

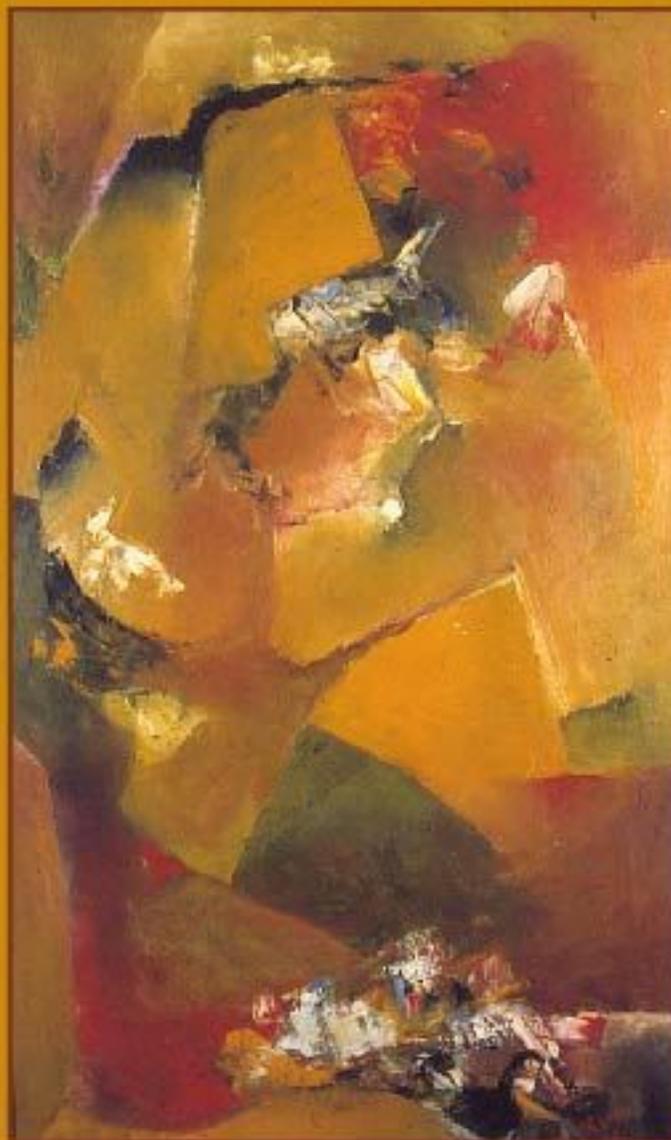


PUBLICACION CIENTIFICA
DEL COLEGIO MEDICO
DE HONDURAS

Revista MEDICA Hondureña

ISSN 0375-1112

VOLUMEN 71 - No. 2 Abril, Mayo, Junio 2003





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

Revista **MEDICA** Hondureña

Vol. 71, No. 2 Abril, Mayo, Junio, 2003 pp. 63-110

CONSEJO EDITORIAL

CECILIA E. VARELA MARTÍNEZ
DIRECTORA

CUERPO DE REDACCIÓN

JACKELINE ALGER
EFRAÍN BU FIGUEROA
RUBÉN ELVIR MAIRENA
RAMÓN JEREMÍAS SOTO
IVÁN ESPINOZA SALVADÓ
JOSÉ LIZARDO BARAHONA

ADMINISTRACIÓN

COLEGIO MÉDICO DE HONDURAS

APARTADO POSTAL No. 810
TEGUCIGALPA, HONDURAS
TEL. 232-7985, 231-0518, FAX: 232-6573

EDITORIAL

Las propuestas de reforma neoliberal en salud

La profesión médica, tan digna y solidaria, sufre en estos momentos una feroz arremetida de parte del poder político económico de la nación representado por el gobierno de la república. Existe una campaña de desprestigio eficientemente organizada y orquestada por todos los medios posibles. La prensa hablada, escrita y televisada del país apoya las consignas gubernamentales y se invierten desmesuradas cantidades de fondos provenientes de las arcas de Estado en el malévolo propósito. La consigna viene del exterior. El Gobierno pretende crear en el pueblo la convicción de que el estado de postración económica que vive la nación se debe fundamentalmente a los salarios devengados por los médicos, considerándolos privilegiados y aupando a la población a crear que muchas acciones de mejoría del sistema nacional de salud no pueden ser ejecutadas porque el dinero se consume en pagarle a los médicos. En la misma campaña se engloba a los maestros del país presentándolos también como privilegiados, superpagados y depredadores del presupuesto nacional.

Es menester que sepamos donde residen las causas de tan despreciables acciones.

El dinero proveniente del endeudamiento externo ha sido consumido a lo largo de los años por la corrupción de las camarillas que ostentan el poder político económico del país. El poder económico mundial reclama el pago de la deuda externa y por ello muestra su hegemonía y poderío imponiendo condiciones a países y regiones del mundo a través de los organismos financieros internacionales (Fondo Monetario Internacional, Banco Mundial). La política central de estas gentes es la de hacer desaparecer al Estado como responsable de los programas de servicio público y organizar las cosas de tal forma que pasen a ser responsabilidad de actores privados cuya motivación es el lucro. Instituciones de Previsión Social como el IHSS y otros institutos se encuentran también en la mira con la expresa ambición de sustraerle los fondos de pensiones acumulados para transferirlos al usufructo de cadenas privadas de aseguramiento.

Planteada así la política de país alimentada por mandato de los organismos financieros internacionales el gobierno se enfrenta al escollo de que, para hacer viables tales políticas de privatización, es menester saltar el obstáculo de las regulaciones laborales, especialmente de médicos y maestros, ya que estas regulaciones impiden avanzar en el propósito de privatizar los servicios públicos de salud, de seguridad social y de educación. Queda claro que por alcanzar un objetivo económico los poderes del país no han vacilado ni un momento en minimizar y degradar el noble ejercicio de la medicina y del magisterio. Resulta más sencillo hipertrofiar los defectos o deficiencias, que como excepción de la regla existen, que destacar los resultados exitosos.

Al proponerse suprimir y modificar las regulaciones laborales existentes el gobierno sabe que está violando principios fundamentales del derecho laboral, principalmente el de inviolabilidad de los derechos adquiridos por los trabajadores. El Gobierno aplica la táctica de negar sistemáticamente que este trabajando en las acciones denunciadas y enmascara sus propósitos proponiendo acciones colaterales o periféricas que finalmente conduzcan al alcance del objetivo central. Por ejemplo, cuando el Gobierno comenzó a observar el crecimiento del rechazo a la reforma de los estatutos hizo propalar la especie de que ya no había interés en modificar los estatutos y que solamente se sometería a revisión y cambio la ley del Servicio Civil, sin aclarar que dichos cambios apuntaban a la supresión o limitación del efecto regulador de los estatutos. Diseminó también la especie de que nada se privatizaría sino que solamente se pasarían los establecimientos a la responsabilidad de Organismos No gubernamentales (ONG).

Las caras asesorías contratadas por el gobierno para ejecutar tales acciones han recomendado la destrucción de la imagen de médico y del maestro como trabajadores del sistema público para lograr que la población general del país simpatice con las medidas de agresión gubernamental. Al quebrarse los Estatutos, el camino quedaría expe-

dito para lograr la privatización del sistema público de salud, de seguridad social y de educación.

La privatización del sistema de salud que se quiere imponer al pueblo hondureño es una estrategia fracasada en varios países. La inaplicabilidad de tales medidas se debe, sencillamente, a que nuestros pueblos, marcados por la más abyecta pobreza, no tienen capacidad para resistir el pago de servicios asistenciales privados. En países poderosos de la tierra los pueblos luchan por abolir tales sistemas que a todos luces rompen la equidad. Las familias se protegen con seguros médicos privados que les cubren los riesgos hasta donde su condición económica les permite. Para miles de familias sólo pagan protección para los riesgos básicos y enfrentan al alza constante de los precios de tales pólizas de seguro médico. Lógicamente que el pequeño grupo económicamente poderoso de los países y que también detenta el poder político disfruta de la capacidad de pagar la cobertura más amplia de aseguramiento privado.

Políticamente nuestro Colegio ha adquirido un elevado nivel de conciencia sobre este problema. No dudamos en afirmar que hace apenas dos años una gran mayoría de médicos mostraba una conducta indiferente en vista del desconocimiento que tenía de la situación. La Junta Directiva ha desplegado acciones bien programadas, sólidas y consistentes a lo largo y ancho del país. Ahora no hay médicos que desconozcan el tema. Se han cerrado filas evitar que el gobierno consolide las acciones. La posición de Colegio Médico ha derribado los sofismas de que el sueldo de los médicos es privilegiado, de que el traspaso de los hospitales a fundaciones Privadas

es beneficioso y de que la Secretaría de Salud debe desaparecer como entre ejecutor y quedar solamente regulador.

Pero la actividad más notable llevada a cabo por nuestro Colegio es la consolidación de históricas alianzas con los sectores populares del país. Es ahora muy común observar el trabajo conjunto entre dirigentes del Colegio Médico de Honduras y de movimientos populares y Centrales Obreras. Se lucha fuertemente en el frente político contra un gobierno que en ningún momento ha depuesto su determinación de lograr la privatización de los servicios públicos pasando por encima de los intereses de las grandes mayorías del pueblo hondureño. Se ha tenido que salir a la calle para denunciar las posiciones gubernamentales y se está en una etapa de lucha en la que más se necesita de la cohesión del gremio médico nacional, del fortalecimiento de las alianzas con los sectores populares y del afianzamiento de la voluntad del pueblo hondureño para luchar por la defensa de las instituciones públicas de salud, de seguridad social y de educación. La lucha será larga. El poderío económico nacional y mundial no abandonará por ahora sus propósitos y se aprovechará de cualquier flaqueza o fisura del frente Amplio de Lucha en Defensa del Sistema Público de Salud. Habrá que sostener el constante trabajo motivacional y organizacional bajo el liderazgo de la Junta Directiva y de las Delegaciones del Colegio en todo el país.

Carlos Godoy Arteaga
Pediatra Salubrista

Caracterización del trauma abdominal en pacientes geriátricos atendidos en el Hospital Escuela, Tegucigalpa, 2000-2002

Characterization of abdominal trauma in elderly patients evaluated in the Hospital Escuela of Tegucigalpa, 2000-2002

Mario Geovanni Ramírez Zelaya* Francisco Ayes Valladares†

RESUMEN. OBJETIVO. Caracterizar clínicamente y describir el manejo del paciente geriátrico con trauma abdominal. **MATERIAL Y METODOS.** Se realizó un estudio descriptivo transversal que involucró a los pacientes mayores de 60 años que ingresaron a la Sala Emergencia del Hospital Escuela entre los meses de septiembre 2000 a septiembre 2002 con diagnóstico de trauma penetrante o cerrado de abdomen. Se aplicó un instrumento de recolección de datos demográficos, clínicos y de manejo del paciente desde su ingreso hasta su egreso del hospital. Los resultados se presentan como frecuencias y porcentajes de las variables estudiadas. **RESULTADOS.** Se estudió un total de 56 casos de los cuales el 68% correspondió a pacientes del sexo masculino. Treinta y seis pacientes presentaron heridas por arma blanca (64.3%), 14 pacientes trauma contuso (25.0%) y 6 pacientes heridas por arma de fuego (10.7%). Del total de pacientes, el

82.1% fue operado confirmando una o varias lesiones viscerales, en el resto (17.8%) no se encontró órganos lesionados. En el postoperatorio se complicaron 29 pacientes (51.8%), y de ellos 6 pacientes fallecieron (10.7%), por el trauma en sí y por enfermedad pre-existente. **CONCLUSION.** Los pacientes geriátricos que sufren trauma abdominal abierto o cerrado presentan mayor morbi-mortalidad comparados con individuos jóvenes con igual tipo de lesión. Posiblemente esto se asocie a la disminución de la reserva fisiológica propia de la vejez, disminuyendo así la resistencia al estrés metabólico del trauma.

Palabras clave: Geriátrico. Herida no penetrante. Herida penetrante. Trauma abdominal.

ABSTRACT. OBJECTIVE. To characterize clinically and to describe the management of elderly patients with abdominal trauma. **MATERIAL AND METHODS.** A descriptive cross-sectional study of patients older than 60 years old who came to the Hospital Escuela Emergency Room between September 2000 and September 2002 and that were

* Residente de III año Postgrado de Cirugía General, Universidad Nacional Autónoma de Honduras. Actualmente Cirujano General.

† Cirujano Torácico, Hospital Escuela, Tegucigalpa, Honduras, C. A.
Dirigir correspondencia a: Depto. Cirugía, Hospital Escuela, Tegucigalpa, Honduras, C. A.

diagnosed with a penetrating or blunt abdominal trauma. We collected demographic, clinical and therapeutic data from arrival to discharge. The results are presented as frequencies and percentages. **RESULTS.** We studied 56 cases, males in 68.0%. Thirty-six patients (64.3%) suffered injuries by stab wounds, 14 patients with blunt abdominal trauma (25.0%) and 6 patients were injured by shotguns (10.7%). From the total, 82.1% presented at least one injury and the remaining (17.8%) underwent non-therapeutic celiotomy. In the post operative, 29 patients had complications (51.8%) and of them, 6 patient died because of the trauma itself or by the pre-existing illness (10.7%). **CONCLUSION.** The geriatric patients that suffered blunt or penetrating abdominal trauma showed a greater incidence of mortality by the injury itself and by pre-existing illness, maybe because of their low physiologic reserve and the lack of resistance to metabolic stress produced by trauma.

Keywords. *Abdominal injuries. Geriatric. Wounds non penetrating. Wounds penetrating*

INTRODUCCIÓN

En la actualidad el trauma es una de las mayores causas de morbi-mortalidad en quienes llegan a los servicios de urgencias, y se traduce en un costo muy alto por concepto de hospitalización.¹ La edad avanzada es un factor de riesgo bien conocido en trauma abierto o cerrado. No está claro si por disminución de las reservas fisiológicas o por enfermedades subyacentes.² Por lo tanto, el manejo agresivo y el soporte apropiado garantizan la buena evolución del paciente geriátrico.³

En países como Estados Unidos, el trauma es la quinta causa de muerte en el grupo de personas mayores de 65 años. La mortalidad por trauma es 6 veces mayor en este grupo de edad comparado con jóvenes con igual tipo de lesión.^{4,5} En un estudio de trauma en el Hospital Mario Catarino Rivas, elaborado en 1994, el trauma de abdomen ocupó el segundo lugar después del trauma múltiple en adultos, y la laparotomía exploradora fue el procedimiento quirúrgico más utilizado.⁶ El objetivo de nuestro estudio fue caracterizar el trauma abdominal en pacientes geriátricos atendidos en el

Hospital Escuela, con el propósito de fomentar la aplicación de protocolos de manejo a este grupo de edad de alto riesgo.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se ejecutó un estudio descriptivo transversal en la Sala de Emergencia de adultos del Hospital Escuela de Tegucigalpa, durante el período Septiembre 2000 a Septiembre 2002. Se incluyeron todos los pacientes adultos de 60 años y más que sufrieron trauma penetrante de abdomen. Se aplicó un instrumento de recolección de datos, en el cuál se tomó en cuenta los datos demográficos del paciente, el tiempo transcurrido desde el trauma, el tipo de trauma recibido, las enfermedades subyacentes, manejo antes de su ingreso, presentación clínica, estudios diagnósticos, hallazgos quirúrgicos, procedimientos, complicaciones, evolución y estadía hospitalaria. Los resultados se presentan como frecuencias y porcentajes de las variables estudiadas.

RESULTADOS

Durante el período de estudio se registraron 56 casos con rango de edad de 60 a 82 años, promedio de 68.5 años. El mayor porcentaje (61%) correspondió a pacientes en el rango de edad de 60-70 años para una edad promedio de 68.5 años. El 68% correspondió a individuos del sexo masculino y 32% al sexo femenino. El 89.3% (50), procedía del área urbana y 10.7% (6) del área rural (Cuadro No. 1).

Cuadro No. 1

CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS DE PACIENTES GERIÁTRICOS CON TRAUMA ABDOMINAL, (N=56)

Características	N	(%)
EDAD (años)		
60-70	34	(60.7)
71-80	18	(32.1)
81 y más	4	(7.1)
SEXO		
Masculino	38	(67.9)
Femenino	18	(32.1)
PROCEDENCIA		
Urbana	50	(89.2)
Rural	6	(10.8)

El mecanismo de trauma más frecuente fue por arma blanca (64.3%), seguido por trauma cerrado (25.0%) y trauma por arma de fuego (10.7%) (Cuadro No. 2). El tiempo de arribo al hospital en 80.4% de los casos (45) fue menor a una hora y solo un paciente lo hizo cinco horas después. Los órganos más afectados fueron en orden descendente: hígado, bazo, intestino delgado, colon, estómago y otros. Del total de pacientes operados, 46 presentaron lesiones orgánicas así: lesión de dos órganos en 22 (47.8%), lesión de tres órganos o más en 16 casos (34.8%) y lesión de un solo órgano en 8 casos (17.4%).

Se presentaron complicaciones post quirúrgicas en 29 pacientes (51.8%), presentando desde flebitis en 13 casos (44.8%), hasta sepsis generalizada en 3 casos (10.3%) (Cuadro No. 2).

Se administró terapia antibiótica, a los pacientes con trauma penetrante y no penetrante de la forma siguiente: monoterapia (Cefalotina) 2.2%, doble terapia (Cefalotina + antianaerobio) 15.2% y triple terapia (Ampicilina + Aminoglucósido o Cefalosporina + antianaerobio) 82.6%.

Dentro del grupo de pacientes en estudio, 31 (55.3%) presentaron patologías de base así: hipertensión arterial

en 15 pacientes (26.7%), artritis en 8 (14.8%), diabetes mellitus en 4 (7.1%), hipertrofia prostática benigna en 2 (3.6%), EPOC en 1 (1.8%), cardiopatías en 1 (1.8%).

En el subgrupo de pacientes complicados, 6 de ellos (20.7%) fallecieron por sepsis generalizada, absceso intra-abdominal y neumonía, en asociación con patologías como diabetes mellitus, cardiopatías y EPOC. La estancia hospitalaria estuvo en el rango de 8 días hasta 15 días máximo para los casos complicados.

DISCUSIÓN

El presente estudio nos demuestra que los pacientes geriátricos no son inmunes al clima de violencia en que vivimos los hondureños, pero lo más importante es que nos da a conocer que la existencia de enfermedades de base, como se descubrió en 31 de los pacientes, influye en forma directa en los resultados postoperatorios y en las complicaciones, con un pronóstico sombrío.⁷

El sexo masculino representó el 68% (18) de los lesionados, lo que concuerda con la literatura anglosajona donde el sexo masculino es el que presenta el porcentaje más alto de trauma (68%) en comparación con el sexo femenino.⁸

El grupo de edad más afectado fue el de 60-70 años, posiblemente relacionado con actividades de trabajo o de recreación, las cuales aún se pueden efectuar en éstas edades de la vida.⁹ El mayor flujo de pacientes recibido provino del área urbana, seguramente por la cercanía del hospital con las zonas de mayor criminalidad y por ser el único hospital público que atiende trauma en la capital. El mecanismo de trauma que predominó fue el penetrante por arma blanca (36 casos), superando las precipitaciones y accidentes viales que según la literatura son los mecanismos de trauma más frecuentes en este grupo etario de pacientes en sociedades de países desarrollados.¹⁰

La lesión de dos órganos fue la que más se encontró (47.8%) y estuvo relacionada a herida por arma blanca. A diferencia de las heridas por arma de fuego que aunque se

Cuadro No. 2

MECANISMO DE TRAUMA, PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO Y COMPLICACIONES DE PACIENTES GERIÁTRICOS CON TRAUMA ABDOMINAL, (N=56)

Características	n	(%)
MECANISMO DE TRAUMA		
Herida por Arma Blanca	36	(64.3)
Herida por Arma de Fuego	14	(25.0)
Trauma Abdominal Cerrado	6	(10.7)
PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO		
Laparotomía Terapéutica	46	(82.2)
Laparotomía No Terapéutica	10	(17.8)
COMPLICACIONES		
	29	(51.7)
Flebitis	13	(44.8)
Infeción Urinaria	10	(34.5)
Sepsis	3	(10.4)
Absceso Intraabdominal	2	(6.9)
Neumonía	1	(3.4)

encontraron en menor porcentaje 10.7% son las que causan mayor daño orgánico.¹¹ La mayoría de pacientes llegaron a la Sala de Emergencia en un tiempo menor o igual a una hora, consideramos fue un tiempo adecuado para el inicio de su atención. Treinta y un pacientes sometidos a laparotomías terapéuticas y no terapéuticas presentaron enfermedades de base lo que representó un mal pronóstico para ellos.

Las complicaciones postquirúrgicas que se presentaron tuvieron efecto directo en la evolución intrahospitalaria de estos pacientes, por el hecho de que los complicados con sepsis, abscesos intra-abdominales y neumonía no lograron sobrevivir. Existen estudios que describen a la neumonía como causa del 21% de complicaciones intra hospitalarias,¹² mientras que en nuestro estudio solo representó el 3.4% de las complicaciones. La estancia hospitalaria fue en promedio de 11.5 días, prolongada únicamente por los casos complicados y de mala evolución.

Concluimos que el paciente geriátrico traumatizado es un paciente de alto riesgo debido a su condición fisiológica, y la presencia frecuente de enfermedades pre-existentes. Recomendamos la utilización de protocolos de manejo, la aplicación de los índices de trauma, mejores unidades para su cuidado y sobre todo la intervención multidisciplinaria desde el momento que los recibimos en la Sala de Emergencia hasta su egreso del hospital.

AGRADECIMIENTO. Agradecemos a los médicos residentes de Cirugía por su colaboración en la recolección de datos clínicos en la Sala de Emergencia.

REFERENCIAS

1. Ordóñez C, Becerra C, Ferrada R. Índice de trauma como predictores de mortalidad y complicaciones. *Pan-American Journal of Trauma* 1990; 2: 20-58.
2. Grossman O. When is an elder old? Effect of preexisting conditions on mortality in geriatric trauma. *J Trauma* 2002; 52: 242-246.
3. Committee of trauma, American College of Surgeons. Resources for optimal care of the injured patient. Chicago, American College of Surgeons 1999; 74: 1998-2015.
4. Schwab C, Shapiro MB, Lauder DR. Geriatric trauma: patterns, care and outcomes. *Trauma* 2000; 35:1099-1114.
5. Champion HR, Copes WS, Buyer D, Flanagan ME, Bain L, Sacco WJ. Major trauma in geriatric patient. *IS J Public Health* 1989; 79: 1278-1282.
6. Espinal R, Ventura O, Andino J. Índice de trauma en el Hospital Mario Catarino Rivas. *Revista Médica Hondureña* 2000; 68: 50-54.
7. Van der Sluis CK, Timmer HW, Eisma WH, Ten Duis HJ. Outcome in elderly injured patient: Injury severity versus host factor. *Injury* 1997; 28: 588-592.
8. Gubler KD, Davis R, Kopsell T, Soderberg R, Maier RV, Rivara FP. Long term survival of elderly trauma patient. *Arch Surg* 1997; 132: 1010-1014.
9. Mc Gwin G Jr, Melton SM, May A K, Rue L W. Long term survival in the elderly after trauma. *J Trauma* 2000; 49: 470-476.
10. Tonetta P, Mostafavi H, Riina J, *et al* Morbidity and mortality in elderly trauma patient. *J Trauma* 1999; 46: 702-706.
11. Zimmer-Gembeck MJ, Southard PA, Hedges JR, *et al* Triage in an established trauma system. *J Trauma* 1995; 39: 922-928.
12. Mattox K, Feliciano D, Moore EE. TRAUMA. Chapter 47. 4ed. McGraw-Hill Editorial Interamericana E.U. 2000; pp. 1099-1114.

LO QUE HACES COMO HÁBITO, TE HACE DEPENDIENTE PORQUE TE
LO HAN PROGRAMADO.
SÓLO LO QUE SURGE DE DENTRO ES TUYO Y TE HACE LIBRE.

ANTHONY DE MELLO

Evaluación del instrumento PRIME-MD para el diagnóstico de enfermedades mentales en la atención primaria de salud en la Región Sanitaria Metropolitana, Tegucigalpa, 2002

Evaluation of PRIME-MD for the diagnosis of mental illnesses in primary attention, in the Metropolitan Health Region, Tegucigalpa, 2002

.....
*Diana M. Banegas**, *Américo Reyes Ticas†*, *Denis Pagett‡*
.....

RESUMEN. OBJETIVO. Evaluar la validez y utilidad de la PRIME-MD como instrumento de diagnóstico de trastornos mentales por médicos de atención primaria. **MÉTODOS.** La evaluación se realizó en dos Centros de Salud de atención primaria (Centros de Salud de las Colonias Alemania y San Miguel) en la cual participaron 100 pacientes mayores de 18 años, alfabetos, que asistían a consulta de medicina general. Los pacientes fueron valorados por los médicos generales, quienes aplicaron el PRIME-MD para luego ser evaluados por el médico residente de tercer año de Psiquiatría. A los resultados se les realizó pruebas de concordancia, sensibilidad, especificidad y valor predictivo. **RESULTADOS.** Los médicos generales utilizando la PRIME-MD y el médico residente de Psiquiatría diagnosticaron algún trastorno mental

en 71% y 70% de los casos, respectivamente. El tiempo requerido para aplicar el instrumento fue en promedio 6 minutos. Hubo muy buena concordancia entre los diagnósticos de ambos médicos ($Kappa=0.98$, $P<0.001$). En los pacientes que fueron diagnosticados por el PRIME-MD no se había sospechado trastorno mental, a pesar de las múltiples visitas a los Centros de Salud. **CONCLUSIÓN.** El PRIME MD es un instrumento útil y fácil para diagnosticar trastornos mentales en clínicas de atención primaria.

Palabras clave: Atención primaria de salud. Servicios de salud mental. Trastornos mentales.

ABSTRACT. OBJECTIVE. Evaluate the validity and usefulness of the PRIME-MD as an instrument to diagnose mental disorders by doctors at primary attention clinics. **METHODS.** The evaluation was carried out in two Health Centers of primary attention (Health Centers of Alemania and San Miguel), where 100 patients older than 18 years of age and

* Residente de III año Postgrado de Psiquiatría. Postgrado de Psiquiatría de la UNAH. Actualmente Psiquiatra

† Psiquiatra. Hospital Mario Mendoza, Tegucigalpa.

‡ Internista. Medicina Tropical. Unidad de Investigación Científica. Facultad de Ciencias Médicas.

Dirigir correspondencia a: Diana Banegas. Hospital Psiquiátrico Mario Mendoza, Tegucigalpa, Honduras.

alphabets, attending a general consultation agreed to participate. They were examined by the general Doctors, who applied the PRIME-MD, to be then evaluated by the resident of third year of Psychiatry. The results were analyzed using tests of agreement, sensitivity, specificity and positive predictive value. **RESULTS.** The general doctors using the PRIME-MD, and the medical resident of Psychiatry diagnosed any mental disorder in 71% and 70% of the cases, respectively. The time required to apply the instrument was on average 6 minutes. There was very good agreement between the diagnoses of both doctors ($Kappa= 0.98, P < 0.001$). In the patients diagnosed by PRIME-MD, it was not suspected a mental disorder in spite of the multiple visits to the centers of primary attention. **CONCLUSION.** The PRIME-MD is an useful instrument and easy to diagnose mental disorders in primary attention.

Keywords: *Mental disorder. Mental health services. Primary attention in health.*

INTRODUCCIÓN

Los trastornos mentales se conceptualizan como una conducta clínicamente significativa o patrón psicológico que ocurre en un individuo y está asociado con enfermedad actual (un síntoma doloroso) o incapacidad (deterioro en una o más áreas importantes del funcionamiento) o con un riesgo aumentado de manera significativa de sufrir muerte, dolor, incapacidad o una pérdida importante de la libertad.¹ La prevalencia de trastornos mentales en atención primaria se calcula que puede ser del 30%, lo que lo convierte en un problema de salud pública. Los trastornos mentales son causa de sufrimiento importante para el paciente, su familia y el entorno, repercutiendo en aumento en el tiempo de incapacidad, disminución de la productividad, predisposición a otras enfermedades, cronificación de las patologías ya existentes y enmascaramiento de otras.² Aproximadamente entre un 7 y un 20% de la población general presenta "necesidades de atención psiquiátrica", que en su mayoría son la expresión de una combinación de síntomas físicos y psíquicos y que a veces son formulados a través de síntomas y quejas somáticas, presentándose éstas el doble en las mujeres que en los hombres, incrementándose con la edad.³

En Honduras el sistema de información de la Secretaría de Salud solo genera el número de consultas por año pero no reporta cuántas veces la misma persona asiste a consulta por el mismo padecimiento. Asimismo, solo existe un estudio realizado en el 2001 sobre prevalencia de trastornos mentales en la población mayor de 18 años, realizado en 29 comunidades del país y ninguno en centros de atención primaria.⁴ Otros estudios han demostrado en forma consistente que en los servicios de atención primaria se cometen errores en el diagnóstico de enfermedades mentales, lo cual da por resultado un uso inadecuado de dichos servicios. Se reconoce como obstáculos para el diagnóstico de padecimientos mentales la falta de conocimientos sobre pautas diagnósticas de dichos trastornos, ausencia de manuales de atención y limitación de tiempo para la consulta médica.⁵

El PRIME-MD (iniciales de Primary Care Evaluation of Mental Disorder) es un procedimiento estandarizado breve y de fácil aplicación ya utilizado en otros países.⁶ El propósito de este estudio fue evaluar el PRIME-MD como instrumento de diagnóstico de trastornos mentales por médicos generales y determinar su validez y utilidad en nuestro medio.

MÉTODOS

DESCRIPCIÓN DEL PRIME-MD

Este instrumento evalúa 5 grupos de trastornos mentales (Humor, Ansiedad, Alcoholismo, Somatomorfo y Trastornos Alimenticios),⁶ que con mayor frecuencia se observan en la población en general y en los sitios de atención primaria. Consta de dos partes: (a) **Un cuestionario** (CP), en cual se consideran los 5 grupos de trastornos mentales, además de una pregunta sobre su estado general de salud y que es contestado por el paciente mientras espera ser atendido por su médico (Figura No. 1), que permitirá al médico reconocer qué módulos aplicará. Consta de 26 preguntas sobre signos y síntomas presentes durante el último mes, que el paciente contesta con un **Sí** o con un **No**. (b) **Una guía de evaluación** para el médico (GEC), que consta de 12 páginas y que puede ser aplicada en cualquier momento de la entrevista con el paciente o después de que éste haya mencionado la razón de su visita. La GEC en su primera página contiene las instrucciones y la secuencia de los módu-

Hipocondriasis. Además, incluye seis diagnósticos adicionales que son considerados subumbrales debido a que no cumplen con todos los síntomas que se requieren para establecer el diagnóstico específico del DSM-III-R y que es importante considerar ya que se asocian con deterioro funcional y porque este tipo de alteraciones puede beneficiarse al recibir tratamiento.⁷ Estos diagnósticos subumbrales incluyen: Trastorno Ansioso Inespecífico, Trastorno del Apetito Inespecífico, Trastorno Somatomorfo Inespecífico, Trastorno Depresivo Menor. La Dependencia o Abuso de Alcohol también pertenece a este grupo como un diagnóstico subumbral debido a que se requiere información confirmatoria. Otros diagnósticos que también se incluyen son el Trastorno Bipolar, Trastorno Depresivo debido a enfermedad física, medicamento o uso de droga, Trastorno de Ansiedad debido a enfermedad física, medicamentos o uso de droga. Los hallazgos diagnósticos finales se registran en una hoja de resumen que puede incluirse en el expediente del paciente. Además, todos los módulos del GEC señalados por el CP pueden ser utilizados o solamente los de principal interés como ser los Trastornos del Humor y Ansiedad. Finalmente, los médicos pueden decidirse, por cualquier otro módulo de GEC, aun si el CP no sugiere la existencia de alteraciones en éste, o si otra información indica que podría ser conveniente desde el punto de vista clínico.

TIPO DE ESTUDIO Y DISEÑO

Este es un estudio descriptivo transversal que se llevó a cabo en dos sitios de atención primaria, los Centros de Salud de la Col. Alemania y de la Col. San Miguel, ejecutándose del 15 de mayo al 15 de agosto del 2002. Los Centros de Salud fueron seleccionados porque cuentan con un Residente de III año de Psiquiatría realizando su práctica comunitaria. El protocolo fue aprobado por la Unidad de Investigación Científica de la Facultad de Ciencias Médicas y la Coordinación del Postgrado de Psiquiatría, UNAH. Se propuso una muestra de 50 pacientes por cada Centro de Salud, captados los días lunes y martes en el Centro de Salud de la Col. Alemania y miércoles y jueves en el Centro de Salud de la Col. San Miguel. Se tomaron como criterios de inclusión que el paciente supiera leer y fuera mayor de 18 años. Se obtuvo consentimiento informado de todos los pacientes.

RECOLECCION DE LOS DATOS. Pacientes. se seleccionaron por orden de llegada durante los días asignados hasta completar los 50 casos por cada Centro de Salud. Antes de entrar a consulta los pacientes llenaron el cuestionario (CP) y luego los médicos revisaron esta información y en base a ella aplicaron los módulos apropiados de la GEC.

Médicos de atención primaria (MAP). Se seleccionaron para participar en el estudio 10 médicos que laboran en Atención Primaria en los Centros ya mencionados, 5 por cada Centro de Salud, y con un promedio de 10 años de laborar en atención primaria, a los cuales se les capacitó sobre el uso del PRIME-MD. Al final de la evaluación los médicos debían informar sobre el tiempo que les llevó contestar la guía, conocimientos sobre padecimientos mentales, utilidad del PRIME-MD para comprender y entender mejor a sus pacientes, sospecha de asociación de padecimientos mentales en los pacientes con enfermedades tales como la diabetes, hipertensión, y cardiopatía y su opinión sobre el PRIME-MD.

Médico residente de Psiquiatría (MRP). Con la finalidad de determinar la concordancia entre los diagnósticos realizados por medio del PRIME-MD y los criterios clínicos ya establecidos, todos los pacientes incluidos en el estudio fueron remitidos inmediatamente al Servicio de Psiquiatría, en donde fueron evaluados por el Residente de tercer año, el cual sin conocer el resumen de la encuesta, procedía a realizarle una entrevista clínica Psiquiátrica y una encuesta socioeconómica para determinar los factores sociales relacionados con dichos padecimientos mentales para luego correlacionar los datos encontrados con el resumen de la GEC.

ANÁLISIS ESTADÍSTICOS. El análisis estadístico se realizó para determinar la **sensibilidad** (definida como la capacidad de la prueba para detectar los individuos positivos. Es decir, diagnostica correctamente a los enfermos); la **especificidad** (capacidad de la prueba para diagnosticar correctamente a los individuos sanos); El **valor predictivo positivo** (capacidad de la prueba de detectar los individuos realmente enfermos); la **tasa de exactitud global** (capacidad de la prueba de identificar correctamente a pacientes que no habían sido diagnosticados) y el **valor de Kappa** (expresa fiabilidad de una prueba). El patrón de referencia para realizar todas estas estimaciones fue la entrevista clínica del residente de Psiquiatría.⁸

RESULTADOS

De los 10 médicos seleccionados solamente participaron 6 médicos debido a asignaciones durante la epidemia del dengue. La edad promedio de los pacientes que participaron fue de 50 años, con un rango de 18 a 72 años, el 93% era del sexo femenino y 100% de raza mestiza. El 70% tenía una escolaridad primaria incompleta, 20% primaria completa, 5% secundaria incompleta, 3% secundaria completa y 2% estudios universitarios. Los padecimientos físicos encontrados fueron: infecciones vaginales 7%, hipertensión arterial 4%, cardiopatía 2%, neuropatías 2% y artritis 1%.

RESULTADO DIAGNÓSTICO DE LAS EVALUACIONES DEL PRIME-MD. De los 100 pacientes, el 30% fue clasificado como asintomático al no cumplir los criterios del CP por lo cual no se le aplicó la GEC. A 10 pacientes se les clasificó con diagnóstico subumbral, 60 pacientes con diagnósticos umbrales.

En el Cuadro No.1 se presenta el diagnóstico de cada trastorno mental. De los 70 pacientes, 60 tenían más de un diagnóstico y 20 tenían más de tres diagnósticos:

SENSIBILIDAD, ESPECIFICIDAD Y CONCORDANCIA. La sensibilidad fue de 97% para diagnóstico psiquiátrico en general. Para los trastornos del humor 97%, pánico 100% y para los diagnósticos subumbrales como la depresión menor fue de 60% (Cuadro No. 2).

La especificidad fue de 97% para los módulos diagnósticos y para los diagnósticos umbrales como los trastornos del humor, para los trastornos subumbrales fue del 60% (Cuadro No. 2).

La tasa de exactitud global y el valor predictivo positivo fue de 99% para cualquier diagnóstico, para cualquier trastorno del humor 86% y para el trastorno de ansiedad inespecífica del 54%. La concordancia (Kappa), para cualquier diagnóstico psiquiátrico en general fue de 0.98 y de 0.20 para los trastornos de ansiedad no especificados (Cuadro No. 2).

Cuadro No. 1. Diagnóstico de trastornos psiquiátricos detectados a través de PRIME-MD en pacientes de atención primaria, N= 100.

Padecimiento mental	N	%
Diagnóstico psiquiátrico	70	(70.0)
Diagnóstico umbral	60	(60.0)
Diagnóstico subumbral	10	(10.0)
Trastorno del humor	46	(46.0)
Depresión mayor	46	(46.0)
Distimia	20	(20.0)
Remisión parcial o recurrencia de depresión mayor	15	(15.0)
Depresión menor	7	(7.0)
Depresión debida a enfermedad física, medicamentos o alguna droga	6	(6.0)
Trastorno por ansiedad	17	(17.0)
Trastorno ansioso no especificado en otra parte	4	(4.0)
Trastorno de ansiedad generalizada	12	(12.0)
Trastorno de pánico	1	(1.0)
Trastorno somatomorfo	21	(21.0)
Trastorno multisomatomorfo	16	(16.0)
Trastorno somatomorfo doloroso	3	(3.0)
Probable dependencia / abuso de alcohol	5	(5.0)
Trastorno de conducta alimentaria	0	(0.0)

RELACIÓN DE LA PRIME-MD Y EL RESIDENTE DE PSIQUIATRÍA. Al evaluar la impresión que los pacientes tenían sobre el CP, éstos contestaron que se sentían complacidos ya que por primera vez su médico les había explicado que su padecimiento actual se debía a un trastorno mental y que las preguntas eran fácilmente comprensibles, exceptuando la pregunta número 16 que no fue comprendida por ocho pacientes. Solo en 7 de los casos diagnosticados por el PRIME-MD, no coincidió con la evaluación realizada por el MRP. En cuatro casos la PRIME-MD reportó trastorno depresivo mayor y ansiedad generalizada, pero los pacientes tenían una reacción de duelo normal. De los 70 pacientes con trastornos mentales solo 25 (35%) asistieron a su cita programada para inicio del tratamiento en el Servicio de Psiquiatría. En cuanto a los diagnósticos realizados por los MAP utilizando el PRIME-MD y el MRP fueron casi idénticos, solo encontrándose variación en los trastornos de ansiedad (Cuadro No. 2).

CARACTERÍSTICAS POR MODULOS DE LA PRIME MD. En los 5 grupos de trastornos mentales, la sensibilidad, especificidad y valor predictivo positivo fue muy bueno para cualquier módulo. La concordancia fue excelente para cualquier trastorno mental especialmente para alcoholismo en donde tiene un valor de 1 y P significativo < 0.001 (Cuadro No. 3).

EVALUACIÓN REALIZADA A LOS MAP Y SU PERCEPCIÓN SOBRE EL PRIME-MD. De acuerdo a la encuesta dirigida a los MAP, todos creyeron que la aplicación del PRIME-MD les llevaría mucho tiempo, pero en la práctica sólo requirió en promedio 6 minutos. Ellos expresaron que era muy útil el instrumento porque les había permitido diagnosticar trastornos mentales no

Cuadro No. 2. Índices de sensibilidad, especificidad, valor predictivo positivo, tasa de exactitud, Kappa (K) y porcentajes de los diagnósticos de los Médicos de Atención Primaria utilizando la PRIME-MD con el Médico Residente (MRP) de Psiquiatría en dos Centros de Salud, n=100.

Diagnóstico Psiquiátrico	Sensibilidad %	Especificidad %	Valor predictivo positivo %	Tasa de exactitud%	K	Incidencia MAP %	MRP %
Cualquier diagnóstico psiquiátrico	97.0	97.0	99.0	99.0	0.98	71.0	70.0
Cualquier trastorno de humor	97.0	97.0	86.0	86.0	0.84	47.0	46.0
Trastorno depresivo mayor	97.0	97.0	86.0	86.0	0.84	47.0	46.0
Remisión parcial o recurrencia de un trastorno depresivo mayor	57.0	60.0	86.0	94.0	0.72	15.0	11.0
Distimia	95.0	95.0	95.0	98.0	0.91	20.0	19.0
Trastorno depresivo menor	60.0	60.0	72.0	84.0	1	7.0	7.0
Cualquier trastorno de ansiedad	92.0	92.0	88.0	88.0	0.84	17.0	14.0
Trastorno de pánico	100.0	100.0	100.0	100.0	1	1.0	1.0
Trastorno de ansiedad generalizada	92.0	92.0	88.0	88.0	0.84	17.0	14.0
Trastorno de ansiedad no específico	60.0	60.0	54.0	54.0	0.20	0.0	4.0
Probable uso/dependencia al alcohol	100.0	100.0	100.0	100.0	1	5.0	5.0
Cualquier trastorno relacionado con el apetito	0.0	0.0	0.0	0.0	0	0.0	0.0

Cuadro No. 3. Características por módulos de la PRIME-MD y la evaluación clínica en los 5 grupos de trastornos mentales.

Trastornos Mentales	No.	Sensibilidad %	Especificidad %	Valor predictivo positivo %	K	P
Cualquier modulo	70	97.0	97.0	99.0	0.98	< 0.001
Humor	46	97.0	86.0	86.0	0.84	< 0.001
Ansiedad	17	92.0	88.0	88.0	0.84	< 0.001
Alcohol	5	100.0	100.0	100.0	1	< 0.001
Apetito	0	0.0	0.0	0.0	0	
Somatomorfo	21	91.0	92.0	86.0	0.82	< 0.001

sospechados en pacientes que asistían en repetidas ocasiones por la misma sintomatología. Consideraron que el PRIME-MD era fácil de comprender para ellos y para las personas a las cuales se les aplicaba. Afirmaron que los conocimientos que poseían sobre trastornos mentales eran muy limitados como para realizar un diagnóstico e iniciarles ellos mismos el tratamiento. Además, consideraron que el PRIME-MD debía ser aplicado a todo paciente que asistiera por primera vez, aquellos en los cuales no se encontraba explicación para su sintomatología o que asistían repetidamente por el mismo padecimiento.

RELACIONES DE LOS RESULTADOS DE LA PRIME-MD CON LA FUNCIONALIDAD PSICO-SOCIAL Y LA UTILIZACION DE SERVICIOS DE SALUD POR PARTE DE LOS PACIENTES.

Las 100 personas investigadas contestaron que tenían muy mala situación económica, 90 de las personas encuestadas estaban casadas o en unión libre, 8 eran solteras y 2 viudas. Además, 84 tenían problemas de pareja tales como infidelidad, violencia doméstica o abandono del compañero de hogar. De éstas, 60 tenían algún padecimiento mental. El 50% de las personas con trastornos mentales y el 80% de los asintomáticos tenían como mínimo 3 hijos y de las 70 personas con padecimientos mentales, 60% reportaron que habían asistido de 3 a 5 veces en el último mes a Consulta General en busca de ayuda médica. El total de los casos asintomáticos reportó que por primera vez asistían al centro de salud. Ninguna de las personas entrevistadas había consultado por padecimientos mentales. Aunque todos los encuestados tenían factores sociales agravantes, solo el 70% de estos padecía algún trastorno mental.

DISCUSIÓN

Hasta donde hemos investigado, el PRIME-MD es el primer instrumento de diagnóstico de trastornos mentales para MAP aplicado en Honduras. En experiencias anteriores solo se han aplicado escalas específicas para ciertos trastornos como la depresión y la ansiedad.^{9,10,16}

Hemos demostrado con este estudio la validez del PRIME-MD ya que su sensibilidad, especificidad, valor predictivo positivo y pruebas de concordancia son muy buenas o excelentes para cualquier diagnóstico psiquiátri-

co. Estos datos son comparables con un estudio realizado en los Estados Unidos, en 1994 (Ref. 7) en donde para cualquier diagnóstico psiquiátrico la sensibilidad fue de un 83%, la especificidad de un 88%, el valor predictivo positivo de un 80% y Kappa fue de 0.71 en una muestra de 1000 pacientes adultos. Ese estudio fue realizado en 28 centros de atención primaria en donde participaron 42 médicos generales. En otro estudio en el Reino Unido en 1995, para cualquier diagnóstico psiquiátrico reportó sensibilidad del 92%, especificidad del 96%, valor predictivo positivo del 99% y Kappa 0.92, en una muestra de 500 pacientes en 10 centros de atención primaria donde participaron 10 médicos.¹¹ Es de hacer notar, que en ambos estudios en la entrevista psiquiátrica participó personal especializado en salud mental como ser psiquiatras, trabajadoras sociales, psicólogos y terapeutas.

La utilidad del PRIME-MD se demostró ya que los MAP diagnosticaron 71 casos que a pesar de que habían asistido varias veces en busca de ayuda médica, no se había sospechado en ellos ningún padecimiento mental. Esto contrasta con otros estudios en los cuales antes de aplicarles el PRIME-MD, en el 28% y el 18% ya se había sospechado algún padecimiento mental, respectivamente.^{7,11} Con el PRIME-MD se beneficia tanto el médico como el paciente ya que es un instrumento breve, fácilmente comprensible. Una excepción es la pregunta 16 que podría reformularse así "¿está comiendo mucho o muy poco?".

Aunque este estudio no se diseñó para encontrar incidencia ni prevalencia de trastornos mentales, sino para revalidar el PRIME-MD, los porcentajes de padecimientos detectados en ese grupo de población fue alto (70%). Comparable con un estudio multinacional en Chile, Ecuador y Brazil en 1997 y en donde fue de 63% para cualquier trastorno psiquiátrico y para depresión un 46%, lo que coincide con nuestro estudio.¹⁰ Estos resultados contrastan con los encontrados en los EUA donde se reporta una frecuencia de padecimientos mentales en centros de atención primaria del 24%. (Ref. 2,7,11,17, 18). Los datos socioeconómicos y demográficos registrados no fueron concluyentes debido a que se encontraban presentes tanto en pacientes con trastornos mentales como en los asintomáticos, lo que nos dice que los factores sociales por sí solos no son causa de trastorno psiquiátrico.

Es interesante observar que solo el 35% de los pacientes diagnosticados asistieron a su consulta de psiquiatría y esto podría deberse al temor o al estigma de padecer un trastorno mental.^{10,13,15} Es necesario educar a la población en general sobre las consecuencias que conlleva el no recibir ayuda médica cuando se padece un trastorno mental, el cual con un tratamiento o terapia adecuada puede mejorar su calidad de vida.

Existieron ciertas limitaciones en la ejecución del estudio como ser el pequeño número de médicos que participó debido al plan de emergencia decretado en el país. Concluimos que el PRIME-MD es un instrumento fácil y útil para diagnosticar trastornos mentales en atención primaria ya que la sensibilidad, especificidad y la concordancia fue muy buena para cualquier diagnóstico, lo que nos indica que es una herramienta que puede ser aplicada en los Centros de Salud en donde se cuenta con muy poco tiempo para la atención. El PRIME-MD es un instrumento que incluye los padecimientos más frecuentes en atención primaria y la población general, su tiempo de aplicación es menor que el tiempo asignado para una consulta general. En base a lo antes dicho, recomendamos a la Secretaría de Salud incluir este instrumento en el Manual de Normas de Atención Primaria. En este sentido el Postgrado de Psiquiatría presentará a corto plazo un proyecto de capacitación del PRIME-MD para todos los Médicos de atención primaria a nivel nacional.

AGRADECIMIENTO. Agradecemos la colaboración de los médicos laborantes en atención primaria, Drs. Zulma González, Lourdes Corea, Belinda Oquely (Centro de Salud Alemania), Lizeth Mendoza, Alfonso Auerbach, Luis Ling (Centro de Salud San Miguel) y al Dr. Manuel Sierra por sus orientaciones en el análisis estadístico.

BIBLIOGRAFIA

1. Goldman H. Diagnóstico psiquiátrico y formulación psicossocial. *Psiquiatría General*. 4ta edición, Editorial El Manual Moderno, México, 1997, PP.125-140.
2. Schulberg HC, Burns BJ. Mental disorders in primary care: epidemiologic, diagnostic and treatment research directions. *Gen Hosp Psychiatry*. 1988; 10:79-87.
3. Vasquez-Barquero JL, Wilkinson G, Willians P, Diez Manrique JF. Mental health and mental consultation in primary care settings. *Psychol Med* 1990; 10:681-694.
4. Chirinos A, Munguía A, Lagos A, Salgado J. Prevalencia de trastornos mentales en la población mayor de 18 años en 29 comunidades urbanas de Honduras. *Rev Med Post UNAH* 2002; 7:42-48.
5. Druss B, Marcus S, Rosenheck R, Olfson M, Tanielian T, Pincus H. Understanding disability in mental and general medical conditions. *AJ Psychiatry* 2000; 157: 1485-1491.
6. Spitzer R, William J, Kroenke K, Linzer M, Johnson J. Utilidad de un Nuevo procedimiento para diagnóstico de enfermedades mentales en la atención primaria: El estudio: PRIME- MD 1000. *JAMA* 1994; 272: 1-11.
7. American Psychiatric Association. *Diagnostic and statical. Manual of Mental Disorders*. Washington DC: American Psychiatric Association, 1993.
8. Beaglehole P. Pruebas diagnósticas. *Estadísticas Aplicadas a Salud Pública*. 2da edición, Maracaibo, Venezuela, 1993; PP. 3-14.
9. *Manual de Normas y Procedimientos de Salud Mental*, Ministerio de Salud Pública de Honduras, 1976.
10. Rojas C, Araya B, Fritsh R. Salud Mental, problemas psicossociales y atención primaria de salud. *ACTA Psiquiátrica y Psicológica de América Latina* 2000; 46: 119-126.
11. Barrett JE, Barrett JA, Oxman TE, Gerber J. The prevalence of psychiatric disorders in a primary care practice. *Arch Gen Psychiatry* 1999; 45:1100-1106.
12. Johnston P, McConnan I. Un sistema nacional de salud basado en la atención primaria. *Bristish Medical Journal* 2002; 4:153-158.
13. Risco L. El paciente psiquiátrico en atención primaria. *Psiquiatría y salud integral* 2002; 2: 35-40.
14. Gask L y Croft J. Métodos para colaborar con los servicios de atención primaria. *Avances en psiquiatría* 2001; 6:35-38.
15. Johnson B y Rosenbaum J. Economía de la salud. *Perspectivas en psiquiatría*. Wiley editors, EUA. 1991, pp. 5-42.
16. Kessler LG, Burke JD Jr. Psychiatric disorders in primary care: results of a follow -up study. *Arch Gen Psychiatry* 1985; 42:583-587.
17. Shapiro S, Skinner EA, Kessler LG, *et al*. Utilization of health and mental health services: three epidemiologic catchment area sites. *Arch Gen Psychiatry* 1984; 41: 971-978.
18. Robins LN. Epidemiology: reflections on testing the validity of psychiatric interviews. *Arch Gen Psychiatry* 1985; 42: 918-924.

IMAGEN EN LA PRÁCTICA CLÍNICA

Ureterocele ectópico prolapsado

José Lizardo Barahona, Gaspar Rodríguez†*



Paciente femenina de un mes de edad que se presentó a la Consulta Externa del IHSS, Tegucigalpa, con historia de presentar desde el nacimiento una pequeña tumoración a nivel interlabial. Se diagnosticó un ureterocele ectópico prolapsado a través de la uretra, el cual fue confirmado por ultrasonografía y posteriormente destechado. En el ureterocistograma de control no presentó reflujo vesicoureteral.

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

† Nefrólogo Pediatra, Instituto Hondureño de Seguridad Social, Tegucigalpa.

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

Hipoglicemia hiperinsulinémica persistente de la infancia

Reporte de un caso

Persistent hyperinsulinemic hypoglycemia of infancy. A case report

Karla P. Escolán R.*, Guillermo Villatoro†, Walter Moncada‡,
Cesar Zavala‡, José Ranulfo Lizardo¶

RESUMEN. Se presenta el primer caso de hipoglicemia, hiperinsulinémica persistente de la infancia (HHPI) diagnosticado y operado en el Hospital de Especialidades del Instituto Hondureño de Seguridad Social (IHSS) en Tegucigalpa. El motivo de estudio fue convulsiones persistentes. Su diagnóstico se basó en la historia clínica y la relación de los niveles séricos de glucosa/insulina. El HHPI es un trastorno del metabolismo de la glucosa. Se sabe que existen dos formas diferentes de la enfermedad: focal y difusa; en ambas, el tratamiento de elección es la pancreatometomía del 95%. La evolución post-operatoria del caso clínico ha sido excelente.

Palabras clave: *Hiperinsulinismo. Hipoglicemia. Pancreatometomía.*

ABSTRACT. We present the first case of persistent hyperinsulinemic hypoglycemia of the neonate (PHHN) diagnosed and operated at the Hospital of Specialities Honduran Institute of Social Service, in Tegucigalpa. The reason of this study was persistent

seizures. The diagnosis was based in the clinical history and the relation of seric levels of insulin/glucose. The PHHN is a metabolic alteration of the glucose. It is known the existence of two different forms of this disease: focal and difuse; in both the tratment of choice is the pancreatometry of 95%. The postoperative evolution of this case was excellent.

Keywords: *Hyperinsulinism. Hypoglycemia. Pancreatotomy.*

INTRODUCCIÓN

El hiperinsulinismo hipoglicémico persistente de la infancia es una enfermedad poco común. Es esencialmente diagnosticada en el período neonatal o tardíamente en la infancia. En 1938 Laidlaw utilizó el término de Nesidioblastosis para describir esta patología, pero actualmente es más aceptable utilizar el término de **hipoglicemia hiperinsulinémica persistente de la infancia (HHPI)**.¹ Tiene una incidencia estimada de 1 en 50,000 nacidos vivos y representa la causa más común de hipoglicemia persistente en recién nacidos e infantes.² El diagnóstico temprano incluye temblores, irritabilidad, taquicardia, sudoración, cianosis y convulsiones. El diagnóstico, tardío y la falta de tratamiento temprano puede

* Residente de Pediatría, Postgrado de Medicina UNAH.

† Endocrinólogo Pediatra, Hospital Materno Infantil, Tegucigalpa.

‡ Intensivista Pediatra, Instituto Hondureño de Seguridad Social, Tegucigalpa.

¶ Cirujano Pediatra, Instituto Hondureño de Seguridad Social, Tegucigalpa.

Dirigir correspondencia a: Karla Escolan, Edificio Suyapa, Boulevard Suyapa No. 1660 paratmento No. 7

llevar a retraso mental, daños neurológicos permanentes y muerte.³

A continuación se presenta el primer caso de hiperinsulinismo congénito neonatal diagnosticado e intervenido quirúrgicamente por uno de los autores (JRL), en el Instituto Hondureño de Seguridad Social, en Agosto del 2001.

PRESENTACIÓN DEL CASO CLÍNICO

Paciente femenina de 3 meses de edad, procedente de Tegucigalpa, con antecedente de presentar convulsiones desde el primer mes de vida siendo manejada en una clínica privada con fenobarbital. Desde entonces y a pesar de regularidad en el tratamiento su cuadro convulsivo persistió por lo que es ingresada a la Sala de Emergencia del Instituto Hondureño de Seguridad Social (IHSS) detectándose en ese momento glicemia de 16mg/dl, las que se mantuvieron oscilantes desde 7mg/dl hasta 33 mg/dl requiriendo aportes endovenosos de dextrosa de 16mg/Kg/min (12g). Con estos datos se presentó a endocrinólogo pediatra quien indicó se efectuara medición de glicemia e insulina y se calculó la relación glicemia/insulina, resultando ser de 0.9, cetonas negativas, niveles de amonio normal y sin acidosis metabólica, por lo que se diagnosticó HHPI, además se realizó tomografía axial computarizada de abdomen y resonancia magnética que fueron normales.

Se dio manejo médico con hidrocortizona y octreóctido, obteniéndose resultados fallidos. Se realizó laparotomía transversa supraumbilical, encontrándose páncreas con aspecto macroscópico normal. Sin embargo, al no contar con biopsia por congelamiento y ultrasonografía intraoperatoria se realizó pancreatectomía del 95%, sin complicaciones quirúrgicas ni anestésicas. Patología reportó Hiperplasia y adenomatosis de las células de los islotes de Langerhans.

La paciente fue egresada en buenas condiciones generales. Actualmente la niña tiene 18 meses de edad, su hipoglicemia desapareció, no ha presentado datos de hiperglicemia y cursa con retraso psicomotriz de 3 meses para su edad (ver figura No. 1).



Figura No. 1. La paciente a la edad de 18 meses. (con autorización escrita de la madre).

DISCUSION

El hiperinsulinismo congénito es un trastorno del metabolismo de la glucosa con una incidencia estimada de 1 en 50,000 nacidos vivos.² La enfermedad es usualmente diagnosticada en el período neonatal o en la infancia, aunque en raro número de casos puede ocurrir en adultos.¹ Constituye la primera causa de hiperinsulinismo en edades inferiores a un año, ocupa el segundo lugar luego de la hipoglicemia cetósica en edades entre 1 y 10 años, se convierte nuevamente, a partir de esta última, en la más frecuente entre las causas demostradas.⁵ Laidlaw en 1938 acuñó el término de Nesidioblastosis para describir esta patología, pero actualmente el de hipoglicemia hiperinsulinémica persistente de la infancia es el más utilizado.^{1,6}

La patogénesis del hiperinsulinismo congénito radica en la irregularidad de las células B de los islotes de Langerhans.^{2,7} La glucosa y otros nutrientes energéticos como los aminoácidos, estimulan la secreción de insulina

umentando la proporción intracelular de ATP/ADP. Los incrementos en la razón ATP/ADP activan una proteína de membrana plasmática, que es el receptor de sulfonilurea (SUR), para que cierre un canal de potasio dependiente de ATP (canal K + ATP). Ello a su vez ocasiona despolarización de la membrana con penetración del calcio extracelular y liberación de insulina desde los gránulos de almacenamiento.^{5,6,8}

La incidencia familiar ha sido reconocida recientemente, sugiriendo una herencia autosómica recesiva.^{9,14} Desde 1989, los patólogos han identificado dos formas diferentes de la enfermedad: una forma difusa y una forma focal.^{9,10} Ambas tienen una presentación clínica idéntica pero con mecanismos patológicos diferentes. La forma focal está caracterizada por un tumor localizado o agregado a los islotes y está siempre asociado a la pérdida del brazo corto del cromosoma 11p15, llevando a: a) expresión desbalanceada de los genes involucrados en el control del crecimiento celular y b) reducción somática de hemicigoto y homocigoto en la mutación del gen para el receptor de la sulfonilurea (SUR1), el cual lleva a Hiperinsulinismo.⁹⁻¹¹ En la forma difusa es un desorden heterogéneo que involucra a anomalías tanto en el receptor de la sulfonilurea (SUR) así como en los canales de potasio dependiente de ATP.^{8,9,11}

La clínica es habitualmente característica: crisis hipoglicémicas agudas, graves prolongadas y rebeldes al tratamiento, palidez, sudoración, apatía, irritabilidad, rechazo al alimento, convulsiones y coma.^{3,4,12} Muchos autores reconocen la presencia de macrosomía al nacer y hepatomegalia. Esto se explica porque el exceso en la producción de insulina dirige la glucosa administrada a formar glucógeno; este se almacena en el hígado y condiciona la hepatomegalia progresiva.¹² La falla en reconocer y tratar la hipoglicemia tempranamente en el curso de la enfermedad como en el caso que presentamos, puede resultar en retraso mental, daños neurológicos permanentes y la muerte.³ Posiblemente existan formas subagudas de clínica poco precisa y tan agudas que no lleguen a diagnosticarse y ocasionen muerte súbita, sobre todo en recién nacidos y lactantes.

Para el diagnóstico de hiperinsulinismo es fundamental la historia clínica y pruebas bioquímicas que evidencien hipoglicemia, como lo son:^{5,12}

1. El perfil glicémico.
2. La relación glucosa/insulina menor de 5.
3. Rápido inicio de síntomas luego de cortos períodos de ayuno.
4. Altas infusiones de glucosa (mayores de 12mg/Kg/min).
5. Ausencia de cetonemia, cetonuria y acidosis al momento de la hipoglicemia.
6. Incremento de la glicemia mayor de 30mg/dl sobre el nivel basal, luego de la administración de glucagón.
7. Cortisol mayor de 12ng/ml.
8. Hormona de crecimiento mayor de 10ng/ml.

Como en el presente caso, la tomografía axial computarizada y la resonancia magnética abdominal son de valor diagnóstico únicamente cuando detectan la patología, ya que el ser normales no excluye la enfermedad.^{5,12}

Se ha utilizado un tratamiento médico que consiste en:

1. Diazóxido por vía oral, que es un derivado benzotiadizina que actúa inhibiendo el receptor de la sulfonilurea (SUR) bloqueando la secreción de insulina. La dosis debe ser individualizada, iniciándose de 5-15mg/Kg/día en 3 dosis.
2. Octreótido: que es un análogo de la somatostatina que suprime la secreción de insulina en un punto más bajo de la vía metabólica, inhibiendo el influjo de calcio a nivel intracelular.

La dosis recomendada es de 10mg/Kg/día subcutánea.³ Sin embargo, en la mayoría de los casos no hay respuesta al tratamiento farmacológico, requiriéndose la intervención quirúrgica.^{2,14,15}

En los últimos 25 años la pancreatomegalia del 95% ha sido el pilar principal de la terapia a pesar de que puede una tercera parte de los pacientes continuar presentando hipoglicemia, ya que resecciones pancreáticas más extensas aún cuando resultan en menor número de recurrencias incrementan tanto la morbilidad perioperatoria como el riesgo de diabetes mellitus tipo I.¹⁵

Por lo tanto, el tratamiento quirúrgico de elección es la pancreatomegalia del 95% que idealmente debe realizarse con ultrasonografía intra-operatoria y consiste en preservar solamente la porción de la glándula subyacente entre el conducto biliar común y el duodeno.^{12,14,15}

Para finalizar queremos recalcar que el HHPI en nuestro medio es una patología rara, es de vital importancia su diagnóstico precoz y tratamiento oportuno para evitar principalmente las secuelas neurológicas condicionadas por la hipoglicemia persistente como lo podemos constatar en el caso clínico que presentamos.

REFERENCIAS

1. Al-Rabeeh A, Al-Ashwals A. Persistent hyperinsulinemic hypoglycemia of infancy: Experience with 28 cases. *J Pediatr Surg* 1995; 30: 1119-1121.
2. Lovvornh, Nance M, Ferry J. Congenital hyperinsulinism and the surgeon: lessons learned over 35 years. *J Pediatr Surg* 1999; 34: 786-793.
3. Volpe JJ. Hypoglycemia and brain injury. *Neurology of the Newborn*. 3° ed. Philadelphia W. B. Saunders Company, 1995; 467-489.
4. Godoy G, Bracho Blanchett E, Cadena J. Nesidioblastosis. Experiencia de 10 años en un hospital pediátrico de tercer nivel. *Revista Médica Hondureña* 1994; 62: 56-62.
5. Stephen L. Hipoglicemia durante la lactancia y la niñez. *Clin Pediatr Norteam* 1987; 2: 1017-50.
6. Laidlaw GF. Nesidioblastoma, the islet tumor of the pancreas. *Am J Pathol* 1938; 14: 125-134.
7. Kubota A, Yonekura T, Usui N. Two cases of persistent hyperinsulinemic hypoglycemia that showed spontaneous regression. *J Pediatr Surg* 2000; 35: 1661-1662.
8. Straub SG, Cosgrove R, Craver D. Hyperinsulinism of infancy: the regulated release of insulin by KATP channel-independent pathways. *Diabetes* 2001; 50: 329-339.
9. Woolf DA, Leonard JV, Trembath RC. Nesidioblastosis: Evidence for autosomal recessive inheritance. *Arch Dis Child* 1991; 66: 529-530.
10. Crétolle C, Fékété N, Jan D. Partial elective pancreatectomy is curative in focal form of permanent hyperinsulinemic hypoglycaemia in infancy. *J Pediatr Surg* 2002; 37: 155-158.
11. De Lonlay P, Farnet JC. Clinical features of 52 neonates with hyperinsulinism. *N Engl J Med* 1999; 340: 1169-1175.
12. Yacora WC, Baker L. Beta cell nesidioblastosis in idiopathic hypoglycaemia of infancy. *J Pediatr* 1991; 79: 226-231.
13. Goodman A, Hartman J. *Las Bases Farmacológicas de la Terapéutica*. McGraw Hill. Interamericana Editores. Mexico 8° ed. 1996; 1453-4.
14. Shilyanky J, Fisher S, Cutz E. Is 95% pancreatectomy the procedure of choice for treatment of persistent hyperinsulinemic hypoglycemia of the neonate. *J Pediatr Surg* 1997; 32: 342-346.
15. Glaser B, Phillip M, Carmi R. Persistent hyperinsulinemic hypoglycemia of infancy ("nesidioblastosis"): Autosomal recessive inheritance in 7 pedigrees. *Am J Med Genet* 1990; 37: 511-515.

EN LOS CONTRATIEMPOS, SOBRE TODO,
ES EN DONDE CONOCEMOS TODOS NUESTROS RECURSOS,
PARA HACER USO DE ELLOS.

HORACIO

Síndrome de Eagle: Informe de un caso

Eagle syndrome: A case report

Humberto Su*, Lucas Zelaya†,
Benjamín Cano‡

RESUMEN. El síndrome de Eagle es un trastorno causado por la elongación del proceso estiloides o calcificación del ligamento estilohioide que provoca dolor recurrente en la faringe o sensación de cuerpo extraño, disfagia u odinofagia. El diagnóstico se puede hacer al examen físico con la palpación del proceso estiloides en la fosa amigdalina, provocando dolor o exacerbación de este. Presentamos el caso de un paciente masculino de 54 años con cuadro de sensación de cuerpo extraño seguido por dolor en faringe, que al examen físico presentaba leve dolor a la palpación en región submandibular izquierda. El estudio de laringoscopia endoscópica fue normal, y estudio de TAC helicoidal de cuello demostró proceso estiloides izquierdo elongado. El paciente mejoró con tratamiento medicamentoso. Los autores informan el primer caso de Síndrome de Eagle en la literatura hondureña.

Palabras clave: *Enfermedades faringéas. Faringea. Trastornos de deglución.*

ABSTRACT. Eagle's syndrome is a disorder caused by the elongation of the styloid process or calcification of the stylohyoid ligament that causes recurrent pain in the pharynx or sensation of foreign body, dysphagia or odinophagia. The diagnosis can be done by physical exam with the palpation of the styloid process in the tonsillar fossa, causing pain or intensification of the pain. We present the case of a 54 year-old male patient with clinical feature of sensation of foreign body followed by pain in pharynx that presented mild pain to the palpation in left submandibular region at physical exam. The endoscopic laryngoscopy was normal, and study of helical CT scan of neck showed elongated left styloid process. The patient improved with pharmacological treatment. The authors report the first case of Eagle's Syndrome in the Honduran literature.

Keywords: *Pharyngeal diseases. Pharynx.*

INTRODUCCIÓN

El Síndrome de Eagle es una entidad raramente identificada clínica y anatomopatológicamente. Fue descrito por primera vez por el Dr. Watt W. Eagle en 1937, quien informó varios casos de procesos estiloides elongados aso-

* Neurólogo, San Pedro Sula.

† Audiólogo, Foniatra, Otoneurólogo, Comunicación Humana, Hospital Escuela, Tegucigalpa.

‡ Residente de Otorrinolaringología, Hospital Escuela, Tegucigalpa.
Dirigir correspondencia a: humbertosu@yahoo.com

ciados a síntomas de dolor vago en cabeza, cuello y orofacial.¹ El Síndrome de Eagle es una condición que puede causar molestia o dolor sordo en orofaringe; hallazgos anormales a la palpación en área tonsilar, glositis intermitente y sensación de cuerpo extraño en faringe. Puede haber dificultad para la deglución y dolor considerable durante el acto de la deglución.² Presentamos el primer caso de Síndrome de Eagle publicado en la literatura hondureña.

CASO CLÍNICO

Se trata de un paciente masculino de 54 años de edad, masculino, diestro, sin antecedentes patológicos de importancia, con cuadro de 6 meses de evolución de presentar sensación de cuerpo extraño en región faringea de lado izquierdo. El cuadro se empeoró con disfagia, al principio a alimentos sólidos, que progresó a líquidos. Durante el último mes, se presentó con episodios de dolor espontáneo, episódico, de duración variable de minutos a horas, en la región anteriormente mencionada, sin irradiación. El paciente fue tratado como faringitis con analgésico y antibióticos, sin mejoría del cuadro.

El examen físico segmentario fue irrelevante. El examen bucal a excepción de ausencia de algunas piezas dentales fue normal, el examen otorrinolaringológico fue normal, el examen de cuello presentó leve dolor a la palpación profundo en la región submandibular izquierda, sin otra alteración.

Se realizó un estudio de laringoscopia endoscópica y endoscopia esofágica, las cuales fueron normales. Se realizó estudio de tomografía computada helicoidal de cuello. La región anatómica que corresponde a la glotis, supra e infraglotis mostró características radiológicas normales sin evidencia de proceso inflamatorio ni neoplásico; se observó adecuadamente las cuerdas vocales, senos piriformes, receso glosopiglótico y ariepiglóticos, la valécula y el vestíbulo laríngeo. La porción superior de la traquea también fue normal. Las estructuras vasculares que corresponden a ambas arterias carótidas comunes, carótidas internas y externas, venas yugulares interna y externas, fueron normales. Las reconstrucciones en tercera dimensión a nivel de la base del cráneo identificaron el proceso estiloides izquierdo de 3.03 cm y el derecho de 2.05 cm, los diferentes cortes axiales compactados en ven-

tana para partes blandas no mostró patología inflamatoria a nivel de los procesos estiloides (Figura No. 1).

Se trató con prednisona 50 mg diario por una semana acompañado de amitriptilina con lo cual el cuadro remitió.

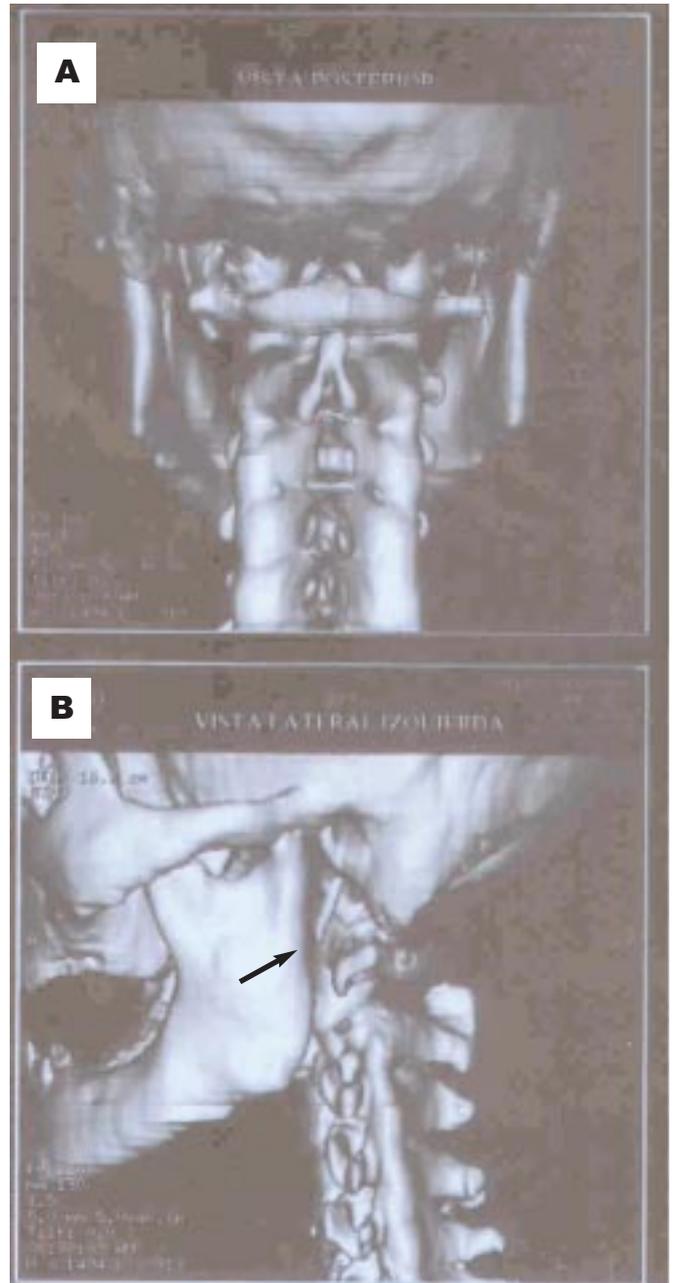


Figura 1. En la vista posterior (A) la flecha indica el proceso estiloides izquierdo, el cual tiene mayor longitud que el derecho. En la vista lateral izquierda (B) la flecha indica una imagen mas clara del proceso estiloides.

DISCUSIÓN

Los anatomistas han notado la presencia del proceso estiloide elongado desde la mitad del siglo XVII. La presencia de la osificación del ligamento estiloideo y la elongación del estiloide ha sido informado con y sin síntomas por varios autores al final del siglo XIX y al principio del siglo XX. El Dr. Watt W. Eagle publicó varios casos iniciando en 1937 describiendo síntomas cervicofaríngeos asociados a diagnósticos radiológicos de un proceso estiloide osificado y elongado.¹ Sus trabajos dieron origen al término de "Síndrome de Eagle".

El Síndrome de Eagle es un síndrome más común de lo que generalmente se considera. En la literatura se estima la ocurrencia de proceso estiloide elongado o calcificación del ligamento estiloideo desde 2 a 4% hasta 78% (Ref. 3,4).

En adultos normales, el proceso estiloide mide hasta 2.5 cm (Ref. 2). La elongación anormal del proceso estiloide usualmente inicia en la tercera y cuarta década de la vida, y se observa con mayor frecuencia en mujeres. Se han propuesto varias teorías para explicar la elongación del proceso estiloide.⁵ La teoría de la hiperplasia reactiva establece que los traumas pueden causar la osificación de la punta del proceso estiloide hasta el ligamento estiloideo, este ligamento contiene remanentes de tejido conectivo y fibrocartilaginoso que tiene potencial para la osificación. La segunda teoría, la metaplasia reactiva, se asocia con una respuesta post-traumática cicatrizal aberrante. La presencia de centro de osificación en los 4 segmentos del estiloide inicia la calcificación. La tercera teoría, la teoría de la variante anatómica propone que la elongación temprana del proceso estiloide y la osificación del ligamento estiloideo son variantes anatómicas que ocurre sin trauma. Esta teoría puede explicar la presencia de osificación en niños. Carmada et al. propone una cuarta teoría para explicar la presencia de síntomas en ausencia de evidencia radiográfica de osificación.⁶ La teoría de la anomalía del desarrollo por envejecimiento, la cual establece que con el proceso de envejecimiento, el tejido blando al perder la elasticidad, una reacción inflamatoria localizada causa una tendinitis en la unión entre el ligamento y el cuerno menor. El ligamento se endurece y la respuesta inflamatoria de los tejidos asociados causa los síntomas.

Fisiopatológicamente, existen varios mecanismos que pueden llevar la sintomatología del síndrome: 1. Fracturas traumáticas del proceso estiloide causa proliferación de tejido de granulación que puede presionar las estructuras del alrededor; 2. Compresión de los nervios adyacentes, el glossofaríngeo, ramas inferiores del trigémino, o cuerda del tímpano; 3. Cambios degenerativos e inflamatorios en la porción tendinosa de la inserción estiloideo; 4. Irritación de la mucosa faríngea por compresión directa o cicatrización de post-tonsilectomía (afectando los nervios craneales V, VII, IX y X); y 5. Pulsación carotídea produciendo irritación de nervios simpáticos en la cubierta arterial.

Eagle describió dos síndromes separados,¹ el síndrome clásico, que es la presentación más común y ocurre casi inmediatamente después de una tonsilectomía, y que se caracteriza por la sensación de cuerpo extraño en faringe, disfagia y odinofagia además de otalgia. El dolor es descrito como sordo, sin la cualidad lacerante de una neuralgia. El segundo es el síndrome de la arteria carótida, se presenta con o sin tonsilectomía. En este caso el proceso estiloide elongado comprime la arteria carótida interna o externa, el dolor se localiza en la región parietal o alrededor del ojo, pueden haber mareos, pérdida transitoria de la visión y síncope.

Otros síntomas incluye glositis, sialorrea, hipoacusia, tinnitus, sensación de oído tapado, alteraciones visuales, cefalea, dolor dentario, parestesias faríngeas y espasmos faríngeos.^{7,8}

El examen físico debe incluir evaluación de las regiones de cabeza y cuello. La palpación faríngea es importante. Se sugiere colocar el dedo índice en la faringe después de haber colocado anestesia tópica local, el dedo debe palpar el pilar anterior desde la base hasta la parte superior incluyendo la superficie de la amígdala y luego la fosa tonsilar, el proceso estiloide se palpa como una cuerda ósea o una punta, esta maniobra produce y aumenta el dolor. El examen físico de cuello también puede ser útil, se puede palpar una masa en el ángulo de la mandíbula y esto genera dolor.⁸

El proceso estiloide puede ser observado en proyecciones laterales o posteroanteriores de la mandíbula, otros estudios útiles son las radiografías panorámicas. La tomo-

grafía computarizada nos da una mayor información acerca de la longitud, la desviación angular y las relaciones anatómicas del proceso estiloides. La angiografía o el Doppler nos ayudan a demostrar la compresión de la arteria carótida por un proceso estiloides elongado.⁸

Los diagnósticos diferenciales del Síndrome de Eagle incluyen carotidinia, neuralgias, migraña, disfunción de la articulación temporomandibular, enfermedades de nariz y faringe, enfermedades dentales, cuerpo extraño, enfermedades psicósomáticas y procesos neoplásicos.

El tratamiento definitivo es quirúrgico, con resección del proceso estiloides, aunque la inyección transfaringea de esteroides y anestesia local en el asta inferior del hueso hioides o en la fosa tonsilar es el tratamiento médico más común.⁹⁻¹¹ En nuestro caso el manejo con esteroides orales y amitriptilina proporcionó una respuesta satisfactoria.

El Síndrome de Eagle, aunque no es común, es probablemente subdiagnosticado. Si no se realiza una historia clínica cuidadosa con un examen físico que incluya evaluación de la fosa tonsilar, arteria carótida, y hueso hioides, podemos fallar el diagnóstico de esta entidad.

REFERENCIAS

1. Eagle WW. Elongated styloid process. Report of two cases. *Arch Otolaryngol* 1937; 25: 584-587.
2. Ballenger JJ. *Diseases of the Nose, Throat, Ear, Head, and Neck*. Lea and Febiger. 13 Ed. 1985; pp. 306-317.
3. Breault MR. Eagle's syndrome: review of the literature and implications in craniomandibular disorders. *Cranio* 1986; 4: 324-37.
4. Enlow DH, Hans MG. *Essentials of facial growth*. Philadelphia: W.B. Saunders Co., 1996.
5. Steinman EP. A new light on the pathogenesis of the styloid syndrome. *Arch Otolaryng* 1970; 91: 171-174.
6. Carmada AJ, Deschamps C, Forest D. Stylohyoid chain ossification: A discussion of etiology. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol* 1989; 67: 508-14.
7. Aral L, Karaca, Güngör N. Eagle's syndrome masquerading as pain of dental origin. Case report. *Australian Dental Journal* 1997; 42: 18-19.
8. Montalbetti L, Ferrandi D, Pergami P, Savoldi F. Elongated styloid process and Eagle's syndrome. *Cephalalgia* 1995; 15: 80-91).
9. Strauss M, Yohar Z, Laurian N. Elongated styloid process syndrome: intraoral vs. external approach for styloid surgery. *Laryngoscope* 1985; 95: 976-979.
10. Chase DC, Zarnen A, Bigelow WC, McCoy JM. Eagle Syndrome: a comparison of intraoral versus extraoral surgical approaches. *Oral Surg Oral Med Ond Pathol* 1986; 61: 522-526.
11. Chouvel P, Rombaux P, Philips C, Harnoir M. Stylohyoid chain ossification: choice of surgical approach. *Acta Otorrinolaryngol Belg* 1996; 50: 57-61.

LA OCASIÓN HAY QUE CREARLA;
NO ESPERAR QUE LLEGUE.

BACON

Sepsis y respuesta inmune

Oscar Díaz Pineda*, Ana Josefa Ramos Rivera†

INTRODUCCIÓN

Sepsis es la respuesta sistémica a la infección. Esta entidad y sus secuelas constituyen la principal causa de muerte en pacientes hospitalizados. Representa etapas progresivas de una misma enfermedad que resulta de la interacción agente-huésped, propiciando una serie de respuestas del sistema inmune en cuanto al compromiso de los diferentes sistemas involucrados.¹

Desde el punto de vista clínico se ha caracterizado la sepsis por la presencia de cambios hemodinámicos que incluyen la presencia de taquicardia, hipotensión o datos de hipoperfusión tisular, dentro de la definición conceptual del llamado Síndrome de Respuesta Inflamatoria Sistemática (SIRS por sus siglas en inglés).

Bone, plantea que no solo existe un fenómeno proinflamatorio como responsable de tales cambios sino que existe una respuesta contrarreguladora llamada Síndrome de Respuesta Antinflamatoria Compensadora (CARS por sus siglas en inglés).²

FISIOPATOLOGÍA

En esta nueva hipótesis se plantea que en la patogenia del SIRS existe cinco estadios que a continuación se describen:

Estadio I: ante una lesión primaria asociada a la presencia de un agente infeccioso se produce una respuesta pro y anti inflamatoria local con el fin de limitar la lesión.

Estadio II: si la lesión original es severa aparece una reacción pro inflamatoria sistémica, los mediadores pro inflamatorios propician la llegada de neutrófilos, linfocitos T, Linfocitos B, y macrófagos al sitio de la lesión, esta cascada estimula a su vez una respuesta anti inflamatoria sistémica que regula rápidamente la respuesta proinflamatoria con ninguno o pocos síntomas clínicos.

Estadio III: existe una pérdida de la regulación de la respuesta pro inflamatoria sistémica lo que origina disfunción progresiva del endotelio vascular, generando un incremento de la permeabilidad microvascular y agregación de plaquetas que bloquean la microcirculación, posteriormente se producen mala distribución del flujo sanguíneo con posible isquemia que a su vez va seguida de lesión por reperfusión.

Como consecuencia hay inducción de proteínas de choque térmico, activación del sistema de coagulación, e inhibición de los mecanismos fisiológicos de la anticoagulación y profunda vasodilatación con mala distribución del flujo sanguíneo, que lleva a un estado de choque. Si la homeostasia no es reestablecida puede haber falla orgánica hasta la muerte.

Estadio IV: los pacientes con respuesta proinflamatoria masiva que no mueren en el estadio previo, pueden ser capaces de controlar esta fase con una respuesta antiinflamatoria. Sin embargo, esta respuesta puede ser igual-

* Médico especialista en Medicina Interna y Cuidados intensivos, Hospital CEMESA de San Pedro Sula.

† Médico General, Hospital Leonardo Martínez.
Dirigir correspondencia a: odiaz82_98@yahoo.com

mente excesiva como la proinflamatoria resultando en inmunosupresión. A esta fase Bone, la denomina como Síndrome de Respuesta Antiinflamatoria Compensadora (CARS) en el que existe un aumento de la susceptibilidad a infecciones y energía.^{3,4} Existe en esta fase un incremento del número de monocitos que manifiestan una reducción persistente de la expresión de los antígenos de Histocompatibilidad Clase II, HLA-DR, HLA DQ; con disminución en la capacidad de formación de especies reactivas de oxígeno y citocinas proinflamatorias.^{5,6} Como consecuencia de la supresión de la expresión de moléculas de clase II y el factor transformante de crecimiento, se inhibe la proliferación de Linfocitos T antígeno específicos.

Estadio V: el estadio final es la llamada Disonancia Inmunológica que puede tomar varias formas, una de ellas puede oscilar entre períodos de severa inflamación o severa inmunosupresión, que pueden propiciar la aparición de infecciones secundarias que a su vez permiten la presencia de nuevas respuestas proinflamatorias o antiinflamatorias como un círculo vicioso que se perpetua hasta la muerte.

Bone, denomina a esta fase como Síndrome de Respuesta de Antagonista Mezclados (MARS por su siglas en inglés).

CONSIDERACIONES INMUNOLÓGICAS

Se han implicado diversas moléculas para explicar estos cambios fisiopatológicos.

Como moléculas proinflamatorias han sido descritas el factor de Necrosis Tumoral alfa, las Interleucinas^{1,6,8,12} y el Interferón gamma, Factor activador de plaquetas (FAP), tromboxanos, prostacilina y otros derivados del ácido araquidónico.⁶

Por el contrario las interleucinas,^{10,4,3} y las lipoproteínas ligadoras de lipopolisacáridos se consideran moléculas antiinflamatorias entre otras.

El factor de Necrosis Tumoral alfa es un producto de los macrófagos, que funciona como un punto inicial para la generación de otros mediadores inflamatorios, estimula en forma autócrina a los macrófagos para la liberación de

Ínterleucina 1 beta, IL-6, FAP, metabolitos del ácido araquidónico y factores de crecimiento. Estimula además células endoteliales para la liberación de factor quimiotáctico para neutrófilos.⁷ El modelo de explicación clásico de la producción de esta sustancia fue desarrollado a partir del estudio de la sepsis provocada por bacterias gram negativas, donde la molécula de la membrana celular LPS una vez liberada se une en el suero a la proteína de unión al Lipopolisacárido (LPB) formando un complejo LPS-LPB, que es reconocido por el receptor CD14 de los macrófagos, formando un nuevo complejo, que a su vez es transportado y activa una nueva molécula llamada TLR-2 que induce una cascada de señales que llevan finalmente a la activación y producción de Factor de Necrosis Tumoral alfa.^{8,9} Este proceso describe los fenómenos moleculares de la fase que clínicamente hemos mencionado como respuesta proinflamatoria.

Por el contrario, la Ínterleucina 10 es una citocina liberada en respuesta del estímulo inflamatorio e intensificada por el factor de Necrosis Tumoral alfa e interleucinas potenciadoras como Interleucinas^{8,12,6} e Interferón Gamma; con un papel predominante inmunosupresor para contrarrestar dicha respuesta proinflamatoria. Puede ejercer otras funciones protectoras tales como inhibir las interacciones neutrófilo-endotelio y la proliferación del músculo liso vascular.¹⁰

CONSIDERACIONES CLÍNICAS

El entendimiento progresivo de la fisiopatología de la sepsis desde el punto de vista molecular ha llevado a los investigadores a intentar el desarrollo de terapias novedosas en el tratamiento de los pacientes con sepsis. Muchos de estos esfuerzos fueron orientados a tratar de controlar la respuesta proinflamatoria; atribuyendo la mayor responsabilidad al fenómeno proinflamatorio por lo que surgieron protocolos de tratamiento con corticosteroides, AINES, Anticuerpos monoclonales y un vasto arsenal de medicamentos antibióticos con pobres resultados en cuanto a los índices de mortalidad y con alto costo económico.¹¹⁻¹⁵

Es a partir del conocimiento de la presencia de una respuesta moduladora mediada por el sistema inmune que se empezó a considerar la importancia que podía jugar la inmunosupresión innata como factor de riesgo

para la perpetuación del proceso séptico y por ende de la mortalidad. Ya ha sido demostrado que los pacientes que se mantienen persistentemente inmunosuprimidos por una inadecuada regulación de la respuesta antiinflamatoria son susceptibles a infecciones secundarias por gérmenes oportunistas, lo que propicia un círculo vicioso de respuestas contrareguladoras del sistema inmune hasta la muerte.¹⁶⁻¹⁹ De hecho se demostró que concentraciones persistentemente elevadas de Interleucina 10 (Inmunosupresora) se han asociado a mayor número de órganos que fallan durante eventos de sepsis.²⁰ Por esta razón ya existen trabajos donde se busca regular la respuesta antiinflamatoria con la administración de Interferón gamma con resultados promisorios como lo demuestra el trabajo de Kox y colaboradores.²¹

Sin embargo, es necesario señalar que esto es un proceso multifactorial y dinámico en donde un paciente puede desplazarse de una fase a otra de la respuesta inmune, con repercusiones clínicas significativas por lo que es sumamente importante para el médico de atención primaria el reconocimiento temprano de las manifestaciones clínicas de las sepsis antes de que se active esa cascada de reacciones incontrolables del sistema inmunológico; a través de una exploración clínica minuciosa y orientada de signos como fiebre, taquicardia, taquipnea, hipotensión, alteración del estado mental, oliguria, etc, en pacientes que manifiestan problemas de origen infeccioso, lo que permite estratificar adecuadamente el nivel de atención que requieren dichos pacientes.

Por otro lado, los pacientes que requieren atención hospitalaria deben ser evaluados en forma temprana y oportuna con énfasis en la corrección del evento causal y el reconocimiento de las infecciones secundarias como una forma de optimizar los escasos recursos con que contamos.

Es claro que la tendencia actual del tratamiento de las sepsis está orientado a entender la respuesta inmune innata,²²⁻²³ explicando la variabilidad individual de cada paciente a un mismo estímulo y en el futuro veremos el apareamiento de nuevos tratamientos en base a esta premisa, enfatizándose el hecho que el tratamiento buscará modificar dicha respuesta, como se observa en los resultados obtenidos en la actualidad con el uso de la proteína C activada.

REFERENCIAS

1. American College of Chest Physicians / Society of Critical Care Medicine Conference. Definitions for sepsis and organ failure and guidelines for the use of innovative therapies in sepsis. *Crit Care Med* 1992; 20(6): 864-874.
2. Bone RC, Grodzin CH, Balk R. Sepsis: A new hypothesis for pathogenesis of the disease process. *Chest* 1997; 112 (1): 235-245.
3. Bone RC. Immunologic dissonance: A continuing evolution in our understanding of the systemic inflammatory response syndrome (SIRS) and multiple organ dysfunction syndrome (MODS). *Ann Intern Med* 1996; 125:680-687.
4. Bone RC. Sir Issac Newton, sepsis, SIRS, and CARS. *Crit Care Med* 1996; 24:1125-1128.
5. Mills CD, Cadwell MD, Gann DS. Evidence of a plasma mediated window of immunodeficiency in rats following trauma. *J Clin Immunol* 1989;9: 139-150.
6. Headley AS, Tolley E, Meduri GU. Infections and the inflammatory response in acute respiratory syndrome. *Lancet* 1994; 344: 215-219.
7. Parsons PE, Moore FA, Inkle DN. Studies on the Tumor Necrosis Factor in adult respiratory syndrome. *Am Rev Dis* 1992; 146: 694-700.
8. Chow JC, Young DW, Golenbock DT, Crist WJ, Gusovsky E. Toll-like receptor - 4 mediates lipopolysaccharides - induced signal transduction. *J Biol Chem* 1999; 274: 736-739.
9. Hirschfeld M, Kirschning CJ, Schwander R, Wesche H, Weis JH, Wooten RM, Weiss JJ. Cutting edge: inflammatory signaling by *Borrelia burgdorferi* lipoproteins is mediated by toll-like receptor 2. *J Immunol* 1999; 163: 2382-2386.
10. Van Dissel JT, Van Langevelde P, Westendorp RGL, Kwappenberg K, Frolich M. Antiinflammatory cytokine profile and mortality in febrile patients. *Lancet* 1998; 351: 950-953.
11. Shubin H, Nishijima H, Weil MH, *et al*. Homodynamic and metabolic studies on shock associated with gram negative bacteremia. *Medicine (Baltimore)* 1973; 52: 287-294.
12. Kox WS, Volk T, Kox SN, Volk HD. Immunomodulatory therapies in sepsis. *Intensive Care Med* 2000; 26 (supp 1): s124-s128.
13. Vincent JL, van der Linden P. Physiology of VO₂ / DO₂. En: *Applied Cardiovascular Physiology*. Springer Ed. 197, pag. 177-184.
14. Dantzker DR, Scharf SM. Intercambio gaseoso pulmonary. En: *Cardiopulmonary Critical Care*. Saunders 1998. pag. 39-49.
15. Dinarello CA. Proinflammatory and anti-inflammatory cytokines as mediators in the pathogenesis of septic shock. *Chest* 1997; 112:321 s-329s.
16. Siegel JH, Cerra FB, Coleman B, Giovannini, *et al*. Physiological and metabolic correlations in human sepsis. *Surgery* 1979; 86(2): 163-193.
17. Cavaillon JM. Pathophysiological role of pro-and anti-inflammatory cytokines in sepsis. In: Reinhart K ed. *The diagnoses of sepsis, current prospectives*. Boston: Kluwer Academic Publishers, 1998: 127-140.

18. Astiz ME, Rachow CE. Septic Shock. *Lancet* 1998; 351: 1501-1505.
19. Docke WD, Randow F, Syrbe U, Kraush D, Asadullah K, Reinke P, Volk HD, Kox W. Monocyte deactivation in septic patients. Restoration by IFN gamma treatment. *Nature Medicine* 1997; 3: 678-680.
20. Doughty L, Carcillo J, Kaplan S, Janosky J. The compensatory anti-inflammatory cytokine pediatric sepsis induced multiple organ failure. *Chest* 1998; 113(69): 1625-1638.
21. Kox W, Bone RC, Kraush D, Docke WD, Kox SN, Wauer H, et al. Interferon gamma 1-b in the treatment of Compensatory Anti-inflammatory Response Syndrome: A new approach: proof of principle. *Arch Intern Med* 1997; 157: 389-393.
22. Aderem A, Ulevitch RJ. Toll - Like receptors in the induction of the innate immune response. *Nature* 2000; 406 (17): 782-787.
23. Hotchkiss R, Karl I. The Pathophysiology and Treatment of Sepsis. *N Eng J Med* 2003; 348(2): 138-148.

SI QUIERES SOÑARME, SUÉÑAME SIN OLVIDAR,
QUE LOS SUEÑOS CRISTALIZAN CUANDO SE TIENE EL VALOR,
DE BUSCARLOS SIN DESCANSO, DUDA, MEDRANA O TEMOR;
PERO PUEDE SUCEDER, SI AQUÍ LLEGAS A REBLAR,
COMO AQUEL ASTRO DORMIDO, QUE EN SU RAUDO DERIVAR,
ORBITÓ PERPETUAMENTE, SIN TITILAR UN FULGOR.
SI QUIERES MIRARME, MÍRAME SIN OLVIDAR...

*SOÑAR Y OLVIDAR, EN: DE POESÍAS Y POETAS.
JUAN ALGER, TEGUCIGALPA, 2002*

El desarrollo de los trabajadores en la reforma del Sector Salud

(Primera Parte)

*Jorge Haddad Quiñónez**

RESUMEN. El contenido del trabajo ha sido organizado de una manera que evidencia la necesidad de revisar nuestra concepción acerca del proceso de desarrollo de los trabajadores de la salud en nuestro país y en el mundo, en virtud de los cambios sociales y económicos que afectan la visión tradicional acerca de la salud. El autor ha identificado tres elementos de trabajo como contribuyentes esenciales para alcanzar una redefinición del objeto de trabajo de los profesionales y los técnicos del sector, así: A) la transformación del concepto de Salud predominante, pasando a considerarla como un derecho humano fundamental, estrechamente vinculado al concepto integral de bienestar individual y colectivo; B) el impacto en la salud de los cambios sociales, políticos y económicos que están ocurriendo en la sociedad; C) Las propuestas de reforma del sistema de servicios y de la atención a la salud que tienen lugar en Honduras y en otros países. Partiendo de los resultados del análisis de estos parámetros, el autor propone el desarrollo de investigaciones y estudios a través del seguimiento y monitoreo de los procesos formativos y de gestión de personal, que permitan identificar las discrepancias entre el desempeño de los trabajadores y las nuevas demandas y necesidad, y considerar nuevas opciones y estrategias de trabajo para resolverlas.

INTRODUCCIÓN

Este trabajo tiene como propósito estimular el interés de los profesionales de la Salud para reflexionar sobre algunas ideas y pensamientos alrededor de uno de los componentes fundamentales del proceso de la Salud en nuestro país y en el mundo, que es el que trata sobre el desarrollo de los trabajadores del sector.

Desde los años 30 los médicos hondureños han buscado mecanismos para poder analizar colectivamente los avances de la medicina, y también los problemas surgidos del cambio constante de la práctica y del ejercicio profesional; la Revista Médica Hondureña por una parte, y los Congresos Médicos anuales que se iniciaron a finales de la década de los años 50, incluso antes de que el Colegio Médico de Honduras fuera creado, han sido las opciones más relevantes, y las de mayor permanencia para el logro de esos fines. En los Congresos Médicos los médicos no solamente hemos examinado los avances científicos y tecnológicos de la medicina, sino que también hemos orientado los debates hacia la identificación de mecanismos para utilizar de la mejor manera posible el nuevo conocimiento médico en el manejo de los problemas de salud de la población hondureña, al tiempo que hemos procurado de esta manera, continuar en ese proceso de aprendizaje al que nos comprometimos al ser juramentados previo a recibir el título profesional que nos otorgara nuestra vieja Facultad de Ciencias Médicas, proceso que, supuestamente, no debería finalizar nunca.

* Gastroenterólogo y Salubrista. Tegucigalpa.
Dirigir Correspondencia a: haddadj@yahoo.com

Pero a partir del XLV Congreso, celebrado en el año 2002, sus organizadores ampliaron el alcance de la agenda científica de los médicos, y han incorporado a la misma la discusión de otro tipo de temática que hasta ahora había sido tratada en eventos previos de una manera marginal, colateral, y es la que se refiere a las cuestiones relativas al personal que trabaja en el sector, que a la fecha ha cobrado mayor importancia dadas las características que se generan como consecuencia de una concepción distinta de la Salud de los grupos humanos, y del reordenamiento de los sistemas creados para atender sus problemas, vale decir, de las propuestas de reforma que actualmente ocupan la atención de los gobiernos y de la sociedad en casi todos los países del mundo.

Consecuente con tales aspiraciones, el autor intenta promover el interés de los trabajadores de salud sobre el problema, a través del estudio, la reflexión y el debate alrededor de tres áreas de trabajo esenciales:

1. Una primera área en la que el propósito es avanzar en la construcción de una definición y una caracterización de lo que entenderemos como "trabajadores de la salud" en los nuevos marcos conceptuales, a partir del reconocimiento de que debe existir correspondencia entre dicha caracterización por una parte, y el vigente de la Salud en un momento histórico determinado, por otra;
2. Una segunda área en la que la meta a alcanzar es identificar las contradicciones que existen entre el proceso formativo y la gestión del personal médico y de otros profesionales y técnicos del sector tal como se dan actualmente, y los requerimientos del concepto de Salud y bienestar en una nueva dimensión, de las tendencias universales en materia de atención sanitaria, y de las expectativas y necesidades de los grupos sociales;
3. Finalmente, una tercera área en la que el trabajo se orienta al desarrollo de procesos de estudio, trabajo e investigación tendentes a redefinir el objeto de trabajo de las profesiones de la salud, a través de la organización y la puesta en práctica de sistemas de seguimiento y monitoreo de la formación y la gestión de personal, y del suministro de información inteligente acerca de nuevas necesidades en Salud, y acerca de diversas opiniones para utilizar y adminis-

trar mejor el conocimiento que se genera en el trabajo cotidiano.

Primera área de trabajo: redefiniendo a los trabajadores de la salud en el contexto de las reformas. Si revisamos la evolución que la Medicina y la Salud Pública han tenido a lo largo de la historia de la humanidad, concluiremos en que, paralelamente a las transformaciones ocurridas en la concepción de la Salud humana en las distintas épocas, también se ha ido modificando nuestra manera de percibir a los actores que de una manera u otra han contribuido a que dicha concepción se materialice y se traduzca en hechos concretos. Los cambios en la visión acerca de los trabajadores sanitarios, son parte integral de esa transformación conceptual y operativa, de la Salud.

Se reconocen ocho etapas en la evolución de la Medicina, cada una de ellas definida en función de una situación contextual sanitaria, política o social prevalente en el mundo, en cada momento histórico;^{1,2} por razones de espacio, es oportuno agrupar dichas etapas utilizando como criterio esencial, la existencia de cambios significativos en la manera como han sido percibidos los trabajadores de la Salud en cada una de ellas.

Procede incluir en un primer grupo a los períodos de la medicina primitiva y la medicina antigua, en las que los problemas prioritarios de salud eran, por una parte, los riesgos por el enfrentamiento constante con animales para asegurar la subsistencia, y los que eran consecuencia de guerras y conquistas intertribales; por otra parte, la temática sanitaria se sujetaba predominantemente a cuestiones místicas, mágicas y religiosas: se atribuía el origen de las hambrunas, sequías, inundaciones, y las epidemias, a los equinoccios, eclipses y otros fenómenos; las pestes o "plagas" eran consideradas formas de castigo que los dioses enviaban a la población. En estas etapas el personal calificado para enfrentar y combatir curanderos primitivos, y posteriormente los sacerdotes, los magos y otros personajes que eran facultados para ejercer ese oficio por los faraones y otros representantes del poder político.

Un segundo grupo se conforma con las etapas de la medicina griega, en la que se cuestionaban ya los dogmas y creencias, para dar espacio a los primeros intentos de utilizar el pensamiento científico y médico; se creó la primera escuela de medicina en Alejandría; la época de la

medicina romana vio surgir los primeros problemas de salud pública, particularmente los de salud ambiental en Roma y otras urbes que crecían rápida y desorganizadamente como consecuencia de la expansión acelerada del Imperio; es en esta que surge la primera versión de un hospital, destinado al cuidado de los esclavos y prisioneros que estaban en condiciones de productividad laboral; la medicina de la edad media tuvo sus epicentros en Persia y en China, y fueron hechos relevantes la aparición de las primeras bibliotecas médicas, la revisión del concepto del hospital (para privilegiar la atención de soldados de las guarniciones militares) y el reconocimiento del valor del conocimiento científico como base de las decisiones médicas; la primera escuela médica basada en programas con contenido científico se creó en Salerno. También fue esta la época de las grandes epidemias (de lepra, sífilis y de viruela), que tuvieron repercusiones económicas y comerciales importantes. La Salud Pública empezó a manifestar identidad propia, y ya no como un campo agregado, marginal, de la práctica médica. Durante el Renacimiento se comenzó a reconocer la importancia de los estudios básicos, al aparecer los primeros estudios sobre anatomía humana, en parte promovidos por el florecimiento del arte y la cultura en esa época, debidos al genio creador de artistas florentinos; en los Siglos XVII y XVIII ocurrieron los primeros descubrimientos de fisiología humana, particularmente los relativos a la circulación sanguínea y a la conducción nerviosa motora y sensitiva. Estos hechos fueron determinantes del concepto de que los trabajadores de la salud debían ser técnicos y profesionales formalmente entrenados y capacitados para un desempeño laboral basado en el dominio de un conocimiento científico para enfrentar las necesidades sociales de salud.³

El tercer grupo en esta revisión corresponde a la etapa conocida como de la medicina moderna, misma que surge condicionada por las reformas sociales ocurridas en Europa y por la revolución industrial que tuvo su asiento principal en Inglaterra y los Estados Unidos, en el Siglo XIX y en la primera mitad del XX; en este último ocurrieron además la I y II Guerras Mundiales, y tuvieron lugar los movimientos revolucionarios socialistas en Rusia y China, los dos países más poblados del orbe. Tales acontecimientos dieron paso a importantes cambios económicos y sociales que afectaron la percepción que la sociedad tenía acerca de la Salud: se le concibe entonces como un

derecho humano fundamental, como componente del estado de bienestar y desarrollo integral de la sociedad, y como la resultante de un esfuerzo colectivo de diversos sectores y grupos. En respuesta al cambio conceptual, la educación médica fue transformada radicalmente a partir del Informe de la Comisión Flexner en Estados Unidos a principios del siglo XX; simultáneamente surgió también la figura de la Enfermera como ente profesional y científico y ya no como vehículo de la atención "de caridad" influida por la cuestión religiosa; finalmente, en esta etapa se sentaron las bases para que la Salud Pública empezara a adquirir identidad propia, como campo de conocimiento y de un trabajo específico orientado a la atención de los problemas colectivos de salud.

A partir de entonces, la Salud Pública ha continuado con una dinámica de cambio acelerado como consecuencia de las tendencias económicas que cobran cada vez más fuerza en el mundo, de la aspiración para consolidar el proceso democrático en lo que concierne a salud, de la emergencia de nuevos problemas de salud y la reemergencia de otros ya conocidos, y de las propuestas para reformar los sistemas de atención que surgen por la insatisfacción ante el agotamiento y la ineficiencia de los modelos tradicionales.

De donde, nos enfrentamos con la necesidad de redefinir lo que hemos estado entendiendo por "trabajadores de la Salud", y de empezar a construir, con el esfuerzo de todos, una etapa más en el proceso histórico que hemos relatado; no cabe duda de que en esa etapa prospectiva habrá que enfrentar necesidades nuevas, cayo abordaje probablemente implicará romper con varios de los esquemas de trabajo tradicionales; entre tales necesidades son relevantes las siguientes:

- a) la de incorporar nuevos actores y participantes en el trabajo sanitaria, a fin de posicionarnos mejor para abordar y enfrentar problemas,
- b) la de identificar nuevos campos de conocimiento para responder a necesidades nuevas, y que deberán ser incorporados a los programas formativos,
- c) la de redefinir el objeto de trabajo de los profesionales y técnicos de la salud, y la de plantear modos alterna-

tivos para la gestión del desempeño y de la práctica, acorde con las nuevas demandas, y

- d) la de redefinir el rol de las instituciones formadoras y utilizadoras de personal, en el contexto de las reformas sectoriales propuestas.

Segunda área de trabajo: rompiendo tradiciones y mitos en el proceso formativo y en la gestión de los trabajadores. En el momento actual es posible identificar la existencia de tres parámetros para el análisis que, vistas en conjunto, están contribuyendo a generar una concepción diferente de la Salud, a poner en práctica modos alternativos para identificar y caracterizar los problemas prioritarios de Salud de la población, y a definir y poner en práctica estrategias innovadoras para su abordaje y tratamiento. Entre ellas es prioridad proceder a la búsqueda de formas no tradicionales de acción para la formación, la práctica y la gestión de los profesionales y técnicos que trabajan en el campo de Salud.

He aquí los tres parámetros a que me he referido en el párrafo anterior:

- A. la tendencia, en la mayoría de los países del orbe a consolidar una nueva visión de la salud, particularmente una que trasciende la concepción que la ha relacionado exclusivamente con el estado de salud-enfermedad-riesgo de morir de las personas, que tiende más bien a evidenciar una dimensión más amplia, ligada al estado de bienestar integral, individual y colectivo, y que es un componente fundamental del desarrollo humano sostenible en el sentido correcto del término. En la práctica, una conceptualización de la Salud con estas características solo puede justificarse si se fundamenta en la consolidación gradual de una cultura sanitaria en la población, que enfatice la promoción de la salud y la toma de conciencia acerca de que es la propia sociedad la principal responsable del cuidado y la conservación de su salud;³
- B. la transformación dinámica del contexto social, político y económico, particularmente el avance del proceso democrático en gran número de países, y la percepción, por parte de la sociedad, de que la Salud es un derecho humano y ya no un objeto de compra-venta o de atención caritativa, así como el reconocimiento de ese derecho por parte de grupos que demandan modalidades particulares de atención

como los ancianos, los niños, los afectados por enfermedades y accidentes del trabajo o por la contaminación ambiental, los llamados grupos étnicos, y otros. De igual manera, es también urgente la discusión de las tendencias de la economía en el mundo y de su impacto en la salud en países como el nuestro, particularmente las propuestas de globalización de la economía y de privatización de los servicios de salud; se ha definido la primera como una "integración creciente de economías y sociedades diversas como consecuencia de un mayor flujo de bienes, capitales, personas e ideas" y se ha pretendido justificarla señalando que "el aumento de los ingresos de los pobres trae consigo el descenso de la mortalidad infantil y mejoras en la nutrición, la salud materna y la educación de la población femenina", para concluir que "un vínculo importante entre la globalización y la salud se establece a través de los ingresos".⁴

Pero, simultáneamente, una investigación realizada por economistas de universidades europeas demostró que una opinión muy extendida es que "la creciente integración económica internacional genera una mayor desigualdad entre los países ricos y los países pobres, así como dentro de los propios países, al beneficiar a los hogares ricos más que a los pobres", y que "la globalización ha incrementado espectacularmente la desigualdad entre las naciones y dentro de ellas".⁵ De donde, no existe un conocimiento consolidado y menos una interpretación homogénea de la cuestión por parte de los grupos afectados; tal situación es más grave en países como el nuestro, que se debate en una crisis de inflación, deuda creciente, desempleo y recesión; sus implicaciones en este caso, particularmente aquellas que afectan a la salud, demandan la existencia de políticas pertinentes, oportunas y viables. De lo que se trata entonces, es de construir un conocimiento relevante que permita a los profesionales y técnicos de la salud actuar de conformidad con los intereses mayoritarios de la población, y de evitar potenciales efectos negativos, entre ellos la reducción de las posibilidades que la población tiene de acceder libremente a los servicios y a la atención de salud;

- C. en ese contexto insertan en la mayor parte de los países del mundo (el nuestro entre ellos) las propuestas de reforma del sistema de salud; en nuestro caso, la propuesta reformista destaca una mayor partici-

pación de la sociedad en las decisiones y acciones de salud, la descentralización de los servicios y de la atención, que implica un esfuerzo para promover el desarrollo local por un lado, y la municipalización de los servicios por otro, esfuerzo que se concreta a través de acciones concertadas con las corporaciones municipales del país.

Al analizar la práctica de los médicos y de otros trabajadores de la salud, se hace evidente una serie de contradicciones entre las demandas derivadas de estos tres referentes por una parte, y los conocimientos y destrezas de los egresados de los entes formadores, tanto universitarios como de otros niveles, por otra. Hay una notoria discrepancia entre el modelo formativo actual y los requerimientos del trabajo en una concepción ampliada de la salud, en un contexto que cambia constantemente y ante las perspectivas de una reforma sanitaria, que aspira a crear nuevos modos en la práctica y la atención a la salud.

En efecto, hasta finales de la década de los años 50 nuestra Facultad de Ciencias Médicas operaba siguiendo un modelo educativo tomado de las universidades europeas, especialmente de Alemania y Francia, que enfatizaba los aspectos clínicos de la medicina, propiamente el reconocimiento de síntomas y signos, el diagnóstico y tratamiento de enfermedades; el conocimiento médico se distribuía en un currículo que debía cumplirse en siete años, y el método docente privilegiaba la memorización de textos, que iban desde descripciones anatómicas hasta el aprendizaje, también memorista, de cuadros clínicos y esquemas terapéuticos. No fue sino hasta los años 60 que se dio la primera reforma importante en la Facultad, en la cual destacaban la incorporación en el pensum de las ciencias básicas, de Patología, de las ciencias psicológicas, así como la creación de la carrera de Enfermería y del Dpto. de Medicina Preventiva y Social, que reflejaban ya una preocupación de la Facultad por ajustar su producto a las necesidades cambiantes que ya se avizoraban en el escenario de la Salud. Los cambios curriculares se acompañaron de cambios fundamentales en el aspecto metodológico; la obsesión por "la enseñanza" cedió el paso a la preocupación por "el aprendizaje" de los futuros médicos y enfermeras.

Pero a pesar de la reforma, el currículo siguió mostrando varias de las características tradicionales, entre ellos una

estructura curricular rígida, el predominio de contenidos preestablecidos que privilegiaban el conocimiento científico pero postergaban el aprendizaje de problemas sociales y colectivos, la ausencia de políticas para un desarrollo curricular flexible y acorde con los cambios contextuales, la naturaleza individualista de la práctica médica, el aprendizaje de la Salud Pública como campo de conocimiento marginal y secundario, un limitado contacto de la actividad educativa con las necesidades de salud de la población, y la convicción de que la responsabilidad de la Facultad con sus estudiantes termina cuando estos cumplen con un número de años o semestres, o cuando completan un número de unidades valorativas arbitrariamente establecido, o cuando se someten a un determinado número de exámenes y pruebas, que les "califica" para recibir un título profesional. Los tres referentes enunciados antes, están marcando, repetimos, un modo diferente de percibir la salud, y una manera alternativa de definir el objeto de trabajo de los profesionales y técnicos del sector. Hay necesidad entonces, de buscar caminos para resolver la contradicción que hemos señalado. Intentaremos, a continuación, ser más explícitos sobre este particular.

De donde, la formación de los equipos de trabajo que concretarán los cambios propuestos deberá promover la construcción de conocimiento relevante para el desarrollo pleno de cada uno de los ejes; ello significa que, al mismo tiempo que se trate de fortalecer el aprendizaje de conocimientos técnicos y científicos en materia de Salud, también se promoverá el aprendizaje de cuestiones que tradicionalmente han sido consideradas "no médicas", tales como economía de la salud, desarrollo humano, políticas públicas, el reconocimiento, manejo y prevención del conflicto, la negociación como instrumento para alcanzar decisiones concertadas, y el respeto a los valores y modos de pensar de trabajadores, autoridades, subalternos y de la población que acude a los servicios.

Tercera área de trabajo: redefiniendo el objeto de trabajo de los profesionales de la salud. La reflexión constante alrededor de estas cuestiones, y el trabajo realizado con distintos grupos latinoamericanos durante varias décadas me permiten proponer una agenda mínima de cambios que en mi opinión es urgente introducir en el proceso de desarrollo de los trabajadores de la salud, a fin de responder mejor a las transformaciones y reformas que han sido planteadas en el sector:

A. No hay duda de que la formación inicial de los pro-

fesionales de la salud debe continuar siendo una función privativa de las universidades; sin embargo, su educación integral para alcanzar y mantener niveles de desempeño coherentes con un contexto en cambio constante, requiere de un ámbito más representativo de las condiciones reales en que ocurren las incidencias más importantes de la vida de las personas; requiere asimismo, de la participación en el quehacer educativo, de los propios trabajadores de los servicios de salud, de los colegios profesionales y gremios, de otros sectores de la sociedad y de quienes buscan atención de salud.

- B. La participación de grupos de trabajo multidisciplinarios en los estudios para identificar y priorizar problemas es ya una práctica cada vez más común en el nivel local; pero no sucede lo mismo en los servicios de mayor complejidad, como los hospitales; pero en todos existen limitantes y obstáculos para un trabajo fluido, sobre todo cuando se trata de tomar decisiones políticas, de definir estrategias y líneas de acción y de decidir sobre opciones para abordar problemas. Uno de los determinantes para ello es la ausencia de condiciones para que el aprendizaje ocurra como proceso colectivo, interdisciplinario, solidario y con un sentido de complementariedad. Trabajar en equipo, implica educarse en equipo.⁶
- C. La estructura curricular en nuestro sistema educativo es rígida; la dinámica para ajustar el currículo a los cambios en las demandas y necesidades de la población en una dimensión ampliada de la salud, y frente a las propuestas de reforma sectorial, implica, en las condiciones actuales, procesos prolongados que cuando llegan a completarse, ya son tardíos. Un mecanismo para resolver esta contradicción puede ser el establecimiento de un sistema permanente de monitoreo y seguimiento de los procesos educativos, que permita no solo la detección de oportunidades para el ajuste curricular en función de los cambios contextuales, sino también la identificación de conocimientos y destrezas significativas para poder responder a ellos y la reorientación oportuna del proceso de aprendizaje; la gestión del proceso formativo, particularmente su monitoreo y seguimiento requiere de la participación de los servicios, los gremios y otras instancias pertinentes.
- D. La identificación de los nuevos campos de conocimiento que se requieren para alcanzar una capacidad integral, permanente y de un nivel apropiado para

trabajar en el marco de una Salud reconceptuada, es cuestión crítica. Obviamente, es necesario fortalecer y dar continuidad a la formación de profesionales, esencialmente de los médicos, en los avances científicos y tecnológicos de la profesión médica, incluyendo sus especialidades, como campos de conocimiento y de trabajo; pero dadas las tendencias sociales y económicas que se avizoran en la evolución de la sociedad hondureña, es igualmente necesario consolidar dicha formación en los aspectos sociales de la medicina, cualquiera que sea su campo particular de trabajo (clínico, administrativo, docente o de salud pública).

Partiendo de los tres referentes ya mencionados, es posible identificar campos del conocimiento que son relevantes para la educación de los trabajadores de la salud, tanto en la etapa universitaria como en la de la práctica, sea esta institucional o privada, individual o grupal:

- a) Al plantear una concepción diferente de la salud (el primer referente) hay necesidad de redefinir el objeto de trabajo de los profesionales y técnicos de salud; en tal sentido, precede enfatizar la construcción gradual de una "cultura de salud" en la población, sustentada en la promoción de hábitos y comportamientos individuales y colectivos que protejan, preserven y cuiden la salud, así como en el cuidado del ambiente y el entorno social; esto solo puede alcanzarse a través de esfuerzos concertados para reorientar la educación de la población hacia tal fin; y dada que la participación de los médicos y las enfermeras en el proceso es esencial, el currículo de formación de estos trabajadores debe incorporar conocimientos y destrezas requeridas para que su ulterior desempeño incluya como tarea esencial la educación de las personas y grupos que buscarán atención en los servicios.
- b) El segundo referente que hemos señalado se relaciona con el contexto nacional, y con las variaciones que han ocurrido y seguirán ocurriendo en el país, particularmente las de naturaleza económica y social. Para ilustrar esto, mencionemos las tendencias hacia la privatización de los servicios de salud y hacia lo que se ha denominado globalización de la economía y de la sociedad, a la que nos hemos referido antes;⁵ estas y otras propuestas similares están ya determi-

nando modificaciones estructurales y operativas en los servicios, cambios en la calidad y la equidad en la provisión de la atención a los usuarios, poniendo en riesgo incluso, las mejoras que se han ido logrando (y que son aún precarias), en las posibilidades que la población tiene de acceder a los servicios de salud. Asumimos que una alternativa para prever estos desequilibrios es la creación de condiciones para que los trabajadores de los servicios, los médicos especialmente, adquieran conocimientos y destrezas para desempeñarse en escenarios sociales y laborales diferentes de los tradicionales, particularmente los que resultan de las propuestas económicas que se trata de introducir en países como el nuestro.

- c) El tercer referente es la propuesta de reforma del sector. Si bien en nuestro país está todavía en construcción, desde ya se señalan como ejes centrales el apoyo al desarrollo local y a la participación social y el fortalecimiento de la descentralización de la administración y la provisión de los servicios.⁷ Ha ido tomando fuerza en el país, como vía de elección para desarrollar estos ejes, un plan para coordinar acciones con los gobiernos locales, lo que parece ser una decisión correcta desde los puntos de vista técnico, administrativa y político. Pero preocupa que las propuestas de reforma no contemplan cambios en el proceso de desarrollo de los trabajadores, generando así vacíos conceptuales y metodológicos que, de persistir, ponen en riesgo el alcance de las metas, propósitos y aspiraciones.

Para concluir, (o más bien para partir de aquí hacia adelante), repito, las consideraciones que anteceden constituyen una agenda mínima de cuestiones críticas alrededor del desarrollo de los trabajadores de la salud en una situación de reforma sectorial, y son, en nuestra opinión, aportes para iniciar un proceso de estudio y de trabajo que pueda llevarnos a la redefinición del objeto de trabajo de las profesiones de la salud, como elemento fundamental para transformar la concepción actual acerca de los llamados "recursos humanos para la salud".

Proponemos dos líneas esenciales de trabajo para avanzar en ese proceso:

1. El desarrollo de estudios e investigaciones acerca de los problemas del desarrollo de personal, basada en el

monitoreo del proceso formativo y de la gestión del trabajo, con miras a identificar discrepancias entre el desempeño actual de los trabajadores frente a las nuevas demandas y necesidades, y a construir opciones para resolver tales contradicciones. Las investigaciones deberán ser realizadas con participación de los propios actores de los servicios, y en el mismo ámbito del trabajo cotidiano.³

2. La orientación de un proceso de cambios en el desarrollo del personal de salud, como componente fundamental de la reforma del sector, debe estar a cargo de un coordinador integrado por entes formadores y utilizadores de personal, por los gremios, los usuarios y otros actores relacionados; en nuestro país se dio ya un esfuerzo en este sentido hace dos décadas, al crearse una Comisión de Recursos Humanos para Salud; el escenario y los condicionantes eran diferentes pero la intencionalidad era similar a la que motiva esta propuesta. Legalmente se sustentaba en un Decreto Presidencial que no ha sido derogado y que, por lo tanto, sigue teniendo fuerza de ley.

Esta comunicación será complementada con la presentación de una propuesta y un Plan General de trabajo para la investigación y el monitoreo de los procesos de desarrollo de los trabajadores de la Salud ante las instituciones y grupos de trabajo pertinentes del país, y que también será publicada próximamente.

REFERENCIAS

1. Sigerist H. *A history of Medicine*. Oxford University Press, N. York, EE. UU., 1967.
2. O'Malley CD (Editor). *The history of medical education*. Univ. of California Press, Berkeley, California, Estados Unidos, 1970.
3. Haddad Quiñonez J. *Los trabajadores de la salud: lecciones de la historia, contradicciones del presente, una agenda para el futuro*. Tegucigalpa, Honduras (En prensa).
4. Dollar D. ¿Es la globalización buena para la salud? *Boletín de la Organiz. Mundial de la Salud*, recopilación de artículos No. 6, Ginebra, 2002.
5. Mazar J. *Labor's new internationalism*. *Journal of Foreign Affairs* No. 79, Cambridge, Mass., Estados Unidos, 2000.
6. Haddad Quiñonez J y Pineda E. *Educación Permanente: la gestión del trabajo-aprendizaje en los servicios de salud*. Organización Panamericana de la Salud, Representación en Honduras; Tegucigalpa, M.D.C., 1997.
7. *Secretaría de Salud de Honduras: La Reforma del Sector Salud*. Tegucigalpa, M.D. C.. 2001.

60 Años del Hospital Infantil de México “Federico Gómez”

*José Ranulfo Lizardo Barahona**



El día 30 de Abril de 1943 a las 11: 00 A. M. siendo Presidente de la República Mexicana el General de División Manuel Ávila Camacho y Secretario de Gobernación el Licenciado Miguel Alemán Valdez, se realizó la Inauguración del Hospital Infantil de México.

De esta forma el Dr. Federico

Gómez Santos vio así realizado su sueño de contar con el primer Hospital de América Latina dedicado exclusivamente al cuidado de los niños.

Este objetivo se inició 13 años antes en 1930 cuando los Drs. Mario Torroella, Isidro Espinoza de los Reyes, Rigoberto Aguilar, Rafael Soto Allande, Manuel Cárdenas de la Vega, Jorge Muñoz Turnbull y Federico Gómez Santos fundan la Sociedad Mexicana de Pediatría en la cual impulsan decididamente la creación de un Hospital Pediátrico ya que hasta esa fecha los niños eran atendidos en Hospitales Generales o Maternos Infantiles. En reconocimiento a su esfuerzo para la creación de este nosocomio se nombra como primer Director al Dr. Federico Gómez Santos, quien en su discurso decía: "Estamos celebrando hoy la ansiada inauguración del



Hospital y ya tenemos en frente la idea realizada, ahora nos toca a los Médicos que vamos a laborar en la Institución hacerla marchar, crecer y prestigiarse, dando a los niños enfermos de México el servicio más completo y eficiente que pueda darse a la infancia en cualquier país de la tierra. La idea es ambiciosa, pero es realizable y la llevaremos acabo; nuestra meta será hacer de este Hospital una Institución que llene tres importantísimas funciones.

- 1) Un excelente servicio a la sociedad
- 2) Un campo propicio para la enseñanza pediátrica
- 3) Un ambiente a la investigación de los problemas patológicos de la Infancia. "

Posteriormente devela la Placa Conmemorativa y la leyenda dice: "El General de División Manuel Ávila Camacho Presidente de los Estados Unidos Mexicanos dedica esta

* Cirujano Pediatra, Instituto Hondureño de Seguridad Social, Tegucigalpa.
Ex Residente de Cirugía Pediátrica del Hospital Infantil de México Federico Gómez.

Dirigir correspondencia a: jlizardob@hotmail.com

Institución a la Niñez Mexicana", 30 de Abril de 1943. Once meses después en Marzo de 1944 aparece la primera publicación del Boletín Médico del Hospital Infantil de México el cual se ha publicado sin interrupciones hasta la fecha y que ha llegado a considerarse como la publicación pediátrica de mayor circulación y prestigio en América Latina.

Es importante mencionar que con la inauguración del Hospital Infantil de México nace la primera escuela de Cirugía Pediátrica de México y de América Latina. Cabe este honor al Dr. Jesús Lozoya Solís quien estudió pediatría en el Children Hospital de San Luis, Missouri y luego Cirugía Pediátrica al lado de los Maestros William Ladd y Robert Gross en el Children Hospital de Boston. El Dr. Jesús Lozoya Solís fue nombrado por el Dr. Federico Gómez Jefe del Departamento de Cirugía siendo los primeros Residentes de Cirugía Pediátrica los Drs. Francisco Cisneros y Guillermo Zarate Mijangos quienes se graduaron en 1947.

Durante estos 60 años de vida, el Hospital Infantil de México ha trascendido las fronteras Mexicanas graduando Pediatras y Sub Especialistas Pediátricos de toda América y España. Para el año de 2002 el total de Pediatras egresados era 2,400, Sub Especialistas Pediátricos 1,600, Cirujanos Pediatras 240 de los cuales son extranjeros 600 Pediatras, 450 Sub Especialistas y 50 Cirujanos Pediatras. Durante esta larga trayectoria el Hospital Infantil de México ha tenido únicamente seis (6) Directores, ellos son: Dr. Federico Gómez Santos, el Dr. Rigoberto Aguilar Pico, el Dr. Jesús Kumate Rodríguez, el Dr. Cesar Chavarría Bonequi, el Dr. Luis Torregrosa Ferráez y el Dr. Romero S. Rodríguez Suárez. Deseo finalizar éste escrito extendiendo una felicitación a todos los maestros del Hospital Infantil de México, a los Jefes del Departamento, a los Jefes de Servicio y a sus Directores Generales quienes han sabido mantener vivo el espíritu del Dr. Federico Gómez Santos y que han hecho de este Centro uno de los más importantes de nuestra América Latina.

LO CONTRARIO AL MIEDO ES EL AMOR.
 DONDE EXISTE EL AMOR NO HAY MIEDO ALGUNO.
 Y EL QUE NO TIENE MIEDO ALGUNO NO TEME LA VIOLENCIA,
 PORQUE ÉL NO TIENE VIOLENCIA ALGUNA.
 TODA VIOLENCIA VIENE DEL MIEDO Y CREA MÁS VIOLENCIA.

ANTHONY DE MELLO

Promociones Médicas 1959-1960

*Julio Alberto Bourdeth Tosta**, *Hegla Varinia Izquierre B.†*

INTRODUCCIÓN

En enero de 1960, según acta de número 40 del Consejo Universitario, se nombró una comisión para que reglamentara la resolución de este mismo organismo referente a establecer la prestación del Servicio Social, como paso previo a la opción del título de Médico, ya que se consideró que dicho servicio era de suma importancia para los sectores pobres del país y que necesitaban urgentemente de la asistencia médica.

Se recomendó que la discusión del dictamen se invitara a los alumnos de séptimo año, ya se modificaba la propuesta de hacía cinco años y el Servicio Médico Social pasaba de seis meses a un año de duración.

En la sesión siguiente, acta 41, se aprobó el Reglamento del Servicio Médico Social obligatorio, por el término de un año, como requisito indispensable para la incorporación u otorgamiento del título de Médico-Cirujano, el que entró en vigencia veinte días después de ser aprobado, es decir, el 20 de febrero de 1960.

En ese mismo citado año se abre la unidad que originaría el ahora Centro Universitario de Estudios Generales (CUEG), dada una iniciativa del Consejo de Decanos y Catedráticos de las Facultades de Medicina y Cirugía, Odontología, y Química y Farmacia, quienes plantearon al Consejo Universitario y al Claustro Pleno dicha necesidad, debido a la palpable deficiente preparación de los jóvenes en las ciencias experimentales como Física Química y Biología. Aceptada la sugerencia, se abrió dicho Centro, siendo su primer Director el ingeniero

Edgardo Sevilla Idiáquez y las asignaturas a impartirse fueron Matemáticas, Física, Química, Español, Biología, Fisiología, Filosofía, Historia de Honduras y Sociología.

AUTORIDADES UNIVERSITARIAS

Rector: Dr. Lisandro Gálvez Funez (1956-1960)
Dr. Henán Corrales Padilla (1960-1963)

Vice-rector: Ing. Arturo Quezada Galindo (1960-1962)

Secretario General: Lic. Edmond L. Bográn (1958-1960)
Lic. Roberto Suazo Tomé (1960-1964)

Decano de la Facultad de Medicina:

Dr. Ramiro Figueroa Rodezno (1958-1959)
Dr. José Adán Cueva Villamil (1959-1964)

EGRESADOS 1959

Dr. Juan René Valladares Lemaire
Dra. Olga Reyes Sosa de Paz
Dr. Miguel Rafael Moncada Amador
Dr. Alberto E. Handal Handal
Dr. Francisco Murillo Selva h.
Dr. Jacinto Radegundo García Guevara
Dr. Virgilio Cardona López
Dra. Hena Haydee Cardona Rodríguez
Dr. Napoleón Gúnera Aguilar
Dr. Mario Alfredo Zambrana Castillo
Dr. Guillermo Oviedo Padilla
Dr. J. Trinidad Paz Rivera
Dr. José Elías Handal Handal
Dr. Guillermo Ayestas López
Dr. Enrique Octavio Samayoa Moncada
Dr. Santos Eduardo Mayes Huete
Dr. Miguel Rafael Ouelí Colindres
Dr. Muigel A. Guerrero Gálvez
Dr. Marco Antonio Sosa Vidal

* Médico Salubrista.

† Médica General.

Dirigir correspondencia a: Clínica Periférica Hato de Enmedio, Hospital Escuela, Tegucigalpa.

EGRESADOS 1959



Dr. Juan René
Valladares L.



Dra. Olga Reyes
Sosa de Paz



Dr. Miguel Rafael
Moncada Amador



Dr. Alberto E.
Handal Handal



Dr. Francisco
Murillo Selva h.



Dr. Virgilio
Cardona López



Dr. Hena Haydee
Cardona Rodríguez



Dr. Napoleón
Gúnera Aguilar



Dr. Mario Alfredo
Zambrana C.



Dr. Guillermo
Oviedo Padilla



Dr. J. Trinidad
Paz Rivera



Dr. José Elías
Handal Handal



Dr. Guillermo
Ayestas López



Dr. Enrique Octavio
Samayoa Moncada



Dr. Santos Eduardo
Mayes Huete



Dr. Miguel Rafael
Ouelí Colíndres



Dr. Jacinto Radegundo
García Guevara

EGRESADOS 1960



Dr. Manuel E. Sosa Alvarado



Dr. José Refugio Domínguez R.



Dr. Rodolfo Eugenio Interiano T.



Dr. Oscar J. Cárcamo Tercero



Dr. Carlos Godoy Arteaga



Dr. Benjamín Fortín Midence



Dr. German R. Madrid Zelaya



Dr. Conrado E. Rodríguez Ortéz



Dr. J. Benjamín Rivera Núñez



Dr. Armando Mejía Del Cid

EGRESADOS 1960

- Dr. Manuel E. Sosa Alvarado
- Dr. José Refugio Domínguez R.
- Dr. Rodolfo Eugenio Interiano T.
- Dr. Oscar Jacobo Cárcamo Tercero
- Dr. Carlos Godoy Arteaga
- Dr. Benjamín Fortín Midence
- Dr. German R. Madrid Zelaya
- Dr. Armando Mejía Del Cid
- Dr. Carlos de León Paz
- Dr. Mario Duilio Lanza Sandoval
- Dr. Juan Angel Bueso Arias
- Dr. F. Humberto Pineda Santos
- Dr. Rodolfo Benjamín Valenzuela G.
- Dr. Ramiro Coello Núñez
- Dr. Fernando Tomé Abarca
- Dr. Eduardo Tavalvera Wetin
- Dr. Miguel R. Muñoz Mendoza
- Dr. José Roberto Oviedo C.
- Dr. J. Benjamín Rivera
- Dr. Conrado E. Rodríguez Ortez



Dr. Carlos de León Paz



Dr. Mario Duilio Lanza Sandoval



Dr. Juan Ángel Bueso Arias



Dr. Humberto Pineda Santos



Dr. Rodolfo B. Valenzuela G.



Dr. Ramiro Coello Núñez



Dr. Fernando Tomé Abarca

CUADRO DE EGRESADO

DOCTOR (A)	No. COL.	GRADUACIÓN	NACIMIENTO	ESPECIALIDAD
VALLADARES LEMAIRE	024	24/XI/59	Choluteca, Ch; 24/V/33	NEUROCIRUGÍA-NEUROLOGÍA
REYES SOSA*	041	18/XI/59	8/XI/25	MEDICINA GENERAL
DOMINGUEZ RODRIGUEZ*	052	5/XI/60	Marcala; L.P; 24/V/13	MEDICINA GENERAL
SOSA ALVARADO*	055	12/III/60	Comayagüela, F.M. 6/V/32	MEDICINA GENERAL
TALAVERA WESTIN	085	8/IX/60	Amapala, V; 22/X/28	CIRUGIA PLASTICA
INTERIANO TORRES	087	22/X/60	Copán Ruinas; 6/V/32	MEDICINA GENERAL
CARCAMO TERCERO	092	3/V/60	San Marcos de Colón 28/V/28	CARDIOLOGIA
MONCADA AMADOR	119	15/V/59	Tegucigalpa, F.M. 29/VIII/32	
HANDAL HANDAL A.E.	138	11/XI/59	Urraco, Yoro, 14/XII/33	DERMATOLOGIA
MURILLO SELVA h.	180	10/IX/59	Tegucigalpa, F.M., 28/I/30	CIRUGIA TORACICA
GODOY ARTEAGA	185	13/VIII/60	San Juancito, F.M. 18/VII/34	PEDIATRIA-SAL. PUBL.
CARDONA LOPEZ	186	19/VIII/59	Santa Rosa, Copán 14/VI/31	PATOLOGIA
FORTIN MIDENCE	198	21/III/60	Tegucigalpa, F.M. 22/X34	
MADRID SELAYA*	202	30/I/60	San Pedro Sula; 4/III/33	
RODRIGUEZ ORTEZ	213	14/XII/60	Pespire, Ch; 11/V/34	TISIOLOGIA
CARDONA RODRIGUEZ	222	17/I/59	Amapala, Valle; 10/II/28	CITOLOGIA EXFOLIATIVA
GUNERA AGUILAR*	226	23/IX/59	Comayagüela, F.M. 3/V/26	SALUD PUBLICA
ZAMBRANA CASTILLO	283	3/XI/59	Danlí, El P. 18/IX/30	GINECOLOGIA-OBSTETRICIA
RIVERA NUÑEZ	284	14/I/59	Guarita, Lemp. 4/IX/31	SALUD PUBLICA
MEJIA DEL CID	298	2/IV/60	La Esperanza, Int; 11/VII/34	OTORRINOLARINGOLOGIA
OVIDEO PADILLA	318	1/XII/59	Minas de Oro, C. 12/IV/30	PEDIATRIA
DE LEON PAZ	330	23/VI/60	Puerto Cortés; 23/VI/23	DERMATOLOGIA
PAZ RIVERA*	352	1959	Concepción N, S.B. 11/VIII/28	DERMATOLOGIA
LANZA SANDOVAL	353	16/VII/60	Tegucigalpa, F.M. 14/X/32	
BUESO ARIAS*	357	21/V/60	Santa Rosa, Copán 28/XII/26	
HANDAL HANDAL J.E.	390	11/XI/59	San Pedro Sula, 30/III/37	MED. INT. PEDIATRIA
SOSA VIDAL	391	30/X/59	9/III/34	GINECOLOGIA-OBSTETRICIA
AYESTAS LOPEZ	393	21/IX/59	25/VI/30	GINECOLOGIA OBSTETRICIA
PINEDA SANTOS*	395	22/X/60	Santa Rosa, Copán 2/IX/32	SALUD PUBLICA
COELLO NUÑEZ*	405	29/X/60	La Venta, F.M. 21/XI/21	FISIATRIA-ORTOPEDIA
VALENZUELA CUERRERO	425	1960	San Pedro Sula, 29/I/29	PEDIATRIA
SAMAYOA MONCADA	445	22/V/59	Comayagüela, F.M. 29/VII/31	GINECOLOGIA-OBSTETRICIA
MAYES HUETE	450	28/VIII/59	Choloma, Cortés, 3/III/21	MEDICINA GENERAL
TOME ABARCA	520	25/VI/60	Amapala, V; 11/VII/33	PEDIATRIA
OQUELI COLINDRES	624	19/IX/59	San Salvador, E.S. 20/U/33	ORTOP.-TRAUMATOLOGIA
GARCIA GUEVARA	406	1959	Alianza, Valle; 30/I/30	PED.-PERINATOLOGIA

* Colega fallecido al momento de elaborar este ensayo.

NOTA: NO LOGRE OBTENER DATOS DE LOS COLEGAS: Dr. Miguel R. Muñoz Mendoza, Dr. José Roberto Oviedo C. Dr. Miguel A. Guerrero Gálvez y Dr. Antonio Sosa Vidal.

OBSERVACIONES

Dentro de estas dos promociones, los doctores Virgilio Cardona López, Carlos Godoy Arteaga, Fernando Tomé Abarca y Enrique Octavio Samayoa Moncada, llegaron a ocupar la Presidencia del Colegio de Honduras. El Dr. Samayoa Moncada, también se desempeñó como Ministro de Salud de 1994 a 1998, en el gobierno del doctor Carlos Roberto Reina Idiáquez.

Malaria

Base de Datos Medline. Búsqueda hasta Junio 2003, artículos de revisión (review papers).

1. Fischer PR. Malaria and newborns. *J Trop Pediatr* 2003; 49(3): 132-4.
2. Tomlinson RJ, Morrice J. Does intravenous mannitol improve outcome in cerebral malaria? *Arch Dis Child* 2003; 88: 640-1.
3. Omari AA, Preston C, Garner P. Artemether-lumefantrine for treating uncomplicated falciparum malaria. *Cochrane Database Syst Rev* 2003; (2): CD003125.
4. Smith HJ, Meremikwu M. Iron chelating agents for treating malaria. *Cochrane Database Syst Rev* 2003; (2): CD001474.
5. Olliaro P, Mussano P. Amodiaquine for treating malaria. *Cochrane Database Syst Rev* 2003; (2): CD000016.
6. Paul RE, Brey PT. Malaria parasites and red blood cells: from anaemia to transmission. *Mol Cells* 2003; 15: 139-49.
7. Wassmer SC, Combes V, Grau GE. Pathophysiology of cerebral malaria: role of host cells in the modulation of cytoadhesion. *Ann N Y Acad Sci* 2003; 992: 30-8.
8. Korenromp EL, Williams BG, Gouws E, Dye C, Snow RW. Measurement of trends in childhood malaria mortality in Africa: an assessment of progress toward targets based on verbal autopsy. *Lancet Infect Dis* 2003; 3: 349-58.
9. Geerligs PD, Brabin BJ, Eggelte TA. Analysis of the effects of malaria chemoprophylaxis in children on haematological responses, morbidity and mortality. *Bull World Health Organ* 2003; 81: 205-16.
10. Cui L, Escalante AA, Imwong M, Snounou G. The genetic diversity of *Plasmodium vivax* populations. *Trends Parasitol* 2003;19: 220-6.
11. Bannister L, Mitchell G. The ins, outs and roundabouts of malaria. *Trends Parasitol* 2003;19: 209-13.
12. Gatton ML, Peters JM, Fowler EV, Cheng Q. Switching rates of *Plasmodium falciparum* var genes: faster than we thought? *Trends Parasitol* 2003 May;19(5):202-8.
13. Steketee RW. Pregnancy, nutrition and parasitic diseases. *J Nutr* 2003; 133 (5 Suppl 2): 1661S-1667S.
14. Winstanley P. Coping with malaria in the face of resistance. *Int J Infect Dis* 2002; 6: 246-52.
15. Adhikari MR. Severe and complicated malaria. *Indian J Med Sci* 2002; 56: 445-8.
16. Coluzzi M, Costantini C. An alternative focus in strategic research on disease vectors: the potential of genetically modified non-biting mosquitoes. *Parassitologia* 2002; 44: 131-5.
17. Moore DA, Jennings RM, Doherty TF, Lockwood DN, Chiodini PL, Wright SG, Whitty CJ. Assessing the severity of malaria. *BMJ* 2003; 326: 808-9.
18. Karunaweera ND, Wijesekera SK, Wanasekera D, Mendis KN, Carter R. The paroxysm of *Plasmodium vivax* malaria. *Trends Parasitol* 2003; 19: 188-93.
19. Noedl H, Wongsrichanalai C, Wernsdorfer WH. Malaria drug-sensitivity testing: new assays, new perspectives. *Trends Parasitol* 2003; 19: 175-81.
20. McLellan SL. Evaluation of fever in the returned traveler. *Prim Care* 2002; 29: 947-69.

SITIOS WEB

1. www.who.int/health-topics/malaria.htm
2. www.who.int/tdr/diseases/malaria
3. www.rbm.who.int
4. www.paho.org/search
5. www.cdc.gov/search
6. www.mmv.org (medicines for malaria venture)
7. www.undp.un.hn/fondo_global.htm

1. En colaboración con la Biblioteca Médica Nacional, UNAH (Sitio Web: cidbimena.desastres.hn) y el Comité Consultivo de la Biblioteca Virtual en Salud de Honduras (Sitio Web: www.bvs.hn).

REVISTA MEDICA HONDUREÑA

1. Cáceres Vijil M. Paludismo y serorreacción de Kahn. *Revista Médica Hondureña* 1934; 4(39): 153-157.
2. Cáceres Vijil M. Continuación de las observaciones de paludismo y serorreacciones de Kahn. *Revista Médica Hondureña* 1934; 4(40): 228-230.
3. Valenzuela H y S Paredes. Apendicitis aguda- malaria-fiebre tifoidea. Amebiasis crónica. *Revista Médica Hondureña* 1936; 7(67): 8-11.
4. Vidal A. Organización de los trabajos contra el paludismo. *Revista Médica Hondureña* 1938; 8(78): 264-269.
5. Anónimo. El Paludismo. *Revista Médica Hondureña* 1938; 9(79): 25.
6. Cáceres Vijil M. Un caso de síndrome cerebeloso de origen palúdico. *Revista Médica Hondureña* 1942; 13(103): 27-29.
7. Castellanos PE. Las formas cerebro-espinales del paludismo. *Revista Médica Hondureña* 1943; 13(103): 79-83.
8. Cáceres Vijil M. Accesos perniciosos de paludismo. *Revista Médica Hondureña* 1943; 13(107): 222-224.
9. Búlnes MA. El paludismo congénito. *Revista Médica Hondureña* 1943; 13(109): 295-296.
10. Vidal A. Investigación de la malaria en Honduras. *Revista Médica Hondureña* 1944; 14(113): 487-502.
11. Vidal A. Notas sobre el problema malárico en Choluteca. *Revista Médica Hondureña* 1946; 16(124): 151-56.
12. Vidal A. Terapéutica supresiva del paludismo por medio de la atebрина. *Revista Médica Hondureña* 1947; 17(3): 405-410.
13. Bulnes MA. Apuntes de la patología médica para enfermeras (paludismo o malaria). *Revista Médica Hondureña* 1951; 21(3): 395-400.
14. Herrera Arrevillaga V. La resistencia orgánica frente a la infección palúdica. *Revista Médica Hondureña* 1953; 22(165): 448-30.
15. Díaz RJ, JA Fúnez, JE Becerra, CE Pineda, N Mendez. Malaria congénita. *Revista Médica Hondureña* 1995; 63: 117-119.
16. Cuellar R, DE Reyes, S Tovar, F Matamoros, H Cañenguez, CR Zavala, J Pineda, K Fernández. Malaria cerebral en niños. *Revista Médica Hondureña* 1995; 63: 135-138.
17. Mejía R, R Castellanos y J Alger. Falla terapéutica de la cloroquina en el tratamiento antimalárico. Informe de un caso y Revisión de la literatura. *Revista Médica Hondureña* 1998; 66: 33 - 38.
18. Alger J. Control y prevención de la malaria: Tendencias globales. *Revista Médica Hondureña* 1998; 66: 54.
19. Alger J. Hacer retroceder el paludismo: La estrategia mundial actual de control y prevención. *Revista Médica Hondureña* 1999; 67: 128.
20. Alger J. Diagnóstico microscópico de la malaria gota gruesa y extendido fino. *Revista Médica Hondureña* 1999; 67: 216 - 218.
21. Alger J. Nuevas perspectivas en el diagnóstico de la malaria: Pruebas rápidas a base de cintas reactivas (dipsticks). *Revista Médica Hondureña* 2000; 8: 72 - 73.
22. Cogswell F. El modelo animal de primates no-humanos (monos) en el estudio de la malaria. *Revista Médica Hondureña* 2000; 102-104.
23. Fernández RD, Y García, J Alger. Malaria y embarazo: Observaciones clínico-epidemiológicas en dos zonas geográficas de Honduras. *Revista Médica Hondureña* 2001; 69: 8 - 18.
24. Alger J. Densidad parasitaria en malaria: Métodos de determinación y su interpretación. *Revista Médica Hondureña* 2001; 69: 118 - 120.
25. Aguilar CJ, E Bu Figueroa y J Alger. Malaria: Infección subclínica entre escolares en la comunidad de Palacios, La Mosquitia. *Revista Médica Hondureña* 2002; 70: 111-115.

REVISTA HONDURAS PEDIATRICA

1. Rivera AJ, Landa Rivera L, Dubón JM, Reyes ME. Efecto de la malaria por *Plasmodium vivax* en salud perinatal. *Revista Honduras Pediátrica* 1993; XVI: 7-10.
2. Espinoza LM, J Alger. Malaria congénita por *Plasmodium vivax*. *Revista Honduras Pediátrica* 1999; XX: 15 - 19.
3. Alger J. Malaria recurrente en niños menores de 15 años. Evaluación de la situación antes y después del Mitch. *Revista Honduras Pediátrica* 1999; XX: 94.

REVISTA MEDICA DE POSTGRADO UNAH

1. Rodríguez Martínez E y R Orellana. Malaria en embarazo: Análisis de la capacidad institucional de diagnóstico y manejo en tres hospitales del país año 2000. Postgrado 2001; 6: 258-261.
2. Mejía Díaz JR, J Alger, R Valenzuela Castillo y RJ Soto. Evaluación clínica y parasitológica de la eficacia de la cloroquina en el tratamiento de la malaria en niños Hospital Escuela 1998-2000. Postgrado 2000; 5: 97-104.
- número 6. Honduras. Ministerio de Salud Pública; nov. 1990 HN2.1; OPS/P/palu/93-3.
10. 124934 Honduras. Salgado LJ. La Malaria en Honduras. Organización Panamericana de la Salud; jul. 1992. 65 p. tab. (Diagnósticos, 7). HN2.1; PAHO COLL/HON/SP/7.
11. 86523 Honduras. Ministerio de Salud. Manual de normas para el control de la malaria en Honduras / Guidelines for control of malaria in Honduras. Ministerio de Salud; 1989. HN2.1/MS-MALAR-IA.001

DOCUMENTOS OPS

1. 151829 Honduras. Vega Castejón OO. S.I.M.: Sistema de Información de Malaria. Guía del usuario 1995. HN2.1/OPS/P/palud/95-3.
2. 132442 Honduras. Ministerio de Salud Pública; Agency for International Development. Integrando temas en la educación para la salud: Una experiencia de Honduras. 983HN2.1, OPS.
3. 132404 Honduras. James MA, Montenegro-James S. Uso de peptidos sintéticos en pruebas inmunoenzimáticas para el diagnóstico de malaria en Honduras New Orleans; U.S. Tulane University; 1992 HN2.1, OPS.
4. 132394 Honduras. Ministerio de Salud Pública; Organización Panamericana de la Salud Informe de actividades de los proyectos de cooperación de Suecia y Finlandia para el control de malaria, dengue y otras enfermedades transmitidas por vectores Ministerio de Salud Pública; feb. 1994 HN2.1, OPS.
5. 132387 Honduras. Ministerio de Salud Pública. Manual sobre recomendaciones técnicas para el manejo y aplicación del bacilus thurigiensis y su evaluación en el control de la malaria Ministerio de Salud Pública; sept. 1993 HN2.1, OPS.
6. 132380 Honduras. Ministerio de Salud Pública. Manual de reconocimiento geográfico de localidades y de criaderos. Ministerio de Salud Pública; sept. 1993.
7. 132368 Honduras. Ministerio de Salud Pública Proyecto: HON/MAL/040/92-93 Informe 1992. Ministerio de Salud Pública; 1992. Honduras. Ministerio de Salud Pública. Proyecto Interfronterizo HON/NIC. 040/92-93. HN2.1, OPS.
9. 125069 Honduras. Láinez OE. Informe del estudio operacional sobre factores de riesgo relacionados con la ocurrencia de la malaria en la Región Sanitaria

RESÚMENES CONGRESOS

1. H Liu, R Venus, FB Cogswell, B Barrow, F Krogstad, D De, SJ Hocart y DJ Krogstad. Resistencia a drogas antimaláricas y desarrollo de nuevas drogas. Resúmenes V Congreso Centroamericano de Parasitología y Medicina Tropical, VII Curso Internacional de la Sociedad Hondureña de Enfermedades Infecciosas y I Congreso Nacional de Parasitología 2001, Tegucigalpa, Honduras, pág. 63.
2. Pang L. Drogas antimaláricas: eficacia, efectividad y eficiencia. Resúmenes V Congreso Centroamericano de Parasitología y Medicina Tropical, VII Curso Internacional de la Sociedad Hondureña de Enfermedades Infecciosas y I Congreso Nacional de Parasitología 2001, Tegucigalpa, Honduras, pág. 64.
3. Rojas R. Población y pueblos indígenas de Mesoamérica. Malaria: condiciones de vida y salud. Resúmenes V Congreso Centroamericano de Parasitología y Medicina Tropical, VII Curso Internacional de la Sociedad Hondureña de Enfermedades Infecciosas y I Congreso Nacional de Parasitología 2001, Tegucigalpa, Honduras, pág. 64.
4. Alger J, H Andrade, L Pang, y DJ Krogstad. Dinámica de baja transmisión de Plasmodium falciparum. Resúmenes V Congreso Centroamericano de Parasitología y Medicina Tropical, VII Curso Internacional de la Sociedad Hondureña de Enfermedades Infecciosas y I Congreso Nacional de Parasitología 2001, Tegucigalpa, Honduras, pág. 78.
5. Pang L, M Faiz, EB Yunus, MR Arman, MA Hossain, ME Arman Y SN Bhuiyan. Evaluación del diagnóstico de la malaria no complicada en Bangladesh. Resúmenes V Congreso Centroamericano de Parasitología y Medicina Tropical, VII Curso Internacional de la Sociedad Hondureña de

- Enfermedades Infecciosas y I Congreso Nacional de Parasitología 2001, Tegucigalpa, Honduras, pág. 78.
6. Marchesini P. Susceptibilidad a drogas antimaláricas en la región amazónica. Resúmenes V Congreso Centroamericano de Parasitología y Medicina Tropical, VII Curso Internacional de la Sociedad Hondureña de Enfermedades Infecciosas y I Congreso Nacional de Parasitología 2001, Tegucigalpa, Honduras, pág. 79.
 7. Ferrer Rodríguez I, T García Nieves, J Pérez Rosado, V Villegas, GW Gervais y AE Serrano. Caracterización de genes de multirresistencia a drogas en *Plasmodium berghei* y *P. yoelii*. Resúmenes V Congreso Centroamericano de Parasitología y Medicina Tropical, VII Curso Internacional de la Sociedad Hondureña de Enfermedades Infecciosas y I Congreso Nacional de Parasitología 2001, Tegucigalpa, Honduras, pág. 96.
 8. Pérez Rosado J, GW gervais, I Ferrer Rodríguez y AE Serrano. Análisis del gen de la sitetasa de gamma glutamilsteina en *Plasmodium berghei*. Resúmenes V Congreso Centroamericano de Parasitología y Medicina Tropical, VII Curso Internacional de la Sociedad Hondureña de Enfermedades Infecciosas y I Congreso Nacional de Parasitología 2001, Tegucigalpa, Honduras, pág. 96-97.
 9. Mejía JR, R Valenzuela, RJ Soto y J Alger: Susceptibilidad in vivo a la cloroquina: evaluación en niños infectados con *Plasmodium vivax* y *P. falciparum* en Honduras. Resúmenes V Congreso Centroamericano de Parasitología y Medicina Tropical, VII Curso Internacional de la Sociedad Hondureña de Enfermedades Infecciosas y I Congreso Nacional de Parasitología 2001, Tegucigalpa, Honduras, pág. 97.
 10. Betancourt L, D Guardiola, W Umaña, M Valenzuela, M Enríquez y J Alger. Caracterización del uso de medicamentos antimaláricos en el Valle de Aguán, Honduras. Resúmenes V Congreso Centroamericano de Parasitología y Medicina Tropical, VII Curso Internacional de la Sociedad Hondureña de Enfermedades Infecciosas y I Congreso Nacional de Parasitología 2001, Tegucigalpa, Honduras, pág. 98.
 11. CJ Aguilar, E Bu Figueroa y J Alger. Caracterización clínica y epidemiológica de la malaria en una comunidad de la Mosquitia, Honduras. Resúmenes V Congreso Centroamericano de Parasitología y Medicina Tropical, VII Curso Internacional de la Sociedad Hondureña de Enfermedades Infecciosas y I Congreso Nacional de Parasitología 2001, Tegucigalpa, Honduras, pág. 98-99.
 12. Betancourt L, P Osorio, W Umaña, M Enríquez, D Guardiola y J Alger. Situación de la malaria en el Valle del Aguan, Honduras. Resúmenes V Congreso Centroamericano de Parasitología y Medicina Tropical, VII Curso Internacional de la Sociedad Hondureña de Enfermedades Infecciosas y I Congreso Nacional de Parasitología 2001, Tegucigalpa, Honduras, pág. 113-114.

TESIS PARA OPTAR AL GRADO DE DOCTOR EN MEDICINA

1. Benítez Medina JR. Epidemiología del paludismo producido por el *Plasmodium falciparum* en el municipio de Guayape, Olancho. 614.532*B46.
2. Ordoñez Rubio C. Situación de la malaria en la región de la Mosquitia, Honduras, 1985. 614.535*O65.
3. Villafranca Gallegos RI, Wai Chan M. Repercusión del proyecto hidroeléctrico el Cajón sobre la incidencia de la malaria en el Municipio de Victoria, Yoro, 1982 a 1987. 616.9362*V71.
4. Valladares Funez AB, Valeriano Padilla G. Prevalencia de tuberculosis pulmonar y malaria en refugiados nicaragüenses ubicados en El Paraíso, 1986. 616.9952*V17.
5. Díaz Castro EM. Estudios de casos con reacciones secundarias a la administración de drogas antipalúdicas en una campaña de medicación masiva en Yoro, 1985. 16.9362*D546.
6. Rivera Izaguirre O. Comportamiento epidemiológico de la malaria en la comunidad de Wampusirpe, la Mosquitia, Gracias a Dios, 1985. 616.9362*R62.
7. Salgado Elvir LJ. Evaluación del programa de malaria que se ejecutó en el Césamo de Santa Rosa de Copan, período 1984-1985. 614.532*S16.
8. Arana Guillén, Carlos René.: Comportamiento de la malaria en el Municipio de Limón, Depto. de Colón, Período Enero-Diciembre, 1985. 616.9362*A66.
9. Gonzáles Valladares EE. Estudio de la situación actual de la malaria en Tela, 1982. 616.9362*G64.
10. Fernández Suazo RD. Malaria en el embarazo, 1982. 618.9362*F36.
11. Montoya Vargas LA. Revisión de casos de paludismo

- en el Hospital Escuela y Hospital General San Felipe, 1975-1980. 616.9362*M79.
12. Villar Landa MA. Comportamiento del paludismo en la población afluyente al centro de salud de Florida, 1982. 616.9362*V71c.
 13. Meléndez Bardales JH. Prevalencia de malaria y su relación con ciertas variables socioeconómicas en la comunidad de la Entrada, Copán, 1981. 616.9362*M51.
 14. Rosales de Molinero RC. La malaria como problema de salud pública en el área tres de la Región Sanitaria No. Seis, 1979. 616.9362*R68.
 15. Lagos Figueroa, Carlos Humberto "Comportamiento del paludismo en la población de afluencia del centro de salud de Isletas, departamento de Colón, 1978-1979. 616.9362*L17.
 16. Chavarría Rovelo ML. Evaluación del programa de erradicación del paludismo en el municipio de La Libertad, Comayagua, 1979. 616.9362*Ch51.
 17. Bú Figueroa E, Alvarenga Ochoa JC. Estudio clínico-epidemiológico de la malaria en el Bajo Aguan, con énfasis en el sector reformado, 1978. 616.9362*B91.
 18. Fernández Vásquez JA. Estudio de algunos parámetros clínicos e inmunológicos en malaria, 1978. 616.9362*F36.
 19. Matute Rivera RR. Comportamiento del paludismo en cien pacientes pediátricos Hospital Salvador Paredes. Trujillo, Colón. 614.532*M44.
 20. Zúniga Barahona OR. Estudio clínico y laboratorial del paludismo en pacientes de cero meses hasta 15 años de edad, en la población afluyente al centro de salud de Florida de Copan. 616.9362*Z95.
 21. Gabrie Medina ER. Análisis de la situación actual de la malaria en Tela, 1980. 616.9362*G11.
 22. Cardona Padilla E. Incidencia de la malaria en el municipio de Gualaco, Olancho, en el periodo comprendido de marzo de 1987 a marzo de 1988. 616.9362*C26.
 23. Rivera Burgos BD. Estudio comparativo de incidencia de malaria en Tela y Mezapa del Norte, departamento de Atlántida, 1988. 616.9362*R62e.
 24. Cruz López CA. La malaria en honduras y la nueva estrategia para su erradicación, 1970. 616.9362*C95l.
 25. Vásquez Calderon EU. Estudio comparativo de incidencia de malaria en Tela y Mezapa del Norte" departamento de Atlántida, 1989. 616.9362*V33.
 26. Tomé Abarca F. Estudio del paludismo en Amapala, 1960. 616.9362*T65.
 27. Valenzuela Guerrero R. Ensayo de la campaña antipalúdica en la Escuela de Jalteva, 1960. 616.9362*V16.
 28. Lobo Moya GA. Aspectos epidemiológicos de la malaria en el Municipio de Talanga, Francisco Morazán, durante 1980. 1981. 616.9362*L79.
 29. Sánchez Chávez CA. Malaria pediátrica en el Municipio de Sabá, Colón, 1983. 618.929362*S21.
 30. Rosales Montes LA. Incidencia de la malaria en la población pediátrica del Hospital Escuela durante el período 1969-1981. 1983. 618.929362*R78.
 31. Gonzales López DP. Titulación de anticuerpos contra malaria en la comunidad de Florida, Copán medidas por inmunofluorescencia indirecta, 1989. 616.9362*G64t.
 32. Chi Anderson TL. Estudio del paludismo y sus factores condicionantes en el Municipio de Sabá, Departamento de Colón, durante los meses de noviembre de 1988 al mes de abril de 1989. 1989. 616.9362*Ch53.
 33. Barjum Soto SY. Automedicación con cloroquina en la comunidad de Tocoa, Colón, 1989. 615.58*B25a.
 34. Andino Sánchez GM. Malaria en embarazadas, 1984. 616.9362*A52.
 35. Bueso Castillo Claros JA. Dosis oral única en el tratamiento del paludismo agudo 1954. 616.9362*B92.
 36. Rivas B GA. Tratamiento del paludismo en sus formas de plasmodium vivax y falciparum con una sola dosis de camoquin. 1951. 616.935*R61.
 37. Murguía E. Evolución de la malaria en Honduras y algunas consideraciones sobre el problema en la región del Sur del país. 1966. 616.9362*M96.
 38. Sosa Burdet, José Mario. Estudio sobre malaria en la comunidad de San Francisco de Becerra, departamento de Olancho, 1983. 614.532*S71.
 39. Gonzáles Martorell EA. Fracturas de riesgo en el aumento de frecuencia de la malaria en la comunidad de Carbonales municipio de Bonito Oriental, en la comunidad de Dos Bocas, municipio de Santa Rosa de Aguán, y la Cooperativa 25 de abril municipio de Trujillo, Departamento de Colon, Area de Salud No 5, Región Sanitaria No. 6, 1990. 616.9362*G64f.
 40. Valladares Nuñez MA, López Alcántara HR.

- Comportamiento epidemiológico de la malaria en la comunidad de San Manuel, Cortes, en el período de junio del 88 a junio del 89. 1990. 616.9362*V17c.
41. Vides Babún CR. Evaluación del programa de malaria en la Isla Roatan período enero 1988 a diciembre 1990."1991 616.9362.
 42. Ordóñez R ML. Estudio de factores de riesgo que influyen en la incidencia de la malaria en Campo Nuevo, Olanchito, Yoro, del 1 de julio de 1989 al 30 de junio de 1990. 1991. 616.9362*O65.
 43. Cruz CI. Evaluación del programa de control de la malaria en el sector de la Entrada Copán, entre 1986-1990." 616.9362*C95.
 44. Duarte Benítez JM. Diagnóstico de paludismo en la población de macuelizo, Santa Bárbara, 1991. 616.9362*O81m.
 45. Ventura García O, Pineda Rivera MS. Evaluación del Programa de Malaria en el área No 3, Región Sanitaria No. 6, entre 1988 y primer semestre del 1991. 614.532*V46m.
 46. Cruz Aguilar JH. Evaluación del Programa de Malaria en el sector No. 22 Area No 4, Región Sanitaria No. 6 entre 1988 y primer semestre del 1991. 614.532*C95a.
 47. Maldonado Umanzor FA. Evaluación del Programa de Control de la Malaria en el barrio Chamelecón, depto de Cortés entre 1989-1991. 616.9362*M24ch.
 48. Padilla Lobo AA, Valle Jiménez MN. Evaluación del programa de control de la malaria, en el departamento de Gracias a Dios durante los años de 1988-1989, 1990 y primer semestre de 1991. 616.9362*P12g.
 49. González Flores CA; Velásquez Gutiérrez N. Evaluación del programa de malaria en las comunidades de Sabá e Isletas, Colón, Area de Salud No. 4, Región Sanitaria No. 6, comprendido entre 1988 y primer semestre 1991. 614.532*G64sa.
 50. Aguilera Maldonado LC, Paredes Medina CE; Maradiaga Salguero HV. Evaluación del programa de control de la malaria en el municipio de Tocoa, Colón área No4, Región Sanitaria No. 6, de Agosto de 1986 a Agosto de 1991. 1992. 616.9362*A28t.
 51. Pineda Aguilar RM. Evaluación comparativo del programa de malaria de la división de control de vectores durante los meses de enero-octubre de los años 1990 y 1991 en el área 3-A de la región sanitaria. No. 4.1992. 616.9362*P64r.
 52. Chinchilla Rivera, MA. Evaluación del programa para el 51; control de la malaria, en bonito oriental, colón entre enero de 1989 y diciembre de 1991. 1992. 616.9362*CH53b.
 53. Mejía Iris S, Benítez MIA. os barrios San Benito, la tejera y esquipulas de la comunidad de la villa de san Antonio, Comayagua, octubre, 1992 y la formulación de un modelo de ataque al problema de 51; malaria. 1992. 616.9362*M51v.

LISTA DE COTEJO PARA AUTORES

Se recomienda a los autores que someten artículos para publicación en la Revista Médica Hondureña, que hagan una fotocopia de esta lista de cotejo y que la anexen cotejada a su manuscrito dirigido al Consejo Editorial. Esto asegurará que su manuscrito esté en el formato correcto y acelerará el proceso de revisión y publicación. Para mayor información, recomendamos revisar las Instrucciones para Autores en *Revista Médica Hondureña* 1999; 67: 141-155.

GENERALES

- Manuscrito original y dos copias, y archivo en diskette (1.44 MB).
- Impresión en letra de tamaño 12 pt., a doble espacio.
- Páginas separadas para Referencias, Figuras, Cuadros, Leyendas; todo a doble espacio.
- Carta de solicitud de publicación con el nombre, dirección postal, dirección electrónica y teléfono(s) del autor responsable a quien debe dirigirse la correspondencia.
- Grados académicos y afiliación de todos los autores.

TEXTO

- Resumen de 200 palabras máximo, en español y en inglés para los trabajos científicos originales y casos clínicos.
- Títulos en inglés para trabajos científicos originales, casos clínicos.
Palabras clave para los trabajos científicos originales y casos clínicos. Consultar el *Index Medicus* (Biblioteca Médica Nacional) o por Internet a la dirección <http://decs.bvs.br> para seleccionar de 3-5 palabras pertinentes al trabajo.
- Párrafo introductorio que incluye los objetivos del trabajo.
- Secciones separadas para Materiales y Métodos, Resultados y Discusión.
- Párrafo de agradecimiento, incluyendo el reconocimiento de ayuda financiera si así fuese pertinente.
- Referencias citadas por números consecutivos en el texto y la lista de las mismas en el formato solicitado en las Instrucciones para Autores (ver ejemplos en contraportada y en *Revista Médica Hondureña* 1999; 67: 141-155).
- Referencias de revista en formato electrónico deben ser citadas entre paréntesis en el texto. Deben incluir:
Artículo:
Autor. Título. Nombre abreviado de la revista [tipo de soporte] año [fecha de acceso]; volumen (número): páginas. disponible en: <http://www. ...>
Monografía:
Título [tipo de soporte]. Editores o productores. Edición. Versión. Lugar de publicación: editorial; año.
- Las referencias de sitio web deben ser citadas entre paréntesis en el texto y deben incluir la fecha del acceso.
Utilizar las normas del Sistema Internacional de Unidades para las mediciones.

CUADROS Y FIGURAS

- Cada cuadro/figura en páginas separadas, identificadas con el nombre de los autores en la parte posterior.
- Explicación de las abreviaturas.
- Leyendas en páginas separadas.

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), cuyo texto completo es accesible en <http://www.icmje.org>. Una versión en español aparece en la Revista Médica Hondureña 1999; 67: 141-153.

INSTRUCCIONES GENERALES

Ética de Publicación

Los manuscritos enviados para su publicación deberán ser originales. Si alguna parte del material enviado ha sido publicado en algún medio o enviado para su publicación en otra revista, el autor debe hacerlo de conocimiento al Consejo Editorial a fin de evitar publicación duplicada. Los autores deberán familiarizarse con los Requisitos Uniformes de los Manuscritos Propuestos para publicación en Revistas Biomédicas y conocer las convenciones sobre ética de las publicaciones especialmente relacionadas a publicación redundante, duplicada, criterios de autoría, y conflicto de intereses potenciales.

Ética de la Investigación

El Consejo Editorial se reserva el derecho de proceder, de acuerdo a las Normas de Ética del Comité de Ética del Colegio Médico de Honduras y la Oficina de Integridad de la Investigación cuando existan dudas sobre conducta inadecuada o deshonestidad en el proceso de investigación y publicación. Los autores deberán especificar cuando los procedimientos usados en investigaciones que involucran personas humanas siguen los acuerdos de Helsinki de 1975. Para dichos estudios deben obtenerse el consentimiento informado apropiado y así debe ser declarado en el manuscrito. En relación a estudios donde los sujetos son animales estos deben seguir los lineamientos del Consejo Nacional de Investigaciones. Los autores pueden ser llamados a presentar la documentación en la que el manuscrito se basa.

AUTORÍA

Cada uno de los autores del manuscrito se hace responsable de su contenido: a.-Debe asegurar que ha participado lo suficiente en la investigación, análisis de los datos y escritura del artículo como para tomar responsabilidad pública del mismo, b.-Debe hacer constar la participación o patrocinio financiero de organizaciones o instituciones con intereses en el tema del manuscrito, así como todo soporte financiero para realizar la investigación y publicación. Esta información deberá ser incluida en la página del artículo donde va título.

CONSENTIMIENTO DE AUTOR(ES):

El manuscrito debe ser acompañado por una carta de consentimiento firmada por cada autor, donde se establece: 1.-Que el autor ha participado lo suficiente en el trabajo de investigación, análisis de datos y escritura del manuscrito como para aceptar responsabilidad de los escritos en el mismo. 2.-Que ninguna parte del artículo ha sido publicada o enviada para su publicación a otro medio. 3.-Que se han declarado todos los patrocinios económicos si los hubiere. 4.-Que los derechos de autor de todo el documento se transfieren a la Revista Médica Hondureña 5.- Que toda información provista en la lista de cotejo, carta de envío y manuscrito es verdadera.

ENVÍO DEL MANUSCRITO

El manuscrito (original, dos copias en papel y un archivo en diskette), la carta de consentimiento de autores debidamente firmada y la lista de cotejo, deberán ser enviados a:

Secretaría del Consejo Editorial
Revista Médica Hondureña
Colegio Médico de Honduras
Apartado Postal 810
Tegucigalpa, HONDURAS

Nota: Incluir dirección postal o electrónica del autor principal.

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), grado profesional más alto, nombre completo del centro(s) de trabajo y dirección completa del autor responsable de la correspondencia, así como su correo electrónico. 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 (keywords). 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 Serie de Casos Clínicos, Artículos de Opinión, Artículos Especiales 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. Cartas al Editor se publicarán cuando discutan o planteen algún tema de interés general, o bien cuando exista alguna aclaración sobre alguno de los artículos publicados. No se aceptarán artículos que no cumplan los requisitos señalados.

ESTRUCTURA DEL TRABAJO CIENTIFICO ORIGINAL

RESUMEN

El Resumen debe contener el propósito, los métodos, los resultados y las conclusiones. Palabras clave: colocar un mínimo de tres palabras clave. Consultar a <http://decs.bvs.br>

INTRODUCCIÓN

Será lo más breve posible incluyendo las referencias mínimas necesarias en donde se deben señalar los antecedentes, problema investigado y los objetivos de la observación o estudio.

MATERIAL Y MÉTODOS

En esta sección el autor debe describir en detalle 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 presentar de manera objetiva los resultados más importantes de la investigación. Los resultados pueden ser presentados en forma expositiva (en preférito), cuadros o figuras. De preferencia debe presentar los resultados en forma expositiva dejando los datos reiterativos para los cuadros y los que forman tendencias interesantes en figuras. En la medida de lo posible evitar repetir los resultados usando dos o más formas de presentación.

DISCUSION

En esta sección el autor interpreta los resultados estableciendo comparaciones con otros estudios. Además, se debe evaluar y calificar las implicaciones de los resultados, incluyendo las conclusiones y limitaciones del estudio.

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 un mínimo 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 o menos; cuando hay siete o más, se listan los primeros tres seguidos de "et al." Se abrevian los títulos de las revistas de conformidad con el estilo utilizado por *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 y referencias electrónicas sólo figuran en el texto entre paréntesis.

Ejemplos:

1. Tashkin D, Kesten S. Long-term treatment benefits with tiotropium in COPD patients with and without short-term bronchodilator responses. *Chest* 2003;123:1441-1449.
2. Fraser RS, Muller NL, Colman N, Paré PD. Diagnóstico de las enfermedades del torax. Vol 4 4th. ed. Buenos Aires: Editorial Medica Panamericana S.A.;2002.

Las referencias electrónicas deberán colocarse entre paréntesis en el texto y debe contener la siguiente información:

1] Artículo de revista en formato electrónico:
Autor. Título Nombre abreviado de la revista [tipo de soporte] año [fecha de acceso]; volumen (número); página. Disponible en:[http://www...;](http://www...)

Ejemplo:
1. Transmission of hepatitis C virus infection associated infusion therapy for hemophilia. *MMWR* [en línea] 1997 Julio 4 [fecha de acceso 11 de enero de 2001];46(26). URL disponible en:<http://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/00048303.htm>.

2] Monografía en formato electrónico
Título.[Tipo de soporte].Editores o productores. Edición. Versión. Lugar de publicación: Editorial; año.

2. CDI, clinical dermatology illustrated [monograph on CD-ROM]. Reeves JRT, Maibach H. CMEA Multimedia Group, producers. 2nd ed. Versión 2.0. San Diego: CMEA; 1995

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 en forma comprensible, información esencial en término de variables, características o atributos. 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.

CONTENIDO

I.- EDITORIAL	
Las propuestas de reforma neoliberal en salud	
<i>Carlos Godoy Arteaga</i>	64
II.- TRABAJOS CIENTIFICOS ORIGINALES	
1.- Caracterización del trauma abdominal en pacientes geriátricos atendidos en el Hospital Escuela, Tegucigalpa, 2000-2002	
<i>Mario Geovanni Ramírez Zelaya, Francisco Ayes Valladares</i>	66
2.- Evaluación del instrumento PRIME-MD para el diagnóstico de enfermedades mentales en la atención primaria de salud en la Región Sanitaria Metropolitana, Tegucigalpa, 2002	
<i>Diana M. Banegas, Américo Reyes Ticas, Denis Pagett</i>	70
III.- IMAGEN EN LA PRÁCTICA CLÍNICA	
1.- Ureterocele ectópico prolapsado	
<i>José Lizardo Barahona, Gaspar Rodríguez</i>	78
IV.- CASO CLÍNICO	
1.- Hiploglicemia hiperinsulinémica persistente de la infancia	
<i>Karla P. Escolán R., Guillermo Villatoro, Walter Moncada, César Zavala, José Ranulfo Lizardo</i>	79
2.- Síndrome de Eagle	
<i>Humberto Su, Lucas Zelaya, Benjamín Cano</i>	83
V.- REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA	
3.- Sepsis y respuesta inmune	
<i>Oscar Díaz Pineda, Ana Josefa Ramos Rivera</i>	87
VI.- ARTÍCULO ESPECIAL	
1.- El desarrollo de los trabajadores en la reforma del Sector Salud	
<i>Jorge Haddad Quiñónez</i>	91
VII.- AD LIBITUM	
1.- 60 Años del Hospital Infantil de México “Federico Gómez”	
<i>José Lizardo Barahona</i>	98
VIII.- HISTORIA DE LA MEDICINA HONDUREÑA	
1.- Promociones Médicas 1957-1958	
<i>Julio Alberto Bourdeth Tosta, Heglá Varinia Izaguirre B.</i>	100
IX.- ACTUALIZACIÓN BILIOGRÁFICAS, SITIOS WEB Y REFERENCIAS LOCALES	
1.- Malaria	104

“Facetas en bronce”

Autor: Dr. Kenneth Vittetoe Bustillo

Técnica: Oleo sobre tela

El doctor Kenneth Vittetoe B. se graduó de médico en 1971. Realizó estudios de Psiquiatría y Psiquiatría Infantil en el “Warren State Hospital” Pennsylvania y el Hospital y Clínicas afiliadas a la Universidad del Sur de la Florida, Estados Unidos de América. Posteriormente se incorpora como docente de la Universidad Nacional Autónoma de Honduras, siendo actualmente Profesor Titular III del Departamento de Psiquiatría de la Facultad de Ciencias Médicas. El Dr. Vittetoe se ha dedicado principalmente a la docencia e investigación y al ejercicio de su especialidad. Su actividad pictórica se inicia desde 1959, tomando algunos cursos libres en Venezuela. Obtuvo en 1964 el Primer Premio en la categoría autodidacta en la exposición patrocinada por la Universidad Nacional Autónoma de Honduras. Posteriormente participó en exposiciones de pintores hondureños en Nueva York, Washington y Boston. Fue invitado especial a la exposición Bienal de Sao Paulo en 1967. El Dr. Vittetoe plasma su espíritu artístico en pinturas de colorido intenso y estilo abstracto.