal. Peristalsis normal. Evaluación ginecológica y tacto rectal normales. Se realizó USG de abdomen total, el cual muestra masa intraluminal de colon, aparentemente ascendente, sólida. Se realizó posteriormente enema baritado, encontrándose imagen que sugiere duplicación tubular del colon sigmoides, con saco ciego dirigido en sentido cefálico, paralelo al colon ascendente. Ver imagen radiológica en Figs. 1 y 2.

Se realizó laparotomía de emergencia encontrándose duplicación tubular de sigmoides, de unos 35 cms de longitud,

* Cirujano General, Hospital San Felipe, Tegucigalpa.

† Cirujano General y Cardiovascular, Hospital Escuela, Tegucigalpa.



Figura 1.



Figura 3.



Figura 2.

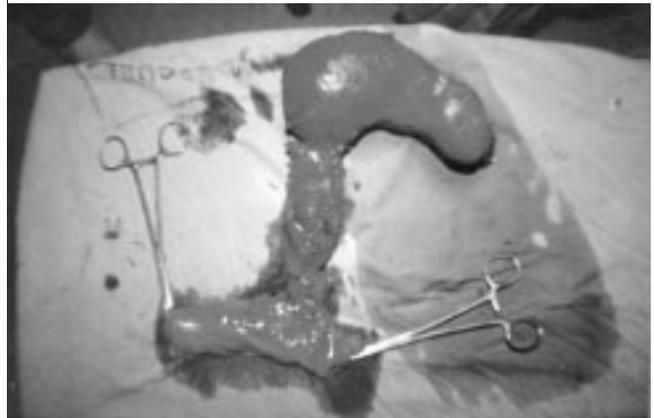


Figura 4.

con pared completamente formada, irrigada por vasos del mesenterio del yeyuno y el íleon, que finaliza en saco ciego completamente impactado por heces endurecidas, y edema en el mismo. (Figs. 3 y 4). Se procedió a reseca el segmento duplicado, junto con cinco cms en sentido proximal y distal del sigmoides, seguido de anastomosis terminoterminal en dos planos.

La paciente evolucionó sin problemas en el postoperatorio, egresando al cuarto día.

DISCUSIÓN

La duplicación congénita puede ocurrir en cualquier estructura del aparato digestivo, pero se ha observado más

frecuentemente en esófago e íleon. La duplicación del colon es rara, presentándose en un 4 a 18% de todas las duplicaciones gastrointestinales, y es más rara aún cuando se diagnostica en la etapa adulta.¹ Puede tener cualquiera de estas formas de presentación: quística diverticular y tubular.² La forma quística se ha asociado a adenocarcinoma de colon en la edad adulta.^{3,11} Por lo general, el segmento de colon duplicado termina en un saco ciego, pero en un número importante de casos ocurre formación de un trayecto fistuloso que comunica con el intestino delgado, colon o cualquier área anatómica del sistema genitourterino.^{4,5} Puede además acompañarse de malformaciones de otros órganos y sistemas, especialmente el urinario.⁶⁻⁸ Las manifestaciones clínicas aparecen generalmente durante la infancia, y pueden ser diversas. Con mayor frecuencia se identifican síntomas y signos de

obstrucción intestinal, que pueden remitir en forma espontánea o con tratamiento conservador. Puede identificarse la presencia de una masa abdominal generalmente móvil, en algunos casos.^{2, 9-10}

El manejo es quirúrgico, y el procedimiento más común consiste en resear por completo el segmento duplicado, con reconstrucción del colon en el mismo tiempo operatorio. Si hay reacción inflamatoria local o un intestino no preparado, se ha recomendado la colostomía con reconstrucción diferida.^{2,6}

REFERENCIAS

1. Yucesan S, *et al.* Complete duplication of the colon. *Journal of Pediatric Surgery* 1986; 21:962-3.
2. Grosfeld JL *et al.* Enteric duplications in Infancy and Childhood: an 1 8-year review. *Annals of Surgery* 1970;172:83-90.
3. Inoue Y. Nakamura H. Adenocarcinoma arising in colonic duplication cysts with calcification. *Abdominal Imaging* 1998; 23:135-7.
4. Decter R.M., *et al.* Colovesical fistula resulting from a perforated colonic Duplication. *Pediatrics* 1998;102:654-6.
5. Payne CE, *et al.* Colonic duplication: an unusual cause of enterovesical fistula. *Urology* 1995;46:726-8.
6. Ravitch MM. Hindgut duplication - doubling of the colon and genitourinary tracts. *Annals of Surgery* 1953;137:588-601.
7. Okur H, *et al.* Tubular duplication of the hindgut with genitourinary anomalies. *Journal of Pediatric Surgery* 1992;27:1239-40.
8. Posthurna N, *et al.* Tubular colonic duplication with unilateral renal hypoplasia. *American Journal of Gastroenterology* 1991;12:1833-1835.
9. Hocking M, Young DG. Duplication of the alimentary tract. *British Journal of Surgery* 1981;68:92-6.
10. Mellish RWP, *et al.* Clinical manifestations of duplication of the bowel. *Pediatrics* 1961;27:397-407.
11. Heiberg L, *et al.* Carcinoma arising in a duplicated colon. *British Journal of Surgery* 1973; 60:981-2.

SI TU MAL TIENE REMEDIO, ¿PORQUÉ TE AFLIGES?
Y SI TU MAL NO TIENE REMEDIO,
¿PORQUÉ TE AFLIGES?

PROVERBIO INGLÉS

Comparación del Test de Crump y Danks con una Técnica Original Basada en el Estudio Ultraestructural de los Poros Sudoríparos con SEM.

Comparative study of Crump and Danks Test and an Ultrastructural -based technique to study Sweet pores.

Calap Calatayud J., Godoy Romero A., Aranguete Cortés A.

RESUMEN. Se realiza un estudio comparativo entre la técnica propuesta por Crump y Danks en 1971 y otra propuesta en España en 1974, con el fin de estudiar los poros sudoríparos en diversas dermatosis. Ambas técnicas son válidas fundamentalmente en procesos que cursan con disminución de los poros sudoríparos, cuando el paciente o sus familiares rechazan la biopsia como método de diagnóstico.

Palabras Clave: *Test de Crump y Danks, Poros sudoríparos, SEM (Microscopía Electrónica de Superficie)*

ABSTRACT. In this work a correlation between the test of Crump and Danks and the ultrastructural study of the sudoral pores is made, in several dermatoses. Both technics are availables mainly in dermatological processes with decrease of sudoral pores above all in cases in which the patient or the family of the affected child declines the skin biopsy for diagnosis.

Keywords: *Crump and Danks Test, Sudoral pores, electron microscopy.*

INTRODUCCION

En la clínica dermatológica existen procesos que cursan con hiperhidrosis, con hipohidrosis o con anhidrosis. Las hiperhidrosis las podemos clasificar en fisiológicas (stress, emoción, ejercicio) o patológicas, que podemos subdivirlas según la localización en generalizadas y localizadas (palmar, plantar, axilar, inguinal, etc.) y según la etiología en primarias o idiopáticas y secundarias, éstas últimas abarcan un gran número de procesos patológicos como trastornos del sistema nervioso central y periférico, lesiones hipotalámicas, lesiones de la médula, lesiones cerebrales, trastornos vasculares, etc. Entre las hipohidrosis y anhidrosis destaca un Síndrome que lleva el nombre de Siemens, aunque parece ser que fue descrito por primera vez por el creador de la teoría evolucionista (Darwin). Tanto la hiperhidrosis, la hipohidrosis y anhidrosis pueden tener un sustrato anatómico en el que el número de los poros esté disminuido o aumentado.

Crump y Danks¹ idearon un test con objeto de visualizar los poros sudoríparos con un microscopio óptico. La técnica se basa en la aplicación de una fina película sobre el pulpejo del dedo, de una mezcla de acetato de celulosa al 2% y una solución de cresil violeta.

* Servicio de Dermatología.- Hospital Universitario Puerta del Mar, Cádiz, España.

En el presente trabajo hemos realizado un estudio comparativo del test de Crump y Danks con una técnica original basada en el estudio ultraestructural de los poros sudoríparos con SEM.

Dicha técnica fué descrita en la VI Reunión de la Sociedad Española de Microscopía Electrónica (SEME) en Salamanca en 1974,² y posteriormente publicado en la revista Medicina Española³ en el mismo año. La técnica se basa en realizar una pequeña "viruta" epidérmica del pulpejo del dedo, que recubierta con oro permite un estudio ultraestructural de los poros sudoríparos.

MATERIAL Y MÉTODOS

En 1974 en la VI Reunión de la SEME (Salamanca) fue propuesta una técnica² para el estudio de los poros sudoríparos, consistente en la realización de una "viruta" epidérmica con una hoja de bisturí, con desplazamiento tangencial, casi paralelo a la superficie de la piel, con un ángulo de inclinación muy pequeño. Este fragmento epidérmico, recubierto de oro y visto al microscopio electrónico (SEM), permite la visualización de aproximadamente unos 25 a 30 poros sudoríparos por cada fragmento.

Se realizó un estudio a 10 enfermos con diversas dermatosis, y a 2 personas controles (Figs. 1 y 2). Los diagnósticos de los pacientes fueron: 3 eczemas de contacto (adultos), 2 dermatitis atópicas (niños de 7 y 9 años), 1 caso de enfermedad de Darier (adulto), 1 caso de Síndrome de Siemens (niño de 5 años) y 3 casos de hiperhidrosis idiopáticas palmo-plantar (7, 12 y 20 años).

RESULTADOS

Tanto en los eczemas de contacto como en la atopia, no se encontró ninguna alteración ni en el número de poros sudoríparos, ni en su morfología.

En la enfermedad de Darier encontramos una disminución en el número de poros, equivalente a un 20% aproximadamente. En un caso de Síndrome de Siemens se observó ausencia total de los poros sudoríparos que fué confirmado con la biopsia (Fig. 3). En la Fig. 4 se presenta el diagrama de los poros sudoríparos en la Displasia Ectodérmica Anhidrótica

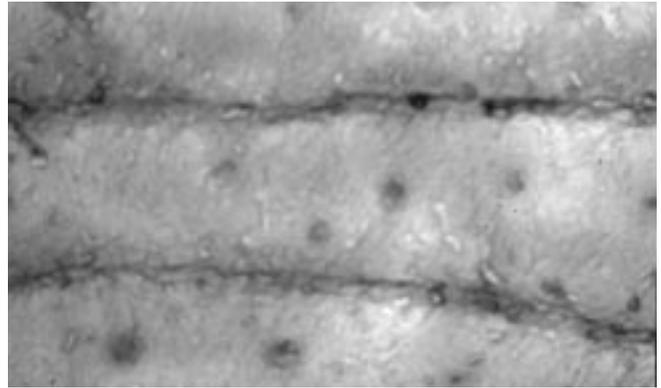


Figura 1. Fotografía de microscopía electrónica de los poros sudoríparos de un paciente normal (control).

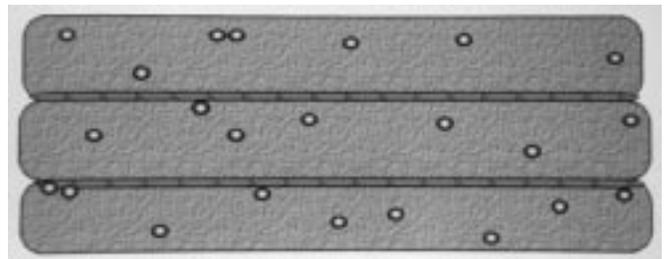


Figura 2. Diagrama computarizado de los poros sudoríparos de la epidermis en situación normal.

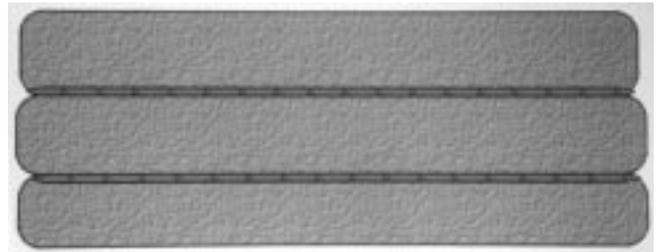


Figura 3. Diagrama computarizado de un corte tangencial de la epidermis en el Síndrome de Siemens (ausencia total de poros sudoríparos).

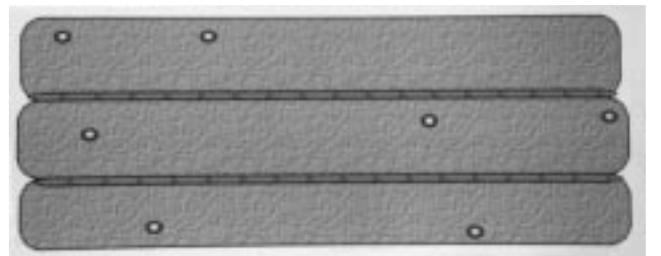


Figura 4. Diagrama computarizado de los poros sudoríparos en la Displasia Ectodérmica anhidrótica.

Los resultados anteriores correspondieron con el recuento de poros realizados con el test de Crump y Danks.

DISCUSION

Excepto en los casos de enfermedad de Darier y en la displasia anhidrótica ectodérmica, el número y morfología de poros sudoríparas eran normales.

La ausencia total de poros sudoríparas se correlacionó con el test de Crump y Danks (aplicación de una fina película de acetato de celulosa al 2%, y una solución de cresil violeta en el pulpejo del dedo) y con una biopsia. Con éste último dato vimos la correlación de ausencia de poros y ausencia de glándulas sudoríparas.

En el Síndrome de Siemens la ausencia de glándulas sudoríparas puede conducir a accesos febriles por fallo en los mecanismos de regulación de la temperatura (homeostasis). Ello induce en ocasiones al médico general, a tratar a estos niños con antibióticos, dado que la fiebre es interpretada como un proceso infeccioso. Como ello no es así, los antibióticos no solucionan el problema y por el contrario su uso indiscriminado a largo plazo puede conducir a una destrucción de la flora bacteriana normal intestinal, con cuadros de diarreas, que junto a los acce-

sos febriles, pueden conducir a un estado de shock (hipovolemia).

Dado que el diagnóstico del Síndrome de Siemens se basa en la comprobación de la ausencia de las glándulas sudoríparas ecrinas, esto se demuestra con una biopsia, y teniendo en cuenta que algunos padres han rechazado la biopsia, nos parece de gran interés el test propuesto por Crump y Danks, o bien la alternativa del estudio ultraestructural de los poros, ya que en ninguno de éstos dos últimos casos es necesario realizar una biopsia.

REFERENCIAS

1. **Crump IA and Danks DM. Hypohidrotic ectodermal dysplasia. A study of sweet pores in the X linked form in a Family with probable autosomal recessive inheritance. J. Pediat 1971; 78:466-473**
2. **Calap Calatayud J, Brines J, Renau J, Colomer J, Mascaró JM. El microscopio electrónico de barrido en el diagnóstico precoz de la displasia ectodérmica hipohidrótica. En: Libro de resúmenes de comunicaciones de la VI Reunión de la Sociedad Española de Microscopia Electrónica. Graficesa. Salamanca 1974. pág. 31**
3. **Calap J, Brines J, Escribano A, Mascaró JM y Colomer J. Técnica sencilla para el diagnóstico precoz de la displasia ectodérmica hipohidrótica. Med Esp 1974; 71:161-165.**

EN TU LUCHA CONTRA EL RESTO DEL MUNDO,
TE ACONSEJO QUE TE PONGAS DEL LADO
DEL RESTO DEL MUNDO.

FRANZ KAFKA.

Hamartoma Hepático

Reporte de un Caso y Revisión de Literatura

Hepatic Hamartoma Clinical Case Presentation and Review

Dr. José Ranulfo Lizardo Barahona*

RESUMEN. Se presenta el primer caso de hamartoma hepático operado en el Instituto Hondureño de Seguridad Social. El cuadro clínico se caracterizó por el hallazgo incidental de una tumoración abdominal en el cuadrante superior derecho, el tratamiento consistió en una resección completa de la tumoración con la creación en un segundo tiempo de una derivación bilioentérica debido a una fistula biliar. El hamartoma hepático es una tumoración benigna bastante rara que afecta niños menores de dos años de edad y que durante los primeros meses de la vida muestra un crecimiento importante. El tratamiento clásico ha sido escisión, ya sea por hepatectomía o recesión amplia en cuña.

PALABRAS CLAVE: *Hamartoma hepático, hamartoma mesenquimatoso.*

SUMMARY. We present the first case of liver hamartoma operated in the Honduran Institute of Social Security. The clinical presentation was characterized by the incidental finding of an abdominal tumor in the right part of the liver. The treatment consisted in a complete resection of the tumor with the creation in a second time of a bilioenteric bypass due to a biliary leak. The liver hamartoma is a benign tumor, very rare that affects children less than two years age and during the first months of life shows important growth. The classic treatment has been surgical resec-

tion either lobectomy of the liver or wide wedge resection.

KEY WORDS: *liver hamartoma, mesenchymal hamartoma.*

INTRODUCCION

El Hamartoma hepático es una tumoración hepática benigna bastante rara que surge del mesenquima de la triada portal. Está formado por conductos biliares quísticos displásicos y precursores embrionarios periportales.^{1,2} Maresch fue el primero en describir esta patología en 1903 que inicialmente fue conocida como tumor mesenquial pseudoquistico, fibroadenoma biliar y tumor linfangiomatoso cavernoso, hasta que Edmondson en 1956 le dió el nombre de hamartoma mesenquimatoso.

Esta lesión es relativamente poco común, representa el 5% de todos los tumores primarios pediátricos del hígado y la mayoría de los reportes en la literatura son de un sólo caso o pequeñas series coleccionadas por largos períodos. Típicamente se presenta como una tumoración grande abdominal asintomática detectada incidentalmente en los primeros dos años de la vida. Los exámenes de laboratorio generalmente son normales excepto por la alfa fetoproteína que a veces puede estar elevada y confundir el diagnóstico.¹⁻⁴

Clásicamente la resección quirúrgica ha sido el tratamiento de elección, pero recientemente han aparecido reportes de pacientes manejados en forma conservadora.

* Cirujano Pediatra, Instituto Hondureño de Seguridad Social.
Dirigir correspondencia a: jlizardob@hotmail.com

PRESENTACION DE CASO CLINICO

El día 16 de junio de 1999 se ingresó en el Instituto Hondureño del Seguro Social paciente femenina de 3 meses de edad a quien incidentalmente se le detectó una tumoración abdominal en hipocondrio derecho. Al examen físico la niña presentaba buen estado general y como único dato positivo la presencia de una tumoración en todo el cuadrante superior derecho de 8 x 9 cm de consistencia blanda, no dolorosa, lisa y no móvil. Se realizó un ultrasonido que reportó tumoración intra-abdominal quística de pared delgada multiseptada que midió 9 x 7 cm que aparentemente depende del hígado, no lográndose visualizar la vesícula biliar. La impresión diagnóstica fue hemangioendotelioma hepático vs. linfangioma de epiplón o mesentérico. Sus exámenes de laboratorio, hemograma, química y función hepática fueron normales. Único dato positivo fue una Alfa feto proteína con un valor de 400 ng/dl.

Se operó el 24 de Junio de 1999 con sospecha de un linfangioma mesentérico, encontrando una tumoración quística multiseptada en ambos lóbulos hepáticos que se resecó completamente y de la cual drenaba abundante líquido claro. El área cruenta se aproximó sin tensión con sutura absorbible y se dejó un penrose. La vesícula y las vías biliares extrahepáticas tenían apariencia normal (ver Fig. 1). Patología reportó un hamartoma hepático y en la evolución post operatoria se detectó una fistula biliar, por lo cual fue reintervenido quirúrgicamente el día 2 de julio de 1999. Durante la laparotomía se observó que el drenaje biliar provenía de la heptorrafia a nivel del lóbulo cuadrado hepático, por lo que se procedió a realizar un colangiograma transoperatorio a través de la vesícula biliar, la cual se observa pequeña y al corte no drenó bilis.

Al pasar el medio de contraste hidrosoluble éste reveló vesícula y vía biliar extra hepática indemne. Al repetir la maniobra pasando medio de contraste por la vesícula con el colédoco pinzado se observó fistula en ambos conductos intrahepáticos derecho e izquierdo, por lo que se procedió a realizar una derivación bilioentérica en Y de Roux tipo Kasai dejando un tubo en T en la anastomosis enterohepática que se retiró al séptimo día (ver Fig. 2).

La paciente se trasladó a Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos con triple cobertura antibiótica ampicilina, amikacina y clindamicina, en ayuno total por 7 días y ali-



Figura 1. Fotografía donde se observa el hamartoma hepático afectando ambos lóbulos hepáticos.

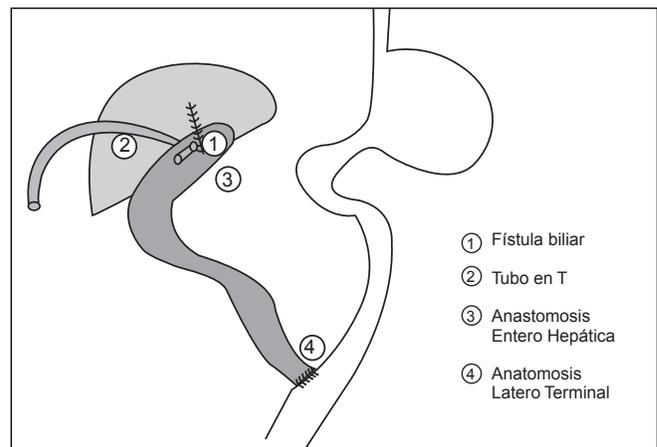


Figura 2. Procedimientos Quirúrgico realizado en la segunda intervención.

mentación parenteral total. Se dió de alta el día 12 de julio de 1999 en excelentes condiciones y es controlada en la consulta externa por nosotros mensualmente. Actualmente tiene 15 meses de edad, un año de post-operada y su peso y talla están en el percentil 95 para la edad.

DISCUSION

El hamartoma hepático es la segunda tumoración hepática benigna más frecuente en niños, sólo superada por el hemangioendotelioma. No es una neoplasia verdadera sino una anomalía vinculada con el desarrollo del mesénquima periportal. Aun cuando se han informado casos en adultos, esta enfermedad se identifica de modo casi exclusivo en niños menores de dos años y el 80% se diagnostica antes del primer año de vida.^{5,6}

Los niños con ésta lesión típicamente son asintomáticos. Sin embargo, cuando la tumoración es muy grande se han descrito hiporexia y dificultad respiratoria secundaria al efecto de masa. Hay reportes de insuficiencia cardíaca congestiva hiperquinética en recién nacidos con hamartoma hepático con componente hemangiomatoide. Al examen físico la masa no es dolorosa y tiene bordes bien definidos, la historia natural del hamartoma hepático es desconocida ya que la mayoría han sido resecados al momento del diagnóstico, pero con el incremento en el uso de la tomografía y el ultrasonido hay casos identificados incidentalmente en adultos y degeneración maligna no ha ocurrido.^{1,2}

En 1986 Ros y cols. realizaron una excelente revisión de los hallazgos ultrasonográficos en pacientes con hamartoma hepático, encontrando que los hallazgos más importantes fueron imágenes de múltiples quistes ecogénicos con septos delgados y no detritus dentro del quiste. Los hallazgos a la tomografía axial computarizada fueron similares con áreas centrales de atenuación importante y con marcado engrosamiento periférico, características que han permitido sospechar el diagnóstico de hamartoma hepático.^{1,7} Tradicionalmente el tratamiento del hamartoma hepático ha sido quirúrgico ya sea una lobectomía o una resección amplia en cuña cuando el hamartoma afectaba ambos lóbulos hepáticos. Las más grandes series sobre hamartomas hepático todas mencionan como único tratamiento el quirúrgico, como ser el trabajo de Stocker que en 1983 reporta 30 casos en el Instituto de Patología de las Fuerzas Armadas Americanas. Lack en el Boston Children's Hospital con nueve casos en un período de 57 años. Raffensperger con seis casos y Demaioribus con 18 casos recopilados en un período de 35 años en el Hospital de Niños de los Angeles.^{8,9}

De ser posible los hamartomas hepáticos deben resecarse con un margen de tejido normal para evitar recurrencias y aproximarse para no dejar un área cruenta. Sin embargo cuando no es posible o se juzga peligroso una marsupialización, escisión parcial o drenaje están descritos en la literatura.^{1,5,9-10}

En el presente caso que nosotros reportamos, el hamartoma afectaba ambos lóbulos hepáticos por lo cual se tomó la decisión de realizar una resección amplia en cuña para evitar recurrencias. Sin embargo, durante esta resección se produjo una lesión de las vías biliares intrahepáti-

cas que afortunadamente se resolvió en un segundo procedimiento quirúrgico con una derivación bilioentérica tipo Kasai.

Recientemente, en octubre 1997 en University of Michigan Medical Center Arnold Coram M.D. et al reporta cuatro pacientes de hamartoma hepático asintomáticos manejados en forma conservadora. En dos casos porque los padres no aceptaban transfusiones sanguíneas y los otros dos por lo grande de la lesión que requería una hepatotomía en neonatos. Sorprendentemente en los controles radiológicos todos los pacientes mostraron diferentes grados de involución.¹

En base a estos últimos datos de involución espontánea y su naturaleza benigna algunos autores están a favor de un manejo conservador en aquellos pacientes con hamartoma hepático asintomático. Sin embargo, debe quedar claro que la biopsia no puede obviarse ya que ni el ultrasonido ni la tomografía axial computarizada pueden hacer el diagnóstico definitivo de hamartoma hepático.

REFERENCIAS

1. Barnhart DC, *et al.* Conservative management of mesenchymal hamartoma of the liver. *J Pediatr Surg* 1997;32:1495-1498.
2. Schweinitz DV, Gómez B and Gluer S. Mesenchymal hamartoma of the liver-new insight into histogenesis. *J Pediatr Surg* 1999;34:1269-1271.
3. Welch KG, Avitch MM, O'Neil JA Rowe MI and Randolph JG. *Pediatric Surgery*. 4th. Ed. Chicago, Year Book Medical Publishers, Inc. 1986 Vol. Ipp:304-305.
4. Holder TM and Ashcraft KN. *Pediatric Surgery* 2da. Ed. Philadelphia, WB. Saunders Company, 1993;pp. 840-841.
5. Caty MG. y Shamberer RC. Neoplasias abdominales durante la lactancia y la niñez. *Clínicas Pediátricas de Norteamérica* 1993; 6:1351-1370.
6. Pearl RH, Irish MS, Caty MG and Glick PhL. Métodos para diagnósticos abdominales frecuentes en niños. *Clínicas Pediátricas de Norteamérica* 1998;6: 1293-1335.
7. Ros PR, *et al.* Mesenchymal hamartoma of the liver. *Radiologic-Patologic Correlation Radiology* 1986;158:619-624.
8. Raffensperger JG, González-Curssi F, Skeeahan T. Mesenchymal hamartoma of the liver. *J Pediatr Surg* 1983;18:585-587.
9. Demaioribus CA, *et al.* Mesenchymal hamartoma of the liver. A 35 year review. *Arch Surg* 1990;125:598-600.
10. Schwartz SI. *Principles of surgery*. 4th Ed. New York. McGraw-Hill Book Company, 1983, pp. 1271-1272.

Melanoma Maligno

Reporte de un caso

Malign Melanoma

Clinical Case Presentation and Review

Dr. Marco Antonio Fajardo,* Dr. Denis Espinal†

RESUMEN. Se presenta el caso de una paciente femenina de 64 años de edad, procedente de Juticalpa, Olancho, que acude a consulta externa de oftalmología manifestando dolor e irritación en ojo izquierdo de tres meses de evolución y que el día anterior le sangró en forma espontánea. Al examen físico se le encontró una masa oscura de bordes no precisos de aproximadamente 2 cms de diámetro en la conjuntiva tarsal superior izquierda que se extiende hacia el fondo del saco. La biopsia incisional reveló melanoma maligno por lo que se procedió a excisión quirúrgica completa del párpado superior izquierdo. Los melanomas oculares se presentan en 5.2 % de todos los melanomas, siendo el uveal el más frecuente (85%). En conjuntiva se presenta sólo en un 4.8% principalmente en la porción bulbar, siendo extremadamente raro en la porción tarsal. Este es el primer caso que se informa en nuestro país.

ABSTRACT. This is a case of a 64 year-old woman who presented, resident of Juticalpa, Olancho, to the outpatient clinical office manifesting pain and irritation of the left eye within a three month evolution period. Bleeding from that eye occurred the day before, in a spontaneous manner. At the physical

examination, a dark mass was found, with undefined borders, of approximately 2 cms of diameter, in the superior, left tarsal conjunctivae, that extends to the bottom of the bag. The incisional biopsy revealed malignant melanoma and we proceeded to do a complete surgical excision of the left superior eyelid. The ocular melanomas present themselves in 5.2% of the cases of all the melanomas, being the uveal the most frequent (85%). In the conjunctivae only a 4.8% are presented specially in the bulbar portion, being extremely rare in the tarsal portion. This is the first case reported in our country.

INTRODUCCION

El melanoma maligno es la principal causa de mortalidad de todas las enfermedades que se originan en la piel. En los últimos años ha habido un aumento inquietante en la frecuencia de melanoma primario, quizá debido a mayor exposición al sol. Además, los melanomas malignos no mejoran o mejoran muy poco con quimioterapia y radioterapia. Hasta ahora la posibilidad de sobrevivir depende de la extirpación quirúrgica completa durante las primeras etapas antes de que se produzca invasión profunda.¹

Las mutaciones N-ras son frecuentemente encontradas en melanomas cutáneos de áreas del cuerpo expuestas al sol. La radiación UV es lo que induce mutaciones en el gen N-ras y activa los oncogenes, pero no se encontró desvia-

* Médico General, Profesor Titular I, Facultad de Ciencias Médicas, U.N.A.H.

† Médico Especialista en Oftalmología, Profesor Titular III, Facultad de Ciencias Médicas, U.N.A.H.

ciones en la secuencia del gen N-ras en los pacientes con melanoma conjuntival.²

En un estudio realizado en los Estados Unidos de América en la última década con un total de 84,836 casos, se encontró: melanoma cutáneo en el 91.2%, ocular 5.2%, de mucosa 1.3% y primario desconocido 2.2%. Para el melanoma ocular, el 85% era uveal, 4.8% era conjuntival y 10.2% ocurre en otros sitios.³ La tasa de mortalidad del melanoma conjuntival es del 30%.

En Francia se llevó a cabo un seguimiento de 56 pacientes durante 96 meses, las edades comprendidas entre 13 a 88 años con promedio de edad de 56 años, 39 % eran hombres y 61% eran mujeres. De estos casos, el 51% aparece como melanoma primario (novo), 17% derivados de nevos y un 25% derivan de melanosis precancerosa. El tumor fue localizado en la conjuntiva bulbar y limbo en un 57% de los casos; 25% murieron por enfermedad metastásica y 39% presentan recurrencia local. La supervivencia fue 77% a 5 años y 64% a 10 años. Los tumores que aparecen de novo tienen peor pronóstico y los tumores en el limbo y conjuntiva bulbar son menos metastásicos.⁴

En Japón se realizó un estudio sobre el pronóstico de melanoma maligno en conjuntiva y la tasa de supervivencia era de 95.1% ó después del primer año, 72.9% ó después de 3 años y 53.4% después de 5 años.⁵

Usualmente el melanoma conjuntival surge de la conjuntiva bulbar y menos frecuentemente en la conjuntiva palpebral. Después de una remoción superficial simple, este tumor tiene un incremento en la tendencia de recurrencia local y metástasis distante. Un procedimiento quirúrgico designado a remover el tumor completamente minimiza las recurrencias. Emplear una cirugía de excisión profunda de melanoma conjuntival se cree asegura más la remoción completa del tumor y disminuye recurrencias y metástasis.

El manejo quirúrgico de melanoma en la región del limbo y conjuntiva bulbar consiste de epiteliectomía corneal con alcohol localizada, remover la masa por una esclereconjuntivectomía lamelar parcial y crioterapia suplementaria a la conjuntiva. Para tumores localizados en conjuntiva palpebral se recomienda una resección quirúrgica extensa con aplicación de alcohol a la base y

crioterapia alrededor de la conjuntiva. La biopsia incisional y sección por enfriamiento no es prudente.⁶

El tratamiento de un melanoma conjuntival además de excisión local combinada con crioterapia requiere de radioterapia y/o quimioterapia local.⁷ La quimioterapia con mitomicina C tópica es bien tolerada en el tratamiento de melanoma conjuntival y melanosis primaria adquirida con atipia.⁸

La disminución de la supervivencia depende del diagnóstico en estadio tardío y edad avanzada, género masculino e histología nodular o acral lentiginoso.⁹

PRESENTACION DE CASO

Paciente del sexo femenino de 64 años de edad procedente de Juticalpa, Olancho. Es admitida en el Servicio de Oftalmología del Hospital General San Felipe el 6 de abril del 2000 por presentar una masa en el párpado superior izquierdo de 3 meses de evolución, dolorosa, de crecimiento rápido y que el día anterior había presentado sangrado espontáneo, por lo cual se presenta a consulta.



Figura 1. Fotografía de la paciente con masa en párpado superior izquierdo, notable a simple vista.



Figura 2. Fotografía que demuestra vista más cercana de la masa.



Figura 3. Fotografía del párpado evertido que muestra una masa negruzca en la región tarsal, con escasa hemorragia.

Se realiza examen oftalmológico completo encontrando: Agudeza visual en ojo derecho (OD) y ojo izquierdo (OI) 20/200 que mejora con agujero estenopecico a 20/60 en ambos ojos. Presenta masa en el párpado superior izquierdo a nivel de la conjuntiva tarsal color negruzco, vascularizada y dolorosa al tacto de 2 x 1.5 cms de diámetro en su porción visible y que se introduce hacia el fondo del saco y externamente a la piel.

El resto del examen revela ojos saludables sin cambios que indiquen diseminación intraocular del tumor. Se realizó una biopsia incisional el mismo día y se envió para el estudio anatomopatológico.

El 11 de abril la biopsia reportó melanoma maligno por lo que al siguiente día se realizó resección total del párpado superior izquierdo y colgajo frontal combinado con conjuntiva tomado del párpado inferior.

DISCUSION

De todos los melanomas solo el 5.2% es ocular del cual el 4.8 % se localiza en conjuntiva.⁹ Se puede originar en cualquier época de la vida; todavía no están claras las causas de esta tumoración y se descarta que la radiación ultravioleta esté relacionada con el melanoma ocular, a pesar que es la causa principal del melanoma en piel.³ Es de mucha importancia el diagnóstico temprano porque crece y da metástasis rápidamente.

Existe discusión acerca del tratamiento, las técnicas más usadas sugieren una excisión local combinada con crioterapia, radioterapia y/o quimioterapia local.⁸ El pronóstico depende del estadio del tumor cuando se diagnostica, edad del paciente, sexo y tipo histológico.⁴

REFERENCIAS

1. Arthur J Sober, Howard K. Koh, Nhu-link Ttrand, Carl V Washington Jr. Melanoma and other skin cancers. Harrison's Principles of Internal Medicine, 14th edition, Section I-neoplastic disorders.
2. El Shabrawi Y, Radner H, Muellner K, Langmann G, Hoelfler G. The role of UV-radiation in the development of conjunctival malignant melanoma. Acta Ophthalmol Scand 1999;77: 31-2.
3. Song J, Luo C, Xia R Jiang S. Conjunctival melanoma. Surg Ophthalmol 1998;42:4, 321-50.
4. Desjardins L Poncet P, Levy C, Schlinenger P, Asselain B, Validire P. Prognosis factors in malignant melanoma of the conjunctiva. An anatomico-clinical study of 56 patients. J Fr Ophthalmol 1999; 22:3, 315-21.
5. Matsumoto A, et. al. Analysis of the long term prognosis for conjunctival malignant melanomas in Japan. Nippon Ganka Gakkai Zasshi, 1999;103:6, 449-55.
6. Shields JA, Shields CL, De Potter P. Surgical management of circumscribed conjunctival melanomas. Ophthal Plast Reconstr Surg 1998;14:3, 208-15.
7. Lommatzsch PK, Werschnick C. Gutz U. Intraocular invasion of melanoma of the conjunctiva. Klin Monatsbl Augenheilkd, 1999;215:6, 370-2.
8. Finger PT, Czechonska G, Liarikos S. Topical mitomycin C chemotherapy for conjunctival melanoma and PAM with atypia, Br J Ophthalmol 1998;2:5, 476-9.
9. Chang AE, Karnell LH, Menck HR. The National Cancer Data Base report on cutaneous and noncutaneous melanoma. A summary of 84,836 cases from the past decade. The American College of Surgeons Commission on Cancer and the American Cancer Society Cancer 1998;83:8,1664-78.

Consumo de Drogas en Honduras¹

*Dagoberto Espinoza Murra**, *Gertrudis Ramos Suazo†*, *Enio Alvarenga‡*

RESUMEN. Se revisan diversas investigaciones sobre el uso de drogas realizadas en Honduras durante los últimos diez años. En los estudios realizados entre 1989 y 1993 en colegios de secundaria, la prevalencia de vida para el alcohol aumentó, pero el consumo actual lo hizo muy poco; mientras que para el tabaco, la prevalencia de vida se mantuvo igual y el consumo actual disminuyó un poco más. Se comparan resultados encontrados en escuelas primarias en 1998 y 2000, donde la prevalencia de vida del alcohol aumentó, pero el consumo actual permaneció estable; mientras que para el tabaco, la prevalencia de vida disminuyó, pero el consumo actual aumentó. Se concluye que la edad de inicio en el consumo de drogas disminuye, mientras aumenta la prevalencia de vida y el porcentaje de jóvenes que continúan consumiendo. El consumo de drogas ilícitas se mantiene por debajo del encontrado en la población general. Los jóvenes estudiados refirieron que en sus hogares hay un elevado consumo de alcohol y tabaco, especialmente de la figura paterna, mientras que algunas de las principales causas aducidas para el consumo son la curiosidad, los sentimientos de soledad y tristeza, así como la falta de alternativas para el uso del tiempo libre.

ABSTRACT. Various research studies were reviewed concerning drug use in Honduras during the last ten years. In studies done between 1989 and 1993 in high

schools life prevalence for alcohol consumption increased while the total consumption did not increase as much. For tobacco, life prevalence stayed the same and the total consumption decreased a bit more. Results were compared with elementary schools in the years 1998 and 2000 where the life prevalence for alcohol consumption increased but actual consumption remained stable; on the other hand, with tobacco the life prevalence descended, but actual consumption increased. It is concluded that the age of starting drug use went down while the life prevalence and percentage of young people using drugs increased. The consumption of illicit drugs is kept below the one found in the general population. Young people studied referred that in their homes there is a high rate of alcohol and tobacco consumption specially in the paternal figure. However, some of the main causes for alcoholism are curiosity, feelings of loneliness and sadness and also the lack of alternatives for appropriate use of leisure time.

CONTEXTO

Honduras tiene una población joven, ya que el 41.8% está constituido por menores de quince años, con una tasa bruta de natalidad de 31.86 por cada 1000 habitantes y una tasa de crecimiento anual de 3.3¹

El Producto Interno Bruto real, según cifras del Banco Central, en 1998 creció 3%, la tasa de inflación fue de 12.0, mientras el gasto en salud como porcentaje del presupuesto del gobierno central fue de 8.7 en el mismo período.¹

* Director General, IHADFA.

† Médico Clínica de Atención Integral, IHADFA.

‡ Departamento de Investigación, IHADFA.

1. Trabajo presentado en el XXI Congreso Centroamericano y del Caribe de Pediatría y XIII Curso Internacional de Pediatría, Tegucigalpa, 2000.

La tasa de analfabetismo total anda en 20, con un promedio de escolaridad de 4.2; la matrícula escolar es del 93%, pero sólo el 21% de la población entre 14 y 19 años llega a la escuela secundaria y la tasa de ausentismo tiende a subir en todos los niveles.

La tasa de mortalidad infantil se calcula en 42 por cada mil nacidos vivos,¹ siendo de 36 en las zonas urbanas y cerca de 60 en las rurales, mientras la capacidad hospitalaria es de una cama por cada mil habitantes, con 3 médicos por cada cien mil, según cifras del Banco Central para el período 1996-1998.²

En este panorama, que someramente describen los indicadores señalados, se desenvuelve la población infantojuvenil, una buena parte de la cual, según la apreciación de Julie Lennox, consultora que ha trabajado en nuestro país, "...enfrenta situaciones que hacen muy difícil la satisfacción de sus necesidades. Estas situaciones incluyen la pobreza extrema, la explotación del trabajo, la maternidad precoz, la vida callejera y sin hogar, la minusvalía, la discriminación cultural por ser indígena o de otro grupo étnico, los desastres naturales o ecológicos..."³

Esta es una realidad que se agudiza cada día. En 1989 se realizó un estudio en seis barrios urbano-marginales de Tegucigalpa, con 23 grupos comunitarios que incluían nueve grupos juveniles, consultándoles los problemas y

necesidades de su población infantil y juvenil. Los problemas familiares prioritarios identificados fueron: problemas económicos, vivienda inadecuada, desintegración del hogar y madres jefas de hogar, falta de comprensión y apoyo de los padres hacia los hijos, alcoholismo paterno, falta de protección, abandono y maltrato. Sobre la situación juvenil en particular dijeron que los mayores problemas eran desnutrición, analfabetismo, falta de trabajo, abuso de alcohol y drogas, embarazo a temprana edad, machismo, vagancia y pandillerismo, prostitución y homosexualidad.⁴

SITUACION DEL CONSUMO DE DROGAS

Hasta el momento nuestro país no cuenta con estudios a nivel nacional, pero sí tenemos algunas investigaciones parciales localizadas en comunidades determinadas, principalmente en poblaciones cautivas de alto riesgo, como hospitales, hogares de infantes y cárceles, así como en colegios de secundaria y algunas en grupos poblacionales abiertos.

La totalidad de tales estudios coinciden en que la droga más utilizada por la población hondureña es el alcohol, con excepción del grupo de niños "de" y "en" la calle, que consumen otro tipo de sustancias.

En 1989 se realizó una encuesta en 18 institutos de segunda enseñanza de Tegucigalpa, encontrándose que el

Figura No. 1

Consumo de Alcohol y Tabaco en Colegios de Teg. y S.P.S.

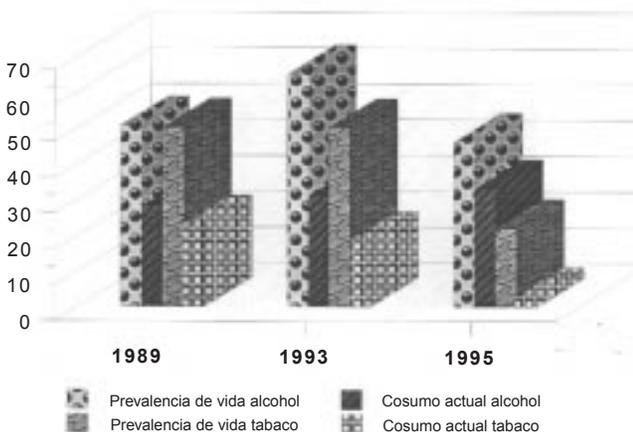
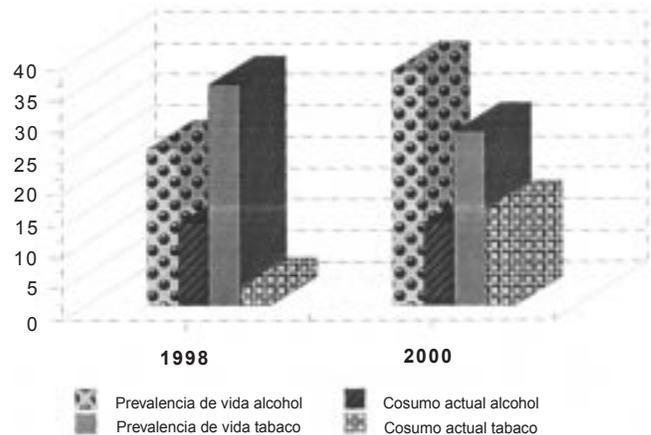


Figura No. 2

Consumo de Alcohol y Tabaco en Escuelas Primarias del D.C.



50.5% de la población estudiada había ingerido bebidas alcohólicas al menos una vez en su vida (prevalencia de vida), con una edad de inicio entre los 10 y los 19 años, y lo hicieron fundamentalmente por curiosidad e invitación. Esta misma investigación mostró un 8% de estudiantes que aceptaron utilizar diversas drogas ilícitas, el 6% de los cuales consumía marihuana, cifras similares a las detenciones de estudiantes por posesión de drogas.⁵

En otro estudio realizado en ese mismo año entre alumnos de 24 colegios de Tegucigalpa, encontramos que más de la mitad había tenido contacto con el cigarrillo, con una edad de inicio entre 11 y 14 años para el 57% de los sujetos; solamente el 23% consumía cigarrillos en ese momento y el 53% convivía con familiares que fumaban.⁶

En 1991 se realizó un estudio con niños y jóvenes en situación de calle de Tegucigalpa, San Pedro Sula y La Ceiba, principales ciudades del país, encontrando que hasta un 50.7% ha usado alcohol y otras drogas, consumiendo en su mayoría pegamento de contacto y marihuana.⁷

En 1992 se realiza un estudio sobre infancia y alcohol, cuya primera etapa se lleva a cabo en ocho colonias marginales del área metropolitana de Tegucigalpa, con sujetos de ambos sexos en edades de 9 a 19 años. Las principales conclusiones que se obtuvieron en esta investigación fueron, entre otras, que, en la población estudiada, el grupo de edad comprendido entre los 13 y los 16 años es el más propenso al consumo de alcohol, sin diferencias de género.

En ésta población se encontró una prevalencia de 6% para el consumo actual de alcohol, habiéndose iniciado entre los 10 y los 16 años, generalmente en su casa o en casa de un amigo.

Se identificaron familias cuya característica fundamental es la extrema pobreza, factor que determina el ausentismo y el abandono escolar, más acentuado en el nivel secundario. En el 78% de los hogares de los jóvenes se consume alguna droga, siendo el alcohol y el tabaco las que alcanzan mayores porcentajes; ésto, sumado al abandono escolar, el desempeño de actividades generadoras de ingresos a temprana edad, unido a las características propias del

subdesarrollo, facilita que se produzcan condiciones peligrosas entre las cuales el uso de alcohol y otras drogas ocupa el primer lugar.

Así mismo se encontró una actitud ambivalente de rechazo y aceptación en cuanto al uso de alcohol y otras drogas, identificándose un bajo nivel de pertenencia a grupos sociales, lo cual está en relación a los estados anímicos de soledad y tristeza del joven y a la falta de espacios físicos adecuados que propicien la práctica de deportes, reuniones, etc., por lo cual, las diversiones de estos jóvenes se circunscriben a lugares como billares, cines, y juegos de video.⁸

En una segunda etapa del mismo estudio, en 1993, se explora una población infantojuvenil netamente urbana, con estudiantes de 24 colegios privados, bilingües y no bilingües, ubicados en Tegucigalpa. En este caso encontramos que el 65% de los encuestados habían utilizado alcohol alguna vez en su vida, mientras un 31% continuaba consumiéndolo al momento de la encuesta, identificándose como edades de mayor riesgo el segmento de los 12 a los 17 años. Por otra parte, la mitad de la población aceptó haber utilizado tabaco alguna vez, habiendo comenzado entre los 10 y los 17 años, mientras al momento del estudio, el 18.5% continuaba fumando. Respecto al uso de marihuana, en este estudio se encontró que el 4% de los alumnos encuestados habían probado dicha droga por lo menos una vez, la mayoría entre los 14 y los 19 años.

También en este caso se detectaron antecedentes familiares de uso de alcohol y otras drogas, asimilación de patrones culturales foráneos, así como que los jóvenes de mayor nivel socioeconómico se inician a más temprana edad.⁹

En 1995 se continúa el estudio sobre infancia y alcohol, realizándose esta vez en veinte institutos privados del área urbana de San Pedro Sula, segunda ciudad del país, encontrando aquí una prevalencia de vida para el alcohol de un 46%, con mayor incidencia en el sexo masculino (57.2%), habiéndose iniciado entre los 13 y los 16 años la mayoría de los encuestados, pero un 16% se iniciaron entre los nueve y los doce. La tercera parte de la población estudiada continuaba consumiendo alcohol al momento de la encuesta. En cuanto al consumo de otras drogas, se reporta una prevalencia de vida para el tabaco

de 22%, de 2.7% para marihuana y 2.4% para la cocaína.¹⁰

Por otra parte, en 1996 se realizó una investigación en las doce Escuelas Normales del país (escuelas formadoras de maestros), donde se encontró una prevalencia de vida para alcohol de 43.3% como promedio, la mayoría varones, con una edad de inicio antes de los 15 años para el 27.2% de los varones y el 19.4% de las mujeres; en segundo lugar se situaron los estimulantes, en forma de pastillas para no dormir, con un 17.1% de prevalencia de vida, con predominio del sexo femenino y una edad de inicio entre 13 y 18 años para ambos sexos. En tercer lugar estuvo el tabaco, con 16.7% de prevalencia de vida, también con predominio masculino y una edad de inicio anterior a los 15 años.¹¹

En 1998, se explora el uso de alcohol y otras drogas en escuelas primarias públicas del Distrito Central. Se estudian los niños de quinto y sexto grado, cuyas edades oscilan entre 11 y 14 años para más del 82% de la población, encontrándose que el 25% de ellos ya habían consumido alcohol alguna vez en su vida. Este primer consumo, el 40% lo hizo entre los 8 y los 10 años, 47% tenía entre 11 y 13 años y se encontró un 8% que se habían iniciado antes de los ocho. Más aun, el 13.2% de los que habían consumido alguna vez, continuaban consumiendo alcohol al momento de la entrevista. Con respecto al tabaco, estos niños habían consumido alguna vez en el 35.3% de los casos, de los cuales, el 41% lo hizo entre los 8 y los 10 años, mientras que el 49%, entre los 11 y los 13, encontrándose un 8% que se inició antes de los ocho.

De todos los entrevistados que habían fumado, sólo el 3% aceptó continuar haciéndolo.¹²

Según datos preliminares de la continuación de dicha encuesta en este año 2000, tenemos que la prevalencia de vida ha aumentado para el alcohol pero la proporción de los que continúan consumiendo no ha variado; mientras que para el tabaco, la prevalencia de vida ha disminuido pero la proporción de los que se mantienen consumiendo, ha aumentado.

CONSIDERACIONES FINALES

Una de las principales conclusiones que obtenemos de la revisión de todas estas investigaciones es que la edad a la cual nuestros niños se inician en el consumo de drogas disminuye, es decir, que cada vez se inician más temprano.

También aumenta la prevalencia de vida y el porcentaje de jóvenes que continúan consumiendo. Por otro lado, el consumo de drogas ilícitas todavía se mantiene por debajo del encontrado en la población general.

Es importante señalar que en todas las investigaciones se encuentra que en los hogares de estos jóvenes hay un elevado consumo de drogas, fundamentalmente de alcohol y tabaco, especialmente de la figura paterna. En todos los estudios revisados, algunas de las principales causas que los niños y jóvenes aducen para su consumo es la curiosidad, los sentimientos de soledad y tristeza, así como la falta de alternativas para el uso del tiempo libre.

Es necesario que tomemos conciencia de que el consumo de drogas es parte de las formaciones culturales de cada comunidad, la cual construye y transmite de generación en generación, formas de ser, formas de pensar, formas de sentir y de actuar ante determinadas circunstancias. El fenómeno de la adolescencia también es parte de esas formaciones culturales y los adolescentes adquieren desde la niñez los patrones que el mundo adulto les enseña.

En el proceso de socialización los niños y adolescentes adquieren la cultura que los adultos les transmiten y en esa transmisión, los medios de comunicación juegan un papel cada vez más preponderante en esta era de la globalización.

En este sentido, la gran pregunta sería, ¿Cómo podemos cambiar los adultos, para que los niños y adolescentes puedan ejercer su derecho a la salud, es decir, que tengan la capacidad y el derecho de realizar todo su potencial y de participar en el desarrollo de nuestra sociedad y participar equitativamente de sus beneficios?

REFERENCIAS

1. Secretaría de Salud. Indicadores básicos 99. Folleto desplegable.
2. Honduras en Cifras 1996-1998. Banco Central de Honduras. Departamento de Estudios Económicos.
3. Lennox J. "Grupos de alto riesgo entre los adolescentes hondureños", en *La Salud del Adolescente y del Joven*. Editores Matilde Maddaleno y otros. Publicación Científica No. 552. OPS. 1995.
4. Sierra G. Encuesta con grupos comunitarios sobre problemas y necesidades de sus familias, niños y jóvenes. Tegucigalpa, 1989. Trabajo inédito, citado por Lennox J. Publicación Científica No. 552, OPS, 1995.
5. Consumo de Drogas en 18 Institutos de Segunda Enseñanza de Tegucigalpa. IHADFA-Ministerio de Salud, 1989.
6. Consumo de Tabaco en Colegios de Tegucigalpa. IHADFA, 1989.
7. Vittetoe K. Estudio epidemiológico sobre uso y abuso de drogas en las ciudades de Tegucigalpa, San Pedro Sula y La Ceiba, 1991.
8. Córdova Santos, Rosario: Estudio Diagnóstico sobre Infancia y Alcohol en ocho colonias marginales del área Metropolitana. IHADFA-OPS. 1992. EN *Infancia y Drogas en América Latina; Tomo II. Programa de Prevención de las Farmacodependencias*. Instituto Interamericano del Niño. OEA Montevideo, 1993.
9. Córdova Santos R. Estudio diagnóstico sobre Infancia y Alcohol: en veinte institutos privados del área urbana de Tegucigalpa. IHADFA-OPS, 1993.
10. Pineda, C de. Estudio diagnóstico sobre Infancia y Alcohol: en veinte institutos pivadados del área urbana de San Pedro Sula. IHADFA-OPS, 1995.
11. Vittetoe K *et al*. Investigación sobre el uso y abuso de drogas en las Escuelas Normales de Honduras. IHADFA-CICAD/OEA, 1996
12. Alvarenga E y Portillo, R. Investigación sobre el uso de alcohol y otras drogas en escuelas públicas primarias del Distrito Central. IHADFA, 1998.

NO HAY COSA MÁS FÁCIL QUE DAR CONSEJO,
NI MÁS DIFÍCIL QUE SABERLO TOMAR.

LOPE DE VEGA

HISTORIA DE LA MEDICINA HONDUREÑA

Promociones Médicas

1939-1944

*Dr. Julio Alberto Bourdeth Tosta**

INTRODUCCIÓN

Como hemos referido en artículos previos, nuestra Facultad de Ciencias Médicas en sus orígenes y durante los primeros cincuenta años de existencia, pasó por tremendas dificultades, las que se reflejan con claridad, pues hasta 1943 logró graduar los primeros cien médicos, o sea apenas dos médicos por año como media; sin embargo, en ese medio siglo no hubo graduaciones en 21 años.

En el sexenio 1939-44 se inicia la enseñanza de la medicina, utilizando equipo moderno, para la época, que se adquirió en Europa y contando con capacitados profesores, especializados en muchas ramas, con lo cual la Facultad llegó a adquirir mucha categoría y se cotizaba como la mejor del istmo. En 1944 debido a varios incidentes entre la Federación de Estudiantes Universitarios y el gobierno de Tiburcio Carías Andino, éste determinó el cierre de la Escuela de Medicina, sin embargo, la oportuna mediación de varios intelectuales, lograron convencer al mandatario que dicha medida no abonaba a su ya extendido período, por lo que pronto se restablecieron las actividades académicas.

AUTORIDADES UNIVERSITARIAS

Rector: Timoteo Chirinos Zúniga (1936-1947)
 Secretario General: Lic. Cecilio Colindres Zepeda (1934-1956)
 Decano de Medicina: Dr. Francisco Sánchez
 Dr. Romualdo B. Zepeda.

Año de 1939



Dr. Vallecillo T.



Dr. Burgos C.



Dr. Zúniga O.

1. Dr. Octavio Cesar Vallecillo Toro.
2. Dr. Marco Tulio Burgos Cubas
3. Dr. Raúl Enrique Zúniga Ortega

* Especialista en Salud Pública

Dirigir correspondencia a: Apartado Postal No. 810, Tegucigalpa.

Año de 1940



Dr. Membreño M.



Dr. Joya M.



Dr. Vallecillo T.



Dr. Pereira O.



Dr. Larios C.

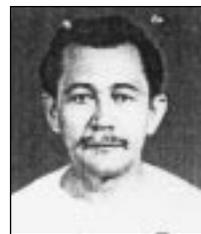


Dr. Alcerro C.

1. Dr. Héctor Membreño Marín
2. Dr. Pablo Ulises Joya M.
3. Dr. Gaspar Vallecillo Toro
4. Dr. Salvador Jimenez Leiva



Dr. Jiménez L.



Dr. Lara Z.



Dr. Meza G.



Dr. Zúniga D.

Año de 1941



Dr. Rodríguez



Dr. Coello O.



Dr. Montoya A.



Dr. Vargas F.



Dr. Bendaña U.



Dr. Alcerro O.

1. Dr. Juan Montoya Alvarez
2. Dr. Ernesto Asunción Borjas Valeriano
3. Dr. Benjamín Rodríguez Guerrero
4. Dr. Miguel Humberto Coello Oliva
5. Dr. Mario Díaz Quintanilla
6. Dr. Manuel de Jesús Castillo.

1. Dr. José Ramón Pereira O.
2. Dr. Ramón Larios Contreras
3. Dr. Juan Lara Zepeda
4. Dr. Ramón Alcerro Castro
5. Dr. Ramón Meza Galeas
6. Dr. Gustavo Adolfo Zúniga Díaz
7. Dr. Angel D. Vargas Fúnez
8. Dr. Carlos Alberto Bendaña Ulloa
9. Dr. José Napoleón Alcerro Oliva.
10. Dr. Fernando Zepeda R.
11. Dr. Rafael Dario Coello
12. Dr. Luis Alberto Boquín B.

Año de 1943

1. Dr. Efraín Ochoa Reina
2. Dr. Rogelio Canelo P.
3. Dr. Guillermo Bendaña M.



Dr. Ochoa R.

Año de 1944



Dr. Javier S.



Dr. Rivera H.



Dr. Zepeda V.

1. Dr. Carlos Alberto Javier S.
2. Dr. Ramiro Andino
3. Dr. Armando Bardales R.
4. Dr. Abraham Riera Hotta.
5. Dr. Salomón Munguía Alonzo
6. Dr. Francisco Salomón Zepeda Valladares
7. Dr. Salomón Munguía Alonzo



Dr. Munguía A.

Cuadro de Egresados

DOCTOR	Graduación	No. COL.	NACIMIENTO		DEFUNCION
Angel Donoso Vargas Fúnez	22/VIII/42	31	La Unión, Olancho	20/IV/17	4/II/2001
José Ramón Pereira Aguilar	22/I/42	74	Comayagua, Comayagua	31/VIII/13	25/X/1987
Ernesto Ascención Borjas V.	8/II/41	89	Danlí, El Paraíso	8/IX/08	?
Marco Tulio Burgos Cubas	31/X/39	102	Victoria, Yoro	16/VI/09	11/I/99
Salomón Munguía Alonzo	29/XII/44	104	Comayagüela, F. M.	9/III/15	17/XI/79
Miguel Humberto Coello Oliva	11/IX/41	114	La Venta, F.M.	8/V/05	17/V/99
Carlos Alberto Javier Santos	9/II/44	131	Ocotepeque, Ocotepeque	28/XII/15	
Gustavo Adolfo Zúñiga Díaz	17/VII/42	140	Tegucigalpa, F. M.	10/VIII/13	25/X/93
José Napoleón Alcerro Oliva	4/II/42	168	Marcala, La Paz	19/III/15	I/II/97
Juan Lara Zepeda	12/VI/42	174	Yoro, Yoro	21/III/12	7/VI/79
Abraham Riera Hotta	31/X/44	192	La Ceiba, Atlántida	16/II/12	24/V/78
Gaspar Vallecillo Toro	29/II/40	214	Naranjito, Sta. Bárbara	5/1/14	12/III/98
Carlos Alberto Bendaña Ulloa	8/X/42	230	Comayagua, Comayagua	21/VII/16	
Juan Montoya Alvarez	8/I/41	238	Pespire, Choluteca	8/XII/13	19/II/90
Octavio Vallecillo Toro	14/I/39	240	Naranjito, S.B.	9/VI/12	17/I/77
Francisco S. Zepeda Valladares	22/XII/44	241	Tegucigalpa, D. C.	24/VII/18	3/III/89
Benjamin Rodriguez Guerrero	21/VI/41	256	San Nicolas, Sta. Bárbara	12/I/12	8/IV/91
Efraín Ochoa Reina	18/IX/43	264	Comayagua, Comayagua	3/II/13	14/XII/80
Ramón Meza Galeas	4/VII/42	278	Juticalpa, Olancho	5/V/1892	17/III/76
Raúl Enrique Zuniga Ortega	22/XII/39	277	San Pedro Sula, Cortés	15/VII/11	10/VI/80
Hector Membreño Marín	2/II/40	290	Marcala, La Paz	23/III/11	27/IX/90
Salvador Jiménez Leiva	19/II/40	296	Santa Bárbara, S.B.	22/XII/08	
Ramón Alcerro Castro	12/VI/42	303	Comayagua, Comayagua	15/IX/18	21/III/2001
Pablo Ulises Joya Moncada	28/II/40	309	Choluteca, Choluteca	4/X/10	2/V/2000
Ramón Larios Contreras	16/V/42	401	Santa Rosa de Copán	7/10/15	28/I/84
Armando Bardales Rodríguez	5/VIII/44	630	Amapala, Valle	4/VII/16	
Guillermo Bendaña Meza	3/IV/43	356	Comayagua, Comayagua	I/V/17	28/III/90
Manuel de Jesús Castillo Ochoa	4/I/67	475	Comayagua, Comayagua	9/VIII/09	



Dr. Bendaña M.



Dr. Bardales



Dr. Castillo O.

EPILOGO:

- Desafortunadamente no logramos obtener datos de los doctores Díaz Quintanilla, Zepeda R., Coello O., Boquín B., Canelo P. y Andino.
- Sabemos que al momento de redactar este artículo, sobreviven los doctores Zúniga D., Alcerro C., Vargas F., Bendaña M. y Montoya A. A ellos y a la memoria de los desaparecidos, dedicamos este esfuerzo literario.
- Los doctores Vargas F., Zúniga D., Zúniga O., Larios C y Bendaña M., se especializaron en Cirugía.
- El doctor Alcerro Oliva, fue Ministro de Educación de 1971 a 1974 y se especializó en Otorrinolaringología y Anestesia.
- El doctor Riera Hotta, fue militar y ejerció la Presidencia del Colegio Médico de Honduras de 1968 a 1969, habiéndose desempeñado anteriormente como Ministro de Salud de 1963 a 1965 en el gobierno de Oswaldo López Orellano.
- Además de Cirujanos, los doctores Zúniga D. y Zúniga O., también fueron ginecoobstetras, a cuya especialidad se les unen los doctores Montoya A, y Membreño M.
- Los doctores Borjas V. y Munguía A., se especializaron en Urología.
- Fueron Pediatras los doctores Javier S. y Zepeda V. El Doctor Javier S. también fue salubrista al igual que los colegas Lara Z., Bendaña U. y Boquín B.
- Se especializaron en Oftalmología, los doctores Rodríguez G. y Ochoa R.
- El doctor Bardales R. se especializó en Neurocirugía.
- El doctor Pereira O. fue radiólogo y el doctor Alcerro C. es Psiquiatra y se desempeñó como Director del Consejo Editorial de la Revista Médica Hondureña en 1945, cargo en el cual también fungió el doctor Montoya A. en 1947.

Anecdótica es la información que nos brindan los familiares del doctor Manuel de Jesús Castillo Ochoa, egresado en 1941, quien tuvo problemas con la Facultad y no se le extendió su respectivo título. Ello no fue obstaculo para que el eminente galeno ejerciera con gran suceso y su mano benéfica siempre estuvo presta a calmar el dolor de sus pacientes de la ciudad de Comayagua y departamentos circunvecinos.- Con la institución del Colegio Médico de Honduras, el doctor Castillo Ochoa fue requerido para obtener su título definitivo el cual se extendió el 4 de enero de 1967.

REFERENCIAS

- **Archivo de inscripciones del Colegio Médico de Honduras.**
- **Desarrollo de las Facultades de la Universidad Nacional.- Biblioteca UNAH 1980.**
- **León Gómez, Alfredo; varios artículos de Revista Médica Hondureña.**
- **Documento de la Biblioteca Médica Nacional de la Facultad de Ciencias Médicas UNAH.**
- **Bourdeth Tosta, Julio Alberto, varios artículos de la Revista Médica Honduras.**
- **Portillo Saénz, Andrea. La Educación Superior en Honduras 1997.**
- **Reina Valenzuela, José. Historia de la Farmacia y la Medicina en Honduras 1938 y valiosísima colaboración de parientes y amigos de los egresados en esos años.**



Algunos temas a publicarse en el próximo número (Volumen 69 No. 3 Julio, Agosto, Septiembre 2001)

1. Heridas de Duodeno ¿qué hacer?.
2. Neuralgia del Trigémimo.
3. Salpingectomía Videolaparoscópica por embarazo ectópico.
4. Hipoganmglobulimemia y poliatritis a propósito de un caso.
5. Pacientes que presentan alto riesgo de demanda.
6. Promociones Médicas 1945-1948.

CONTENIDO

I.- EDITORIAL	
La Plaga Parda	
<i>Dagoberto Espinoza Murra</i>	46
II.- TRABAJOS CIENTIFICOS ORIGINALES	
1.- Trauma por Caída de Automóvil en Movimiento: ¿Puede prevenirse?	
<i>Dr. Jorge Eduardo Ortega, Dr. Abel Leonardo Vásquez, Dra. Fanny Graciela Young,</i> <i>Dr. Carlos Roberto Contreras, Dra. Ena Isabel Miller</i>	47
2.- Conocimientos y Prácticas sobre Nutrición Infantil, Enfermedades Diarréicas y Respiratorias en Lempiras, Honduras	
<i>Gustavo Adolfo Avila Montes, Kurt Henne, Jairo Posas, Anita Thurston,</i> <i>María Elena Acosta, Donald Withson</i>	52
III.- IMAGEN EN LA PRÁCTICA CLÍNICA	
1.- Proctitis por Radiación	
<i>Dr. Guillermo Pérez Mungía</i>	62
VI.- CASO CLÍNICO	
1.- Duplicación Congénita de Colon en el Adulto	
<i>Dra. Fanny Navas, Dr. Hugo Orellana R.</i>	63
2.- Comparación del Test de Crump y Danks con una Técnica Original Basada en el Estudio Ultraestructural de los Poros Sudoríparos con SEM.	
<i>Calap Calatayud J., Dodoy Romero A., Aranquete Cortés A.</i>	66
3.- Hamartoma Hepático	
<i>Dr. José Ranulfo Lizardo Barahona</i>	69
4.- Melanoma Maligno	
<i>Dr. Marco Antonio Fajardo, Dr. Denis Espinal</i>	72
V.- REVISION DE LITERATURA	
1. - Consumo de Drogas en Honduras	
<i>Dagoberto Espinoza Murra, Gertrudis Ramos Suazo, Enio Alvarenga</i>	75
VI.- HISTORIA DE LA MEDICINA HONDUREÑA	
1. - Promociones Médicas 1939-1944	
<i>Dr. Julio Alberto Bourdeth Tosta</i>	80

“Cartuchos”

Autor: Hermez Armijo Maltez

Técnica: acrílico sobre tela

Nació en La Lima, departamento de Cortés, en 1951. Desde los años juveniles se sintió atraído por los artistas sociales, es decir, los que hacen obra a partir del drama humano. Esto lo condujo a inscribirse muy pronto en el expresionismo social, el que no ha abandonado en ningún momento. Pero como es obvio, Armijo siempre buscó, y sigue buscando, un lenguaje propio dentro de esta escuela, lenguaje que ha ido definiéndose a lo largo de los años, a partir, primero, de una figuración muy definida, hasta las reconstrucciones y las síntesis de los últimos tiempos, en las que lo figurativo, al perder muchos rasgos naturales, pasa a jugar el papel trascendente que se propone darle el artista.

Los motivos que intervienen en el arte de Maltez son de palpante raíz hondureña, tomados de la vida misma de la gente. Sin embargo, como producto de una sensibilidad forjada a lo largo de continua relación con los que sufren, sus obras se amasan de preferencia con el drama de los humildes: campesinos, obreros, habitantes de las barriadas, pescadores, etc. ¿Qué lo mueve a proceder de ese modo? La idea de que es necesario forjar la identidad nacional a partir de lo nuestro, es decir, de lo que nos representa mejor como pueblo.

Tomado de:

Honduras:

Visión Panorámica de su Pintura

Evaristo López Rojas

Longino Becerra

La Revista Médica Hondureña es la decana de las publicaciones en Salud del país, y gracias a las contribuciones de los médicos es también un organismo cambiante que evoluciona de acuerdo a las necesidades de los galenos.

Cada número que tienes en tus manos te proporciona conocimientos actualizados, pero sobre todo es la ventana hacia la evolución de nuestra ciencia en Honduras.

Comparte con colegas los trabajos de investigación, revisión de temas, reporte de casos y artículos de opinión y deja que ellos enriquezcan tus conocimientos y siembren en tí los deseos de investigación y de ejercicio profesional basado en la evidencia.

Agradecemos tus opiniones y comentarios.

Consejo Editorial

REVISTA MEDICA HONDUREÑA

Instrucciones para Autores

Estas instrucciones están en concordancia con los Requisitos Uniformes de los Manuscritos Propuestos para Publicación en Revistas Biomédicas, (Uniform Journal requirements for manuscripts submitted to Biomedical Journals. New England of Medicine 1997;336:309-15). Una traducción de este documento aparece en Revista Médica Hondureña 1999;67: 141-153.

INSTRUCCIONES GENERALES

1. Envío del Manuscrito: el manuscrito original con figuras originales y dos copias se deben enviar a:
Secretario del Consejo Editorial
Revista Médica Hondureña
Colegio Médico de Honduras
Apartado Postal 810
Tegucigalpa, HONDURAS
Nota: Incluir dirección postal o electrónica del autor principal.
2. Idioma: la Revista se publica en español. Se requiere adicionalmente de un resumen (abstract) y palabras clave (key words) en inglés.
3. Derechos de Autor: Los artículos se acompañarán de una carta de petición de publicación, especificando además que el artículo no ha sido previamente publicado ni se ha enviado simultáneamente para publicación a otra revista. Se acusará recibo del manuscrito mediante carta enviada al autor responsable y posteriormente el manuscrito pasa por un proceso de selección y edición. Si el artículo es aceptado para publicación, los derechos de autor pertenecerán a la Revista. Los artículos no pueden ser reproducidos total o parcialmente sin el permiso escrito del Consejo Editorial.

MANUSCRITOS

Los trabajos se presentan a doble espacio en papel tamaño carta sin exceder 15 hojas, las cuales deben estar enumeradas en el ángulo superior o inferior derecho. Los trabajos científicos originales se presentan en el siguiente orden: en la primera hoja se incluye Título del artículo con un máximo de 15 palabras, Nombre(s) del autor(es), Nombre Completo del centro(s) de trabajo y Dirección Completa del autor responsable a quien se debe dirigir la correspondencia. En la segunda hoja se incluye el Resumen, con una extensión máxima de 200 palabras, y un máximo de cinco Palabras Clave. A continuación sigue la versión en idioma inglés del resumen y de las palabras clave. Posteriormente se incluirán el Cuerpo del artículo, la Bibliografía, los Cuadros y las Figuras. El cuerpo del artículo consta de Introducción, Material y Métodos, Resultados, Discusión y Agradecimiento.

Además de los trabajos científicos originales, la Revista acepta artículos de Revisión Bibliográfica, Comunicación Corta, Caso o Series de Casos Clínicos, Artículos de Opinión y Artículos de la Historia de la Medicina. La Revisión Bibliográfica debe ser sobre temas de interés médico general, incluir subtítulos elegidos por el autor y bibliografía actualizada. La Comunicación Corta debe incluir un máximo de 4 páginas y un máximo de un cuadro o una figura. No se aceptarán artículos que no cumplan los requisitos señalados.

CARTAS AL EDITOR

Se publicarán cartas al editor cuando discutan o planteen en algún tema de interés general, o bien cuando exista alguna aclaración sobre alguno de los artículos publicados.

RESUMEN

El Resumen debe contener el propósito, los métodos, los resultados y las conclusiones.

ESTRUCTURA DEL TRABAJO CIENTIFICO ORIGINAL

INTRODUCCION

Será lo más breve posible incluyendo las referencias mínimas necesarias en donde se deben señalar claramente los objetivos de la observación o estudio. Debe explicar el problema general sirviendo de transición del mundo del lector al mundo del autor.

MATERIAL Y METODOS

En esta sección el autor debe describir qué y cómo hizo la investigación. Debe describirse claramente la selección de sujetos de investigación, así como las técnicas, procedimientos, aparatos, medicamentos, etc., utilizados de forma que permita a otros investigadores reproducir los resultados. Asimismo, se debe describir los métodos estadísticos utilizados. La información debe ser sustentada con las referencias bibliográficas pertinentes.

RESULTADOS

El autor resume su verdadera contribución al examinar e interpretar los resultados de la investigación, estableciendo comparaciones con otros estudios. Además, se debe evaluar y calificar las implicaciones de los resultados, incluyendo las conclusiones y sus limitaciones.

AGRADECIMIENTO

En esta sección se reconocen las contribuciones de individuos o instituciones tales como ayuda técnica, apoyo financiero y contribuciones intelectuales que no ameritan autoría.

REFERENCIAS

La Revista requiere de 10-20 referencias pertinentes y actualizadas por trabajo científico original. En el texto aparecen en números arábigos en superíndice y en forma correlativa, incluyendo cuadros y figuras. La lista de referencias se enumerará consecutivamente según el orden de aparición de las citas en el texto.

Se deben listar todos los autores cuando son seis ó menos cuando hay siete ó más, se listan los primeros tres seguidos de "et al." Abrevie los títulos de las revistas de conformidad con el estilo utilizado *Index Medicus*. Consulte la Lista de Revistas Indexadas en el *Index Medicus*. En referencias de libros y otras monografías, se debe incluir además el número de edición, el lugar, entidad editorial y el año. Las referencias a comunicaciones personales o datos no publicados sólo figuran en el texto entre paréntesis.

Ejemplos:

1. Newman RD, Wuhib T, Lima AAM, Guerrant RL, and Sears CL. Environmental sources of Cryptosporidium in an urban slum in Northeastern Brazil. *Am J Trop Med Hyg* 1993;49: 270-5.
2. Tizard IR. *Immunology: An untrouction*. 3rd ed. Philadelphia: Saunders College Publishing; 1992.

CUADROS

Los cuadros son conjuntos ordenados y sistemáticos de palabras y/o números que muestran valores en filas y en columnas. Se deben usar para presentar información esencial en término de variables, características o atributos en forma comprensible. Deben poder explicarse por sí mismos y complementar no duplicar el texto.

Cada cuadro debe presentarse en hoja aparte y estar identificado con un número correlativo de acuerdo a su aparición en el texto. Tendrá un título breve y claro de manera que el lector pueda determinar sin dificultad qué es lo que se tabuló; indicará además, lugar, fecha y fuente de la información. El encabezamiento de cada columna debe incluir la unidad de medida (porcentajes, tasas, etc.).

ILUSTRACIONES

Las ilustraciones (gráficos, diagramas, dibujos, mapas, fotografías, etc.), se deben utilizar para destacar tendencias e ilustrar comparaciones en forma clara y exacta. Las ilustraciones deben ser fáciles de comprender y agregar información, no duplicarla. Los dibujos y leyendas estarán cuidadosamente hechos y serán apropiados para su reproducción directa; se enviarán las ilustraciones entre hojas de cartón duro para su protección durante el transporte. Todas las ilustraciones estarán identificadas en el reverso con su número correlativo y nombre(s) del autor(es).

Las leyendas de las ilustraciones se escribirán en hoja aparte. Las figuras son preferibles en blanco y negro, con gran nitidez y excelente contraste. Si el autor desea publicar fotografías a colores, tendrá que comunicarse directamente con el Consejo Editorial para discutir las implicaciones económicas que ello representa. El exceso de cuadros e ilustraciones disminuye el efecto que se desea lograr.

ABREVIATURAS Y SIGLAS

Se utilizarán lo menos posible. Cuando aparecen por primera vez en el texto, deben ser definidas escribiendo el término completo a que se refiere seguido de la sigla o abreviatura entre paréntesis.

UNIDADES DE MEDIDA

Se utilizarán las normas del Sistema Internacional de Unidades que es esencialmente una versión amplia del sistema métrico.

PROCESO DE SELECCION

Los manuscritos recibidos pasan por un proceso de selección mediante un sistema de arbitraje por expertos en la materia, que pueden o no pertenecer al Consejo Editorial de la Revista.