



PUBLICACION CIENTIFICA
DEL COLEGIO MEDICO
DE HONDURAS

Revista MEDICA Hondureña

ISSN 0375-1112

VOLUMEN 72 - No. 2 Abril, Mayo, Junio, 2004





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

Revista **MEDICA** Hondureña

Vol. 72, No. 2 Abril, Mayo, Junio 2004 pp. 83-124

CONSEJO EDITORIAL

CECILIA E. VARELA MARTÍNEZ
DIRECTORA

NICOLÁS SABILLÓN VALLECILLO
SECRETARIO

CUERPO DE REDACCIÓN

JACKELINE ALGER
GUSTAVO ÁVILA
EFRAÍN BU FIGUEROA
RUBÉN ELVIR MAIRENA
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
Correo electrónico: cmhhon@yahoo.com

EDITORIAL

La epidemia del tabaco y la firma del tratado marco

Hace más de 40 años que fue publicado el primer reporte de los Cirujanos Generales de Estados Unidos sobre el Tabaquismo como causa de tres enfermedades: cáncer de pulmón, cáncer de laringe y bronquitis crónica. Posteriormente se informó sobre su clara relación con enfermedades vasculares, sus efectos sobre la capacidad reproductiva, sobre neoplasias de la boca, esófago y vejiga. También se reconoce su naturaleza adictiva debido a la presencia de la nicotina, y su efecto nocivo en prácticamente cada órgano del cuerpo humano debida a la presencia de cerca de 4,000 sustancias contenidas en el humo del cigarrillo. El último reporte de los cirujanos de Estados Unidos relaciona el tabaquismo con otras enfermedades como leucemia, cataratas, neumonías, cáncer de cervix, estómago, páncreas y riñones. Hoy por hoy el tabaquismo es considerado como la principal causa de muerte prevenible originada por agente no infeccioso. Los efectos nocivos de tabaquismo no sólo se producen en los fumadores sino que también se reconoce el aumento de riesgo de padecer ciertas enfermedades respiratorias y neoplásicas entre los fumadores pasivos

La industria del tabaco es sólo productiva para los dueños de los grandes consorcios. Aún en aquellos países con producción tabacalera, las pérdidas son mayores que los ingresos. Además de las pérdidas directas por los costos de cuidado médico, el efecto sobre la calidad de vida, debe mencionarse los costos indirectos por el daño al medio ambiente, pérdida de días laborales y de años productivos por muertes prematuras.

Es precisamente por el reconocimiento del daño que el tabaquismo produce, que en los países industrializados se iniciaron campañas antitabáquicas hace varias décadas, en tal medida que sus ventas e índices de consumo de tabaco han ido progresivamente disminuyendo. En consecuencia, las compañías tabacaleras han dirigido su interés en aumentar el consumo de tabaco en los países pobres, que tienen menos regulaciones respecto a la venta y consumo de estos productos. La publicidad dirigida a los y las jóvenes, utilizan a la mujer y al deporte para estimular el consumo, han sido poco controladas en los países en desarrollo. La mayoría de los estudios internacionales y los realizados en nuestro país por IHADFA (Instituto hondureño para la prevención de la drogadicción farmacodependencia y alcoholismo), CONACTA (Comisión Nacional contra el Tabaquismo) tesis doctorales informan que los fumadores inician este "hábito" en la adolescencia, así que la población joven es especialmente vulnerable a éstas campañas publicitarias.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) reconoce al tabaquismo como una enfermedad, como una drogadicción ya que produce dependencia, tolerancia, síndrome de abstinencia, con incalculables efectos nocivos sanitarios, sociales, ambientales y económicas. Reconoce que la "propagación de la epidemia de tabaco es un problema mundial que requiere la más amplia cooperación internacional posible y la partici-

pación de de todos los países en una respuesta internacional eficaz, apropiada y coordinada" y propone a los gobiernos de todos los países miembros de la OMS , y de la ONU compromiso firme para establecer y respaldar medidas multisectoriales y repuestas coordinadas que reduzcan de manera continua y sustancial la prevalencia del consumo de tabaco y la exposición al humo de tabaco. Las medidas contenidas en el Convenio Marco para el Control del Tabaco se refieren entre otros a los siguientes aspectos:

- 1.- Medidas relacionadas con la reducción de la demanda de tabaco:
 - a.- Relativas al precio e impuestos al tabaco
 - b.- Medidas para la protección contra la exposición al humo de tabaco (lugares libre de humo de tabaco, regulación del contenido de los productos de tabaco)
 - c.- Reglamentación del contenido y sobre la divulgación de información del producto de manera que no se transmita información equivocada (bajo contenido de alquitrán, cigarrillos suaves), advertencias sanitarias con visibilidad (mayor del 30% de la etiqueta)
 - d.- Medidas para promover y fortalecer la concientización del público acerca de las cuestiones relativas al tabaco y sus efectos nocivos.
 - e.- Medidas legislativas, ejecutivas, administrativas y otras para restringir la publicidad, la promoción y el patrocinio del tabaco.
 - f.- Medidas para facilitar el tratamiento de la dependencia y promover el abandono del tabaco.
2. Medidas para reducir la oferta de tabaco
 - a.- Eliminación del comercio ilícito.
 - b.- Prohibición de venta a menores .
- 3.- Protección del medio ambiente respecto al cultivo
- 4.- Cuestiones relacionadas con la responsabilidad e indemnización
- 5.- Cooperación técnica y científica para promover la investigación y comunicación de información.

En el año 2001 el Colegio Médico de Honduras invitó a la conformación de la Alianza antitabáquica con la participación de diversas instituciones organizaciones gubernamentales y no gubernamentales a fin de desarrollar estrategias y actividades multisectoriales coordinadas y continuas de lucha antitabáquica. En junio del 2004 el Colegio Médico de Honduras coordinó la estrategia para lograr que el gobierno adoptara el compromiso y firmara el Convenio Marco para el Control del Tabaco. El gobierno deberá todavía ratificar dicho compromiso con la salud.

Cecilia Varela M.
Directora Revista Médica Hondureña

Brote de gastroenteritis por *Salmonella enteritidis* entre trabajadores de maquila en Naco, Honduras

Outbreak of gastroenteritis by Salmonella enteritidis among maquila workers in Naco, Honduras

Gustavo Adolfo Avila Montes*, Nelly Amador†, Reniery España‡, Virginia Rostrán†, Julio Orellana§, Marco Pinel Vallecillo||, Luis Gerardo Castellanos¶, Delia Tercero**, Orlando Solórzano Girón|| y Marco Tulio Carranza||

RESUMEN. OBJETIVOS. Identificar los factores de riesgo, la fuente de infección y el agente causal de un brote de gastroenteritis aguda declarado en una maquila situada en Naco, Quimistán, Honduras, y adoptar medidas de control inmediatas. **MÉTODOS.** Se efectuó un estudio de casos y controles entre los obreros de la maquila y se efectuaron coprocultivos en 17 pacientes. Se revisó el proceso de preparación de los alimentos servidos dentro de la maquila el día del brote, y se realizaron análisis químico y bacteriológico de la fuente de agua de la maquila y de muestras de alguno de los alimentos consumidos ese día. Se realizaron inspecciones de la cocina y de la granja avi-

cola que proveía la carne de aves de corral. **RESULTADOS.** En total se incluyó a 497 obreros que fueron entrevistados durante la investigación. Entre el 28 y el 30 de junio de 1999 se notificaron 281 casos, con una tasa de ataque de 56.5%. La media de edad de los casos fue de 24.2 años. En el cuadro clínico predominó: Cefalea (86.1%), fiebre (84.0%), dolor abdominal (82.9%) y diarrea (75.8%). La mediana del período de incubación fue de 19 horas. Solamente un paciente requirió ser hospitalizado y la evolución de todos los afectados fue satisfactoria. En siete de 17 coprocultivos realizados se aisló *Salmonella enteritidis*. Se encontró una asociación entre el consumo del pollo servido en el almuerzo y la cena del día 28, con la ocurrencia de casos [Razón de posibilidades (OR) = 4.32, IC95% 1.88 a 10.21]. La inspección de la granja avícola que proveía la carne de aves de corral indicó prácticas rudimentarias de faenado que favorecían la contaminación de la carne de pollo. La revisión del manejo y manipulación del pollo en la cocina de la maquila reveló que la refrigeración se efectuaba a una temperatura subóptima consistente con la proliferación bacteriana. **CONCLUSIONES.** Los hallazgos clínicos, epidemiológicos y laboratoriales fueron consistentes con el patrón de un brote de gastroenteritis aguda causada por *Salmonella enteritidis*. Se sugiere normatizar un sistema de control de calidad continua

1 Trabajo galardonado por el Colegio Médico de Honduras, Premio en Ciencias Médicas Básicas 2001 "Dr. PhD Roberto Pascual Sosa Mendoza".

* Médico con Maestría en Ciencias de la Salud y Diplomado en Medicina Tropical e Higiene (Gorgas 2003), Región Sanitaria Metropolitana, Tegucigalpa. La correspondencia relacionada con el presente artículo debe ser dirigida a avilag1@tutopia.com

† Microbiólogas, Región Sanitaria III, San Pedro Sula.

‡ Médico con Maestría en Salud Pública, Región Sanitaria III, San Pedro Sula.

§ Técnico en Salud Ambiental, Región Sanitaria III, San Pedro Sula, Médicos con Maestría en Salud Pública. Dirección General de Vigilancia de la Salud, Secretaría de Salud, Tegucigalpa, Honduras

¶ PhD en Epidemiología, Organización Panamericana de la Salud, Brasilia, Brasil.

|| Médicos con maestrías en Salud Pública, Dirección General de Vigilancia de la Salud. Secretaría de Salud. Tegucigalpa, Honduras.

** Médica con Maestría en Salud Pública, Región Sanitaria III, San Pedro Sula.

Dirigir correspondencia a: Dr. Gustavo Ávila Montes, correo electrónico: avilag1@tutopia.com

en la cadena de producción de alimentos servidos en este tipo de locales.

Palabras clave: Gastroenteritis. Infecciones por *Salmonella*. *Salmonella enteritidis*.

ABSTRACT. OBJECTIVES. To identify risk factors, source of infection and the etiological agent of an acute gastroenteritis outbreak occurred in a maquila located in Naco, Quimistán, Honduras and, to take control measures. **METHODS.** A case control study was carried out among the maquila workers and stool cultures were taken in 17 patients. The food preparation process during the outbreak day was reviewed, and simultaneously bacteriological and chemical analysis of the water source in the maquila, and some food ingested the day of the outbreak were done. Environmental inspections of the kitchen area and poultry farm were carried out. **RESULTS.** 497 workers were interviewed during the research. From June 28 to 30, 1999 were reported 281 cases, their age average was 24.2 years. The attack rate was 56.5%. The clinical pattern was characterized by the following symptoms: headache (86.1%), fever (84.0%), abdominal pain (82.9%) and diarrhea (75.8%). The median duration of the incubation period was 19 hours. Only one patient required hospitalization and all of them recovered. *Salmonella enteritidis* was isolated in 7 of the 17 stool cultures performed. A statistical association was found between the illness and consumption of fried chicken prepared the day of the outbreak (OR = 4.32, CI95% 1.88-10.21). The environmental inspections of the poultry farm showed rudimentary slaughtering practices that favor the contamination of the chickens. The inspection at the cafeteria revealed that refrigeration of the chicken was at suboptimal temperature that could favored the salmonella proliferation. **CONCLUSIONS.** The clinical, epidemiological, and laboratorial findings were consistent with the salmonellosis outbreak pattern. It is suggested to standardize a continuous quality control system that starts from the food production site until its delivery to the final consumer.

Keywords: *Gastroenteritis*. *Salmonella enteritidis*. *Salmonella infections*.

Los brotes de enfermedades transmitidas por alimentos son un importante problema de salud pública cuya magnitud ha ido en incremento en los últimos años. En los Estados Unidos se estima que cada año ocurren cerca de 6,5 millones de casos de infecciones gastrointestinales y 9,000 defunciones a consecuencia de las enfermedades transmitidas por alimentos.¹

La mayoría de estos brotes son causados por serotipos paratifoideos de *Salmonella* y *Campylobacter jejuni*.²⁻⁸ Durante el período 1973-1987, la *Salmonella* fue la causa más frecuente de brotes transmitidos por alimentos en los Estados Unidos siendo responsable en forma directa del 28% de los mismos, y estuvo asociado en el 45% de los casos.⁹ La *Salmonella enteritidis* ha sido caracterizado como el serotipo predominante en estos brotes y ha ido extendiéndose progresivamente a otras regiones del mundo.^{10,11}

La efectiva prevención de las enfermedades transmitidas por alimentos requiere comprender y reconocer que la contaminación puede ser introducida a los alimentos a lo largo de diferentes puntos de la cadena de producción.⁸ La falta de estrictas medidas de supervisión y control crea las condiciones adecuadas para la generación de los brotes de intoxicación alimentaria. En Honduras, no se habían realizado adecuados estudios de los brotes de enfermedades transmitidas por alimentos y se está en proceso de incorporar dentro del sistema de notificación la vigilancia de este problema.

En el presente artículo se describe un brote de gastroenteritis causado por *Salmonella enteritidis* entre los trabajadores de una maquila, que de acuerdo con los hallazgos clínicos, epidemiológicos y laboratoriales fue provocado por la ingestión de pollo contaminado. La maquila estaba localizada en la aldea de Naco, municipio de Quimistán, Honduras. El objetivo del estudio fue identificar los factores de riesgo, determinar la fuente de infección y el agente causal, y adoptar medidas para prevenir la ocurrencia de nuevos brotes.

MATERIALES Y MÉTODOS

El día 30 de junio de 1999, el Área Metropolitana de la Región III, informó al Departamento de Epidemiología

Regional de haber atendido el día anterior en el Centro de Salud de Naco, Departamento de Santa Bárbara, a obreros de un parque industrial cercano (maquila) que presentaban un cuadro gastroentérico caracterizados por cefalea, fiebre, dolor abdominal, diarrea, vómitos y náuseas. El reporte indicaba que los enfermos habían debutado con síntomas la noche del día 28 de junio. En la mañana del día 29 al iniciar las actividades laborales, un gran número de operarios se presentó a la estación de enfermería de la empresa con un cuadro gastroentérico. Aquellos operarios que no se presentaron al trabajo acudieron por asistencia médica al Centro de Salud de Naco. El parque industrial estaba ubicado en las cercanías del centro de Salud y sus trabajadores procedían de diferentes comunidades ubicadas en los alrededores. Se trata de una zona rural agroindustrial, situada a unos 20 Km. de la ciudad de San Pedro Sula. La maquila tenía dos turnos de trabajo: matutino (06:00 a 14:50) y vespertino (14:50 a 23:15), y los trabajadores tomaban sus alimentos en la cafetería la cual preparaba un solo menú del día.

La población del estudio estuvo integrada por 517 obreros de ambos turnos de trabajo que tuvieron en común la ingesta de los alimentos el día del brote. Para recabar la información necesaria se diseñó una encuesta epidemiológica en la cual se obtuvieron datos de filiación de los casos y controles, turnos de trabajo, hora de consumo de alimentos, fecha de inicio de los síntomas, síntomas presentados, y el consumo de alimentos y agua el día 28 de junio.

La definición de caso utilizada fue la siguiente: "toda persona que el día 28 de Junio, tomó su almuerzo y/o cena en el comedor de la maquila, y que presentó en las cuarenta y ocho horas siguientes un cuadro gastroentérico caracterizado por los siguientes síntomas, cefalea, fiebre, dolor abdominal y diarrea (dos o más episodios al día) que podría acompañarse de náuseas y vómitos". Los controles fueron los miembros de la población en estudio que tomaron sus alimentos en la misma fecha pero que no presentaron síntomas.

El equipo investigador recogió 9 muestras de heces para coprocultivo de pacientes enfermos que estaban siendo atendidos en la estación de enfermería dentro de la maquila el día 30; adicionalmente el servicio médico de la empresa tomó 8 coprocultivos de pacientes el día 29 que fueron enviados a dos laboratorios privados. Una de las

muestras fue enviada al Laboratorio Central de la Secretaría de Salud para realizar estudios de tipificación de la especie.

Se inspeccionó el área de la cocina de la maquila y se revisó la rutina de manejo y preparación de los alimentos. Se tomaron hisopados faríngeos, nasales, rectales y de manos del personal de la cocina (12 operarias) los que fueron analizados en el laboratorio del centro de salud Miguel Paz Barahona. También se tomaron hisopados de manos y rectales a 5 cocineras que elaboraban las tortillas que se vendían diariamente a la maquila las que fueron analizadas en el laboratorio del Hospital Regional del lugar.

El equipo investigador inspeccionó el tanque de almacenamiento de agua de la maquila que era completamente hermético. La maquila se abastecía mediante un pozo perforado por bombeo. Esta agua era utilizada para labores de limpieza y aseo dentro de la empresa únicamente. Se tomaron muestras de agua de un pozo de una unidad militar colindante y de dos viviendas ubicadas en la localidad de Naco las cuales fueron examinadas por el laboratorio de la División Municipal de Aguas de San Pedro Sula. Personal de un laboratorio privado tomó muestras el día 29 de agua del pozo, grifo de la cocina y agua de 2 oasis (dispensadores de agua purificada) ubicados dentro de la empresa para el consumo de los trabajadores. Asimismo, se tomaron muestras de algunos de los alimentos servidos el día del brote ya que no fue posible recuperar restos de todo el menú servido.

Se realizó también una inspección sanitaria a la granja avícola del proveedor de carne de aves de corral de la cocina de la maquila. Se tomaron muestras de heces y de las vísceras de algunas de las aves sacrificadas. También se realizaron hisopados rectales a las manipuladoras de las aves.

Para el análisis epidemiológico se empleó el programa Epi Info (versión 6.04 ab) para calcular las tasas de ataque y las razones de posibilidades (OR, en inglés odds ratio) como medida de la fuerza de asociación entre los factores de exposición y la enfermedad, así como los intervalos de confianza de 95% (IC95%) correspondientes por el método exacto.

RESULTADOS

Investigación epidemiológica

Se realizaron en total 517 encuestas, que representaron 56.1% de la población del estudio. 20 encuestas fueron descartadas porque no se ajustaban a la definición de caso. Se detectaron 281 casos, con una tasa de ataque de 56.5%, y 216 controles. La media de edad de los casos fue de 24.2 (rango: 18-45 años). Los casos se presentaron entre el día 28 y 30 de junio, habiéndose manifestado los primeros siete casos a las 13 horas del día 28. En la figura No. 1 se representa la curva epidémica de los casos.

El cuadro clínico de los 281 casos fue moderado a severo, y se caracterizó por la presencia de cefalea (86.1%), fiebre (84.0%), dolor abdominal (82.9%), diarrea (75.8%), náuseas (57.7%) y vómitos (55.5%). Todos los pacientes evolucionaron hacia la mejoría de sus síntomas en un período de 48 horas. Solo un caso fue hospitalizado debido a su estado de deshidratación. La mediana del período de incubación fue de 19 horas (rango: 1-44 horas), estimándose que las 11:00 horas del día 28 fue el primer momento de exposición al alimento contaminado.

El cuadro No. 1 presenta el consumo de alimentos y agua por los casos y controles el día 28 de junio. Sólo el consumo de pollo frito se asoció con los casos (OR = 4.32; IC95% 1.88 a 10.21). Dos de los pacientes informaron que llevaron porciones del pollo servido a su casa y lo brindaron a dos familiares los que desarrollaron similar cuadro clínico.

Se aisló *Salmonella* spp. en 7 de 17 muestras obtenidas para coprocultivos de los casos agudos. Una de las muestras fue enviada al Laboratorio Central del país en Tegucigalpa, donde se tipificó *Salmonella enteritidis*. Se aisló *S. aureus* de las manos de tres manipuladores de alimentos de la cocina y el resto de los exámenes practicados fue negativo. Los exámenes realizados al personal que elaboraba las tortillas en la aldea de Naco, no revelaron crecimiento de bacterias patógenas.

Inspección de la cocina

Las instalaciones de la cocina de la maquila eran modernas e higiénicas. Todos los empleados de la cocina usaban guantes y gorros en la preparación de los alimentos. Se observó que con el mismo cuchillo que usaban para cortar y servir los alimentos y carnes crudas también preparaban los vegetales y alimentos ya cocidos. Toda la comida era preparada en la cafetería y únicamente las tortillas eran compradas a un proveedor externo de la localidad de Naco. No se tenía como norma conservar una "muestra testigo" de alimentos del día anterior.

En cuanto al manejo y preparación del pollo se informó que el producto era recibido a las 15:00 hrs. manteniéndose en descongelación hasta las 18:00 horas, de donde se transfería al cuarto frío en el cual era colocado en dos grandes depósitos de cartón comprimido con capacidad para almacenar 75 pollos cada uno. El producto permanecía toda la noche en este cuarto a una temperatura de 13° C. Al día siguiente era retirado para comenzar la preparación e introducirlo posteriormente a la freidora donde era cocinado por 17 min. a 140° C. Al cabo de ese

Cuadro No. 1. Consumo de alimentos y agua en las comidas de los casos y controles durante el día 28 de junio de 1999, Naco, Honduras.

Alimentos y agua	CONSUMO						
	Casos (n = 281)		Controles (n = 216)		OR Razón de posibilidades	IC95% ^a	Valor de p
	Si	No	Si	No			
Pollo frito	272	9	189	27	4.32	1.88-10.21	0.00015
Arroz	239	42	189	27	0.81	0.47-1.42	NS ^b
Ensalada	243	38	178	38	1.37	0.81-2.30	NS
Agua purificada	190	91	135	81	1.25	0.85-1.86	NS
Agua del grifo	11	270	14	202	0.59	0.24-1.42	NS
Tortilla	242	39	188	28	0.92	0.53-1.61	NS
Puré de papas	232	49	174	42	1.14	0.70-1.86	NS

^a IC95% = Intervalo de confianza de 95%.

^b NS = No significativo

período era sacado y escurrido para luego ser enviado en bandejas al mantenedor a 120° Fahrenheit (48.8° Celsius), donde se conservaba por una hora hasta el momento en que era servido en el tiempo del almuerzo (11 a 13 horas) y luego se conservaba por 7 horas para ser servido en la cena del mismo día (17 a 18:30 hrs.). Con el resto de alimentos servidos el día del brote no se detectaron problemas en su preparación.

Inspección de la granja avícola

La inspección de la granja avícola reveló que el proceso de sacrificio y preparación de los animales era rudimentario. Esta operaba sin licencia sanitaria. En la granja trabajaban tres operarias que no disponían de equipo de protección para la manipulación de las aves. El área de sacrificio de los animales estaba localizada a 1.50 metros del galpón más cercano.

Se pudo observar durante el proceso de sacrificio y preparación de los pollos, que una vez que eran limpiados y eviscerados, se sumergían en recipientes con agua a temperatura ambiente (26.7° C), donde permanecían por espacio de seis horas para posteriormente ser revisado y empacados en la misma área donde fue eviscerado y, luego eran enviados al congelador.

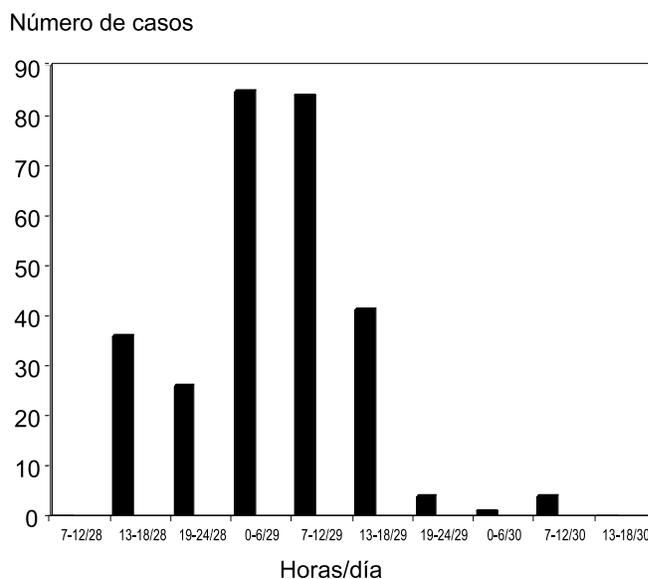
Los resultados de los exámenes practicados a las muestras de heces de pollos muertos (3), vivos (2), muestras de intestino (4) e hisopados rectales realizados a las operarias no revelaron crecimiento de bacterias patógenas.

Análisis de agua y alimentos

En 3 de 4 muestras de agua tomadas en la maquila se identificaron coliformes fecales por fuera de la norma técnica nacional para la calidad del agua potable y la otra muestra reportó coliformes totales. Asimismo, se identificaron coliformes fecales en las muestras de agua tomadas en viviendas de la localidad de Naco.

Los estudios microbiológicos realizados por un laboratorio privado a la comida servida el día 28 de junio revelaron lo siguiente: la muestra de arroz presentó recuentos de *Staphylococcus aureus*, coliformes totales y fecales elevados. En la muestra de pollo frito no se observó crecimiento de las bacterias investigadas. En las muestras de tortillas y ensaladas no se aislaron bacterias patógenas.

Figura No. 1. Curva epidémica de brote de *Salmonella* enteritidis. Naco, Honduras, junio de 1999.



DISCUSIÓN

Los resultados indican que en la cafetería de la maquila se produjo un brote gastroentérico de probable etiología alimentaria. Se encontró una asociación en la ingesta de pollo frito servido el día 28 de junio tanto en el almuerzo como en la cena con el estado de caso. No se pudo aislar la *Salmonella* de las pocas piezas de pollo frito que fueron servidos el día del brote, sin embargo los hallazgos clínicos, epidemiológicos, resultados laboratoriales fueron consistentes para incriminarlo como el alimento responsable de este evento.

Aunque en el agua de consumo se encontró amplia evidencia de contaminación fecal, se descartó como vía de transmisión de la *Salmonella* ya que no se pudo aislar esta bacteria y por otro lado, los brotes epidémicos de transmisión hídrica por *Salmonella* son raros, a excepción de los originados por *Salmonella typhi*.¹² Por otro lado, la investigación demostró que la posibilidad de desarrollar una contaminación cruzada era grande, ya que se aisló *Staphylococcus aureus* de la mano de tres cocineras lo que aunado al manejo inadecuado que tenía el pollo previo a su consumo potenció aún más el riesgo de crecimiento de organismos patógenos.

Es conocida la asociación existente entre los huevos o productos avícolas contaminados o inadecuadamente preparados y cepas de *Salmonella*.¹³⁻¹⁶ En el presente trabajo se identificaron los siguientes factores que pueden explicar el crecimiento de la bacteria a un nivel que incrementó su capacidad infectante que para un adulto se estima en 106 bacterias (Ref. 17):

- Técnicas rudimentarias de faenado del pollo en la granja avícola ya que el mismo entraba en contacto con las vísceras intestinales durante la etapa de limpieza, lo que incrementaba el riesgo de contaminación cruzada por salmonelas que generalmente están presente en el tracto digestivo y que ha sido descrito en la literatura.¹⁸ Otros autores han reportado presencia de *S. enteritidis* en partículas de polvo del piso y en el aire de los galpones lo que evidencia la regularidad de esta bacteria en los sitios de cría de aves de corral.^{19,20}
- Refrigeración inadecuada del pollo crudo a 13° C durante la noche en la cocina de la maquila considerado el paso de contaminación que permitió la reproducción de la bacteria en el alimento.²¹

Otros elementos que reforzaron estos hallazgos fue el antecedente de un episodio previo tres semanas antes del presente brote asociado a la misma comida que afectó a 60 empleados de ambos turnos que sufrieron un cuadro gastroentérico de similares características clínicas al presente y la ocurrencia de casos en personas de la comunidad al consumir piezas de pollo procedente de la cafetería de la maquila que llevaron 2 empleadas a sus casas el día del brote.

El pollo fue el único alimento en el que se encontró una asociación estadística con el estado de caso. Una fuerte limitante fue la imposibilidad de aislar la bacteria tanto del alimento incriminado como de los pollos en la granja avícola lo que le resta rigurosidad al estudio. Tampoco fue posible determinar la relación dosis-respuesta entre el consumo de pollo y la aparición de la enfermedad en el presente brote. Es conocido que la dosis ingerida es un importante determinante del período de incubación, los síntomas y la severidad de los episodios agudos. Entre 118 casos que completaron un cuestionario de seguimiento en los Estados Unidos, un incremento en la

dosis-respuesta se asoció con mayor pérdida de peso en kilogramos, máximo número diario de evacuaciones y mayor número de días en reposo.²²

RECOMENDACIONES

Al personal de la cocina

- Mantener el enfriamiento del cuarto frío en un rango de temperatura de 0 a 5°C como establece la norma.
- Refrigerar los alimentos en recipientes pequeños y evitar la refrigeración de gran cantidad de producto en recipientes grandes ya que esto incrementa la temperatura de los productos ubicados lejos de la superficie externa.
- Excluir temporalmente de la manipulación de alimentos a las personas con heridas o lesiones dérmicas, o exigir el uso de equipo de protección en estos manipuladores.
- Disminuir al mínimo absoluto el tiempo de manipulación de alimentos (desde su preparación inicial hasta su consumo) de manera que no exceda de cuatro horas a la temperatura ambiente.
- Exigir a los proveedores que tengan su licencia sanitaria vigente y registro del productor.
- Usar solamente agua potable para la preparación de los alimentos.
- Mantener una muestra del menú servido durante 24 horas ante la posibilidad de presentarse futuros brotes.
- Educación sanitaria del personal de la cocina sobre la manipulación adecuada de los alimentos.

A la gerencia de la empresa

- Limpieza y desinfección del pozo de agua y del tanque de almacenamiento cada 15 días máximo.
- Limpieza y desinfección de los oasis de agua en forma periódica.

Al proveedor de aves de corral

- Implementar un sistema de sacrificio y preparación de aves de corral que cumpla con las normas establecidas.
- Tramitar licencia sanitaria ante las autoridades sanitarias correspondientes y registro del productor.

El control de la salmonelosis tiene que ser llevado a cabo como una acción concertada a lo largo de la cadena alimenticia, comenzando en las granjas avícolas y continuando con la aplicación de puntos críticos de control a cada paso de la producción y procesamiento de alimentos hasta que llegue al consumidor final.^{8,23}

Agradecimientos. Los autores agradecen al personal de salud de la Región III y del Área Metropolitana que colaboró en el trabajo de recolección de los datos. Asimismo se agradece al Dr. Manuel Sierra y Fidel Barahona por la cuidadosa revisión técnica del manuscrito. Esta investigación recibió financiamiento del Gobierno del Reino Unido a través de la Organización Panamericana de la Salud.

REFERENCIAS

- Bennet JV, Holmberg SD, Rogers MF, Solomon SL. Infections and parasitic diseases. In: Amter RW, Dull HB, eds. Closing the gap: the burden of unnecessary illness. Am J Prev Med 1987;3(Suppl):102-114.
- Delarocque-Astagneau E, Desenclos JC, Bouvet P, Grimont PA. Risk factors for the occurrence of sporadic *Salmonella enterica* serotype enteritidis infections in children in France: a national case-control study. Epidemiol Infect 1998 Dec;121(3):561-567.
- St Luis ME, Morse DL, Potter ME, DeMelfi TM, Guzewish JJ, Tauxe RV, Blake PA. The emergence of grade A eggs as a major source of *Salmonella enteritidis* infections. New implications for the control of salmonellosis. JAMA 1988 Apr 8;259(14):2103-2107.
- Morse DL, Birkhead GS, Guardino J, Kondracki SF, Guzewish JJ. Outbreak and sporadic egg-associated cases of *Salmonella enteritidis* New York's experience. Am J Public Health 1994 May;84(5):859-860.
- Lewis DA, Paramathasan R, White DG, Neil LS, Tanner AC, Hill SD, Bruce JC, Stuart JM, Ridley AM, Threlfall EJ. Marshmallows cause an outbreak of infection with *Salmonella enteritidis* phage type A. Commun Dis Rep CDR Rev 1996 Dec 6;6(13):R183-186.
- Schmid H, Burnens AP, Baumgartner A, Oberreich J. Risk factors for sporadic salmonellosis in Switzerland. Eur J Clin Microbiol Infect Dis 1996 Sep;15(9):725-732.
- Hennesy TW, Hedberg CW, Slutsker L, White KE, Besser-Wiek JM, Moen ME, Feldman J, Coleman WW, Edmonson LM, MacDonald KL, Osterholm MT. A national outbreak of *Salmonella enteritidis* infections from ice cream. N Eng J Med 1996 May 16;334(20):1281-1286.
- White PL, Baker AR, James WO. Strategies to control *Salmonella* and *Campylobacter* in raw poultry products. Rev Sci Tech 1997 Aug;16(2):525-541.
- Bean NH, Griffin PM. Food borne disease outbreaks in the United States 1973-1987: pathogens, vehicles and trends. J Food Protect 1990;53:804-817.
- Rodrigue DC, Tauxe RV, Rowe B. International increase in *Salmonella enteritidis* a new pandemic? Epidemiol Infect 1990 Aug;105(1):21-27.
- United States of America, Centers for Disease Control and Prevention. *Salmonella* surveillance report: annual summary. Atlanta. CDC; 1990.
- Pac Sa MR, Arnedo A, Benedicto J, Arranz A, Aguilar V, Guillén F. Brote epidémico por *Salmonella richmond* en Castellón, España. Rev Panam Salud Pública.1998;3(2):96-101.
- Peresi JT, Almeida IA, Lima SI, Marquez DF, Rodrigues EC, Fernandes SA, Gelli DS, Irino K. Surtos de enfermedades transmitidas por alimentos causados por *Salmonella enteritidis* Rev Saude Publica 1998 Oct;32(5):477-483.
- Trepka MJ, Archer JR, Altekruze SF, Proctor ME, Davis JP. An increase in sporadic and outbreak-associated *Salmonella enteritidis* infections in Wisconsin: The role of eggs. J Infect Dis 1999 Oct;80(4):1214-1219.
- Dorronsoro I, Sarasqueta R, Perfecto B, Gonzalez AI. Epidemiología de gastroenteritis por *Salmonella* (1983-1994) Enferm Infecc Microbiol Clin 1996 Dec; 14(10):604-607.
- Mishu B, Griffin PM, Tauxe RV, Cameron DN, Hutcheson RH, Schaffner W. *Salmonella enteritidis* gastroenteritis transmitted by intact chicken eggs. Ann Intern Med 1991; 1;115(3):190-194.
- Baird-Parker A. Food borne salmonellosis. Lancet 1990;336:1231-1235.
- Zwaddyk P. Enterobacteriaceae: general characteristics. In: Joklik W, Willett H, Amos D, Wilfert C, eds. Zinsser Microbiology. Norwalk: Appleton and Lange;1988. p. 459-472.
- Davies RH, Wray C. Persistence of *Salmonella enteritidis* in poultry units and poultry food. Br Poult Sci 1996 Jul;37(3):589-596.
- Lever MS, Williams A. Cross-infection of chicks by airborne transmission of *Salmonella enteritidis* PT4. Lett Appl Microbiol 1996 Nov;23(5):347-349.
- Benenson A. Manual para el control de las enfermedades transmisibles. 16ava edición. Washington, Organización Panamericana de la Salud. 1997; p. 402-406.
- Mintz ED, Cartter ML, Hadler JL, Wassell JT, Zingesser JA, Tauxe RV. Dose-response effects in an outbreak of *Salmonella enteritidis*. Epidemiol Infect 1994 Feb;112(1):13-23.
- Meyer H. Animal as a source of infections in human salmonellosis [Article in german] Dtsch Tierarztl Wochenschr 1999 Aug;106(8):344-351.

Alimentación oral temprana en el post operatorio inmediato de pacientes con cirugía abdominal ginecobstétrica

Early oral feeding in the postoperative management of patients after gynecobstetric surgery

Enrique O. Samayoa y*, Angel López Pineda†

RESUMEN. OBJETIVO. Analizar los resultados de la alimentación oral temprana en pacientes sometidas a cirugía ginecostétrica tras 10 años de observación. **MÉTODOS.** Estudio retrospectivo en el que se analiza la evolución clínica, tolerancia y complicaciones, estadía hospitalaria de 94 pacientes sometidas a cirugía ginecostétrica quienes fueron alimentadas en las primeras ocho horas del postoperatorio. **RESULTADOS.** De 1991 al 2001 se efectuaron 142 cirugías ginecoobstetricas a 94 pacientes. No hubo distensión o íleo paralítico que ameritase succión nasogástrica u otras complicaciones en el postoperatorio de las pacientes y todas fueron dadas de alta en un período no mayor de 72 horas. **CONCLUSIONES.** Se reporta la experiencia personal de 20 años en la práctica de la alimentación oral temprana en el postoperatorio inmediato en pacientes con cirugía abdominal ginecobstétrica, y se confirma la ausencia de complicaciones postoperatorias y alta temprana.

Palabras clave: Alimentación oral temprana. Cesárea. Cirugía ginecobstetrica. Histerectomía.

ABSTRACT. OBJECTIVE. To analyze the results of early oral feeding in the postoperative management of patients following gynecobstetric surgery after twenty years of experience. **METHODS.** Retrospective study that analyzes the clinical evolution, tolerance, complications and intrahospitalary stay of 94 patients after early oral feeding following ginecostetric surgery. **RESULTS.** From 1991 to 2001 there were 142 ginecostetric surgeries in 94 patients. There was not distention or paralytic ileo that needed nasogastric suction or any other complication in the immediate postoperative period. The patients were discharged in a period no longer than 72 hours.

Keywords: Abdominal surgery. Hysterectomy. Oral feeding

INTRODUCCIÓN

Para los autores ha sido una práctica de rutina desde hace casi 20 años ordenar dieta oral en el postoperatorio inmediato en las pacientes con cirugía abdominal

* Médico Gineco-obstetra, Clínicas Médicas, Col. San Carlos, Tegucigalpa Honduras.

† Médico Gineco-obstetra de la Unidad Materno Infantil del Instituto Hondureño de Seguridad Social, Tegucigalpa, Honduras.

Dirigir correspondencia a: Dr. Enrique Samayoa. Correo electrónico: esamayoa@multivisionhn.net

Ginecoobstetrica, iniciándose entre las 8 a 16 horas del período postquirúrgico, sin haber experimentado las temidas complicaciones de distensiones intestinales que obligan al uso de las sondas nasogástricas. En vista de publicaciones recientes que abordan este tema, hemos creído oportuno contribuir informando sobre nuestra casuística para enriquecer las experiencias en este campo, estimulados con afirmaciones como las de Weistein y col.¹ que en 1993 desecha la clásica enseñanza de que estos pacientes postoperados deben tener dieta oral hasta que se detecten signos de motilidad intestinal. En 1996 Jeffery y col.² escriben afirmando que la dieta líquida ya no es una necesidad en el manejo rutinario de los pacientes quirúrgicos. También en el 96 Soriano y col.³ dice que la dieta oral temprana después de las cesáreas fue bien tolerada y se asocia a un rápido retorno a la dieta normal y a un egreso mas temprano del hospital. Varios estudiosos del tema^{4-6,8} establecen que la alimentación postoperatoria temprana en pacientes sujetos a cirugía ginecológica abdominal es segura y bien tolerada.

La prolongada estadía hospitalaria después de procedimientos quirúrgicos abdominales ginecoobstétricos ha sido revisada por muchos investigadores, habiéndose encontrado que una de las causas ha sido la tardanza en hacer que los pacientes tengan alimentación oral. Como se hace constar en muchos trabajos publicados al respecto, esta conducta de la dieta corriente en el postoperatorio inmediato no ha tenido una base clara de sustentación científica y mas se ha hecho con relaciones anecdóticas^{6,9,10} Lo anterior da lugar a presentar una evidencia mas en este campo para que sin temor se use la metodología de alimentación oral temprana en el postoperatorio inmediato en esta clase de pacientes.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se realizó una revisión de 94 expedientes clínicos en los cuales se evaluaron 142 procedimientos gineco-obstétricos abdominales practicados en 94 pacientes, en el período comprendido de 1991 al 2001, en el hospital privado La Policlínica de Tegucigalpa, Honduras; habiéndose cumplido con todas las normas establecidas para la atención de las pacientes.

Las indicaciones pre-operatorias fundamentales a que fueron sometidas a su ingreso al hospital fueron:

1.-Ayuno de por lo menos 8 horas. 2.-Aplicación de un enema tipo fleet. 3.-Pruebas laboratoriales incluyendo tipeaje y prueba cruzada de sangre. 4.-Preparación del área quirúrgica. Lo anterior se cumplió también en los casos de procedimientos quirúrgicos de emergencia, sobre todo en las cesáreas que habían sido sometidas a trabajo de parto.

Las indicaciones postoperatorias de rutina incluyeron entre otras: 1.- Dieta oral líquida o la que tolere a las 8 horas. 2.- Dieta corriente oral al día siguiente de la intervención quirúrgica (promedio de 14 horas). 3.- Deambulacion cuando la paciente lo solicite o al cumplirse 12 horas del procedimiento. 4.- Agarol de la Warner- Chilcott: aceite mineral 28.8%, Fenoflamina 1.3%, Glicerina 4.1%) 10 ml. iniciarlo a las 21 horas del primer día postoperatorio y todas las noches subsiguientes hasta que haya evacuación intestinal, lo que por lo general se logra dentro de las primeras 48 horas.

En casi el 100% de los procedimientos se usó la incisión de Phannestield y raramente la de Charnier en casos de obesidad, haciéndose entonces desinserción pública de los músculos recto- abdominales. En todas las cesáreas se usó anestesia epidural y en los demás se utilizó la anestesia general.

RESULTADOS

De 1991 al 2001 se siguieron 94 pacientes que fueron sometidas a procedimientos quirúrgicos gineco-obstétricos. El cuadro No. 1 demuestra que la cirugía mas frecuente fue la cesárea, realizada a 101 (71.1%) pacientes, seguida de histerectomía con salpingoforectomía abdo-

Cuadro No. 1. Procedimientos Quirúrgicos

Nombre	Número	Porcentaje
Cesáreas	101	71.1
Histerectomías		
Abdominales con o sin salpingooforectomía	36	25.4
Cistectomías ováricas	3	2.1
Laparotomía exploradora	1	0.7
Uretropexia tipo Bursh	1	0.7
Total casos	142	100

Cuadro No. 2. Edades de las pacientes que se sometieron a cesáreas

Años	Número	Porcentajes
< 19	2	1.9
19 a 25	36	35.7
26 a 30	41	40.5
31 a 36	18	17.9
> 36	4	3.9
Total	101	100

Cuadro No. 3. Edades de las pacientes que se sometieron a histerectomía abdominal

Años	Número	Porcentaje
36 a 40	4	11.0
41 a 55	5	14.0
46 a 50	16	44.0
51 a 55	7	20.0
56 a 70	4	11.0
Total	36	100

Cuadro No. 4. Indicación de 101 cesáreas

Diagnóstico pre operatorio	Número	Porcentaje
Desproporción céfalo pélvica	28	27.7
Desproporción feto pélvica	5	4.9
Occípito púbica	6	5.9
Pélvico en primigesta	2	1.9
Gemelar	2	1.9
Toxemia	8	7.9
Sufrimiento fetal agudo	4	3.9
Retardo del crecimiento intrauterino	2	1.9
Ruptura prematura de membranas	3	2.9
Trombocitopenia	2	1.9
Primigesta añosa	1	0.9
Cesaria repetida	39	38.6
Total	101	100

minal en 36 (25.4%). El grupo de edad que con mayor frecuencia fue sometido a cesárea fueron pacientes entre 26 y 30 años 41 (40.6%). Como es de esperarse las que se sometieron a histerectomía eran mayores en donde el grupo de edad mas frecuente fue de 46 a 50 años (cuadros 2 y 3).

Cuadro No. 5. Indicaciones de las histerectomías abdominales con o sin salpingooforectomía bilateral

Diagnóstico	Número	Porcentaje
Miomatosis	25	69
Sangrado uterino disfuncional	4	11
Sangrado post menopáusico	4	11
Quiste seroso de ovario	2	6
Carcinoma endocervix	1	3
Total	36	100

En el cuadro No. 4 se presentan las indicaciones de cesárea siendo más frecuente la desproporción céfalo pélvica en 28 (27,7%). Las indicaciones de las histerectomías con o sin salpingooforectomía fue la miomatosis uterina con 25 casos (69%).

En el post-operatorio de las 94 pacientes, de 142 procedimientos no se encontró evidencia de infección haciendo la salvedad que en las obesas o en las que se estimó pérdida de sangre de mas de lo usual, se usó antibióticos.

No hubo distensiones o ilio paralítico que ameritasen succión nasogástrica. Todas las pacientes fueron dadas de alta en un período no mayor de 72 horas.

DISCUSIÓN

Desde el inicio de nuestra experiencia quirúrgica como Gineco-obstetra nos inquietó el porqué las pacientes sometidas a una cesárea tenían que sufrir severas restricciones dietéticas en el post operatorio y no así las que habían tenido un parto normal, sobre todo si la cesárea estaba exenta de complicaciones durante el acto quirúrgico. Esta observación nos la afirmó un eminente maestro de la Universidad de Tuft en Boston, el Dr. William Lynch durante nuestra residencia en 1965. Poco a poco la fuimos poniendo en práctica y la extendimos a toda cirugía abdominal ginecobstétrica aún en casos de Werthein no incluidos en esta presentación y que ha sido reportada como cirugía oncoginecológica en la que se ha usado la dieta libre en el postoperatorio inmediato.⁶⁻⁹

Los principios básicos de los cambios gastrointestinales durante la gestación¹²⁻¹⁴ nos recuerdan la hipomotilidad, que poco a poco se instala en las últimas semanas del embarazo y que se mantiene o se incrementa en el período del postparto, que de no tomarlo en cuenta da lugar a los procesos de estreñimiento que nuestras abuelas trataban con los famosos “siete purgantes” y que de no mejorarlos son causantes de dehiscencias de episiotomías al expulsar materias fecales endurecidas. De allí también la importancia que debe darse en el prenatal a los hábitos intestinales y la necesidad de indicar una limpieza de los mismos, con un enema fleet, durante el trabajo de parto o en las horas previas a un cesárea, lo que es un imperativo en otra clase de cirugía abdominal para tener un campo preparado en caso de accidentes intestinales, también para evitar incomodidades en el post operatorio inmediato, teniendo así mas seguridad en la administración de una dieta libre o corriente,^{1,2,4,5,8-10} lo que evita la hiperactividad gástrica del ayuno prolongado, que no raras veces es causa de dolores epigástricos, obligando al uso de medicamentos innecesarios.

El uso de la alimentación oral temprana en el postoperatorio inmediato de pacientes sometidas a cirugías abdominales ginecoobstétricas esta siendo muy aceptada por muchos, incluyéndose en la cirugía oncológica.^{4-7,13,16} También se ha considerado que esta modalidad de atención ha caído en el campo de lo anecdótico^{6,9,10} pero no está huérfana de sustentación científica ya que en lo obstétrico hay bases establecidas para considerar necesaria una estimulación intestinal por los cambios gastrointestinales ya reportados.^{12,14,15}

Las 94 pacientes informadas dieron lugar a 142 intervenciones, porque en algunas se hizo mas de una intervención como es el caso de las cesarias repetidas. Es mas que evidente que la presentación de una temprana actividad intestinal en períodos de menos de 48 horas es un elemento fundamental para decidir un egreso hospitalario temprano.

La ausencia de complicaciones, sobre todo gastro intestinales, en la casuística presentada, induce a considerar muy necesaria el uso de la alimentación oral temprana en el postoperatorio inmediato de este tipo de pacientes.

REFERENCIAS

1. Weinstein LD, Dyne PL, Duebeck NB, The DPROET Diet.- A new operative regime for oral early feeding. *Am J Obstet Gynecol* 1993;168(1P+1):128-31.
2. Jeffery KM, Harkins B, Creser GA, Marindale RG. The clear liquid diet is no longer a necessity in the routine post operative management of surgical patients. *Am Surg* 1996;62 (3):167-70.
3. Soriano D, Outlizke M, Keidar N, Barkai G, Mashiach S, Seidman DS. Early feeding after caesarian delivery. *Obstet. Gynecol.*1996;87 (6) :1006-8.
4. Raff G, Stetman FB, Seelon GD. Prospective trial of early post operative oral intake following major abdominal gynecological surgery. *Gynecol Oncol* 67;(3): 235-40.
5. Pearl ML, Volea FA, Fisher, Mahler A, Chalas E. Randomized control trial of early feeding in gynecology patients undergoing intra abdominal surgery, *Obst Gynecol* 1998;92 (1):94-7.
6. Fanning J, Yu-Brake S. Prospective trial of aggressive post operative bowl stimulation following radical hysterectomy. *Gynecol Oncol* 1999;73 (3): 412-4.
7. Kraus F, Fanning J Prospective trial of early feeding and bowl stimulation after radical hysterectomy *Am J Obstet Gynec* 2000;182 (5):996-8.
8. Johnson C, Ramirez J, Drake J, The traditional of withholding of post operative enteral feeding until the spontaneous resolution of ileus. *Obstet Gyknecol Surv* 2000;55(9):571-3.
9. Mac-Millan SL, Kammer-Doak K, Rogers RG, Parker KM. Early feeding incidence of gastrointestinal symptoms after major gynecologic surgery. *Obstet Gynecol* 2000;96(4): 604-8.
10. Fanning J, Andrews S. Early feeding after major gynecologic surgery: Evidence based scientific medicine. *Am J Obste Gynecol* 2000;185 (1): 1-4.
11. Neumagert LA, Smout RJ, Horn SD. *J Surg Res* 2000;95 (1) :73-7.
12. Williams J, Hellman L, Pritchard JA. *Obstetrics* 20th Ed. Appleton Century-Crofts, Educational Division. Meredith Corporation 1998, Pág. 197.
13. Patolia DS, Hilliard RL, Toy EC, Baker B. Early feeding after caesarian randomized trial. *Obstet Gynecol* 2000; 98(9): 113-6.
14. Schwarcz RL, Duverges CA, Días AG. Fescina RFA. *Obstetricia*, 5a edición. Buenos Aires: El Ateneo1995;pag.58.
15. Mac Millan SLM, Kamera/doa RD, Rogers RG, Parker KM. Early feeding and the incidence of gastrointestinal symptoms after major gynecological surgery. *Obstet Gynecol* 2002; 96 (4): 604-8.
16. Pearl ML, Frandina M, Mahler L, Disilvestro PA, Chalas E.A randomized controlled trial of a regular diet as the first meal in gynecologic oncology patients un dergoing intrabdominal surgery. *Obstet and Gynecol* 2002;100(2):230-4.

IMAGEN EN LA PRÁCTICA CLÍNICA

Linfoma cutáneo de probable estirpe B

Geovanny Portillo W.,* Efraín Bu†



La imagen muestra en el brazo izquierdo múltiples nódulos prominentes parcialmente circunscritos de forma y tamaño variable, con una superficie violácea brillantes, los cuales confluyen dando lugar a una lesión vegetante irregular con abundantes costras amarillentas y áreas de ulceración, la piel que rodea la lesión se encuentra tensa y eritematosa.

* Estudiante de VI año de Medicina Interna U.N.A.H.

† Médico Internista, infectólogo. Docente de la Facultad de Ciencias Médicas U.N.A.H.

Dirigir correspondencia a: efrabu@yahoo.com

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

Manifestación inusual de Fiebre Tifoidea

Presentación de un caso y revisión de literatura

Unusual manifestation of Typhoid Fever

Case presentation and review

Merly Hernández*, Luisa Lemus*, Efraín Bu Figueroa†

RESUMEN. Presentamos el caso de un paciente masculino de 16 años de edad, con historia de fiebre no cuantificada con escalofríos y diaforesis de 1 semana de evolución; 4 días de presentar alteración del estado de conciencia, caracterizado por habla incoherente, desorientación en tiempo y espacio con períodos de mutismo, además 2 días de evacuaciones diarreicas tres veces al día amarillas, fétidas sin moco ni sangre. Se realizó hemocultivo donde se aisló *Salmonella entérica* serotipo typhi, por lo que se manejó con Ceftriaxone por 7 días con evolución satisfactoria. Se destacan las manifestaciones clínicas neurológicas con las que debutó este caso.

Palabras clave: Fiebre. Fiebre tifoidea. Salmonella.

SUMMARY. We report a sixteen years old male patient with a history of fever, chills and diaphoresis of one week duration and four days of altered mental status characterized by incoherent talk, disorientation and mutism; in addition 3 days of fetid non bloody non mucous diarrhea. Blood cultures were positive for *Salmonella enterica* serotype typhi. The patient was

treated with Ceftriaxone for 7 days and did well. We remark the neurological clinical findings as an initial manifestation of a common disease.

Key words: Fever. Typhoid fever. Salmonella.

INTRODUCCIÓN

La fiebre tifoidea es una infección sistémica, es causa importante de muerte donde las condiciones higiénicas son deplorables. Anualmente la incidencia es de 198 por 100,000 en Vietnam, y 980 por 100,000 en India. Se estima que en el mundo ocurren 16 millones de casos nuevos de fiebre tifoidea, con 600,000 muertes anuales. La fiebre tifoidea usualmente se contrae por la ingestión de agua y alimentos contaminados y se excreta a través de la vía urinaria y fecal. Casos esporádicos ocurren a través de viajes a regiones endémicas, contactos con portadores crónicos y condiciones higiénicas inadecuadas.

La introducción del Cloramfenicol en 1948 transformó esta enfermedad de severa a una condición tratable; la resistencia al Cloramfenicol y otros antimicrobianos ha sido un obstáculo en su manejo.

Las complicaciones ocurren en 10 - 15 % de los pacientes siendo una de ellas las neurológicas que fueron

* Médicos residentes del Postgrado de Medicina Interna, Hospital-Escuela

† Internista Infectólogo. Departamento de Medicina Interna del Hospital Escuela. Profesor de Medicina Facultad de Ciencias Medicas UNAH.

Dirigir correspondencia a: Dr. Efraín Bu. Correo electrónico: efrabu@yahoo.com

las que presentó el caso que estamos informando en este artículo. Dichas manifestaciones neurológicas se caracterizan por alteración del estado de conciencia, obnubilación y estupor. Esta forma de presentación de la tifoidea es rara en Honduras pero descrita frecuentemente en el sureste de Asia.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Paciente masculino de 16 años de edad, procedente de la colonia Villa Cristina, Departamento de Francisco Morazán; con historia de fiebre no cuantificada de una semana de evolución, acompañada de escalofríos y diaforesis, continua, sin atenuantes. De cuatro días de evolución, se agrega alteración del estado de conciencia caracterizado por desorientación en tiempo y espacio, habla incoherente y períodos de mutismo.

Dos días antes del ingreso, comenzó a presentar evacuaciones diarreas amarillas, fétidas, sin moco ni sangre. Como antecedente epidemiológico de importancia se refiere la ingesta de agua no potable y raramente lavado de las manos antes de comer.

El examen físico evidenció a un paciente agudamente enfermo, desorientado, con palidez generalizada, con temperatura de 37,9°C, presión arterial de 110/70, pulso de 120 por minuto, frecuencia cardiaca de 120 por minuto; un Glasgow 14/15 con rigidez del cuello, sus mucosas estaban secas, se auscultó soplo sistólico en el foco pulmonar grado II/VI.

El hemograma al ingreso mostró leucopenia y trombocitopenia; electrolitos y pruebas de funcionamiento renal estaban normales. La citoquímica del líquido cefalorraquídeo (LCR) mostró: células 0, glucosa 50, proteínas 97. El electrocardiograma y la tomografía axial computarizada cerebral fueron normales.

Se realizó ecocardiograma que fue normal. A los 7 días hospitalarios el hemocultivo tomado a su ingreso fue informado positivo para *Salmonella typhi*. Al momento de su ingreso se instaló tratamiento con ceftriaxona y penicilina cristalina por la sospecha de infección en el sistema nervioso central, posteriormente se cambió a ampicilina para extender cobertura sobre gérmenes que

afectan el SNC. En el transcurso de los siguientes días el paciente mostró buena evolución intrahospitalaria, recuperando su estado de conciencia y cesando las evacuaciones diarreas.

El paciente estuvo hospitalizado por una semana; egresó con tratamiento oral a base de ciprofloxacina por 7 días más, remitiéndose a consulta externa para su seguimiento ambulatorio.

DISCUSIÓN

Aunque no se cuentan con cifras precisas sobre la incidencia de tifoidea bacteriológicamente documentada en Honduras, el problema podría ser de magnitud importante en virtud de las pésimas condiciones sanitarias en que vive la mayoría de nuestra población. Posiblemente muchos casos de tifoidea en el medio hondureño pase desapercibida dado la marcada tendencia de la población a automedicarse con antibióticos al presentar cualquier tipo de cuadro febril, uno de los antimicrobianos más usados es la ampicilina y más recientemente la amoxicilina, sin excluir el uso generalizado que en los últimos años han tenido los compuestos a base de sulfas. Ambos medicamentos son aun activos contra cepas de *Salmonella*. Lo anterior puede dar lugar a variaciones en la evolución natural del cuadro clínico de la infección que pudiera contribuir a que los médicos en atención primaria no la detecten tan fácilmente. Si en condiciones normales la enfermedad no es fácilmente sospechada -debido a que la misma se inicia predominantemente con fiebre prolongada con escasa o ninguna otra manifestación- no digamos cuando el cuadro es enmascarado debido a tratamiento parcial con antibióticos que tienen algún grado de actividad contra la mencionada bacteria. Lo anterior también da lugar a estado de portador crónico, recaídas y resistencia del germen a los antibióticos convencionales.

En el caso que aquí discutimos destacamos las manifestaciones neurológicas con que se presentó este cuadro, poco común en estas latitudes, pero frecuente en otros sitios como en el sureste de Asia donde la tifoidea severa en adultos y niños se presenta con delirio, obnubilación, estupor, convulsiones y coma asociado a choque con alta mortalidad.¹⁻³

Antes de la era de los antibióticos la tasa de mortalidad por fiebre tifoidea era del 15%. La introducción en 1948 del Cloramfenicol,⁴ redujo la mortalidad al 1% siendo el tratamiento de elección, hasta los años 70s, cuando apareció la resistencia asociada a plásmidos. En 1989 surgió la *S. typhi* resistente a múltiples fármacos (cloramfenicol, ampicilina, trimetoprim y tetraciclinas).

En 1994 el 12% de las cepas de *S. typhi* en Estados Unidos era resistente a múltiples fármacos. Por esto se recomienda actualmente el uso de quinolonas y cefalosporinas de tercera generación.

En los casos de fiebre tifoidea severa se aconseja el tratamiento con Fluoroquinolonas por 10 a 14 días.⁵ Sin embargo en 1993 se relacionó un brote de infecciones por *Salmonella* resistente al ácido nalidíxico, producido en Vietnam por mutaciones cromosómicas en el gen que codificaba la girasa del ADN. También esta resistencia se aisló en la India. Estudios realizados en Honduras recientemente, particularmente en los Hospitales públicos de la capital Tegucigalpa, demuestran que la *S. typhi* tiene una sensibilidad del 100% a cefalosporinas de tercera generación y a ciprofloxacina.⁶

Según estudios realizados por Hoffman y colaboradores, en pacientes con fiebre tifoidea severa el uso de dexametasona a 3mg/kg dosis inicial, luego 1mg/kg por 6 dosis, redujo la mortalidad de 55.6% a 10% en los 38 pacientes estudiados.²

Los estados de portador crónico ocurren en 1-4% de los pacientes, pueden seguir el tratamiento con el antibiótico adecuado (ciprofloxacina) por 6 semanas.

Actualmente se dispone de vacunas con microorganismos completos termodestruidos y con extracción en fenol Ty21 que es atenuada (4 dosis vía oral)³. La vacunación solo esta recomendada en contactos íntimos o familiares de portador crónico y personal de laboratorio que trabaja frecuente con *Salmonella*.

REFERENCIAS

- 1) Butler T, Islam A, Kabir I, Jones PK. Patterns of morbidity and mortality in typhoid fever dependent on age and gender: a review of 552 hospitalized patients with diarrhea. *Rev. Infect Dis* 1991; 13:85-90.
- 2) Hoffman SL, Punjabi NH, Kumala S, et al. Reduction of mortality in chloramphenicol-treated severe typhoid fever by high-dose dexamethasone. *N Engl J Med* 1984;310:82-8.
- 3) Rogerson SJ, Spooner VJ, Smith TA, Richens J. Hydrocortisone in chloramphenicol-treated severe typhoid fever in Papua New Guinea. *Trans R Soc Trop Med Hyg* 1991; 85:113-6.
- 4) Woodward TE, Smadel JE, Ley HL Jr, Green T, Mankikar DS. Preliminary report on the beneficial effect of chloromycetin in the treatment of typhoid fever. *Ann Intern Med* 1948;29:131-4.
- 5) Christopher M. Parry, M.B. Tran Tinh Hien, M. D. Gordon Dougan. Ph. D. Nicholas J. White, M.D. Typhoid Fever. *New Engl J Med* 2002; 347:1770-1780.
- 6) Mercadal N., Palou E., Resistencia bacteriana y confiabilidad de los laboratorios en tres hospitales de referencia nacional en Tegucigalpa. *Rev. Med Post. UNAH*, en prensa.

LO QUE EN LA JUVENTUD SE APRENDE, TODA LA VIDA DURA.

SI TENIENDO OCASION NO TE APROVECHAS POR FALTA DE ANIMO, NO
TE LAMENTES DESPUES DE PASADA.

FRANCISCO QUEVEDO

Indicación de la ultrasonografía endovaginal

G. Mauricio Erazo S. *, Sonia Arely Cruz Alemán †

INTRODUCCIÓN

Durante los dos últimos decenios ha habido un gran desarrollo en cuanto a la Ultrasonografía Ginecológica, principalmente por la introducción de sondas endovaginales que constantemente mejoran.

El motivo básico para la mayor capacidad diagnóstica y las posibilidades terapéuticas de la sonda transvaginal surge en su proximidad a los órganos pélvicos y la relativa delgada pared vaginal. A mayor frecuencia de operación de la sonda, mayor la resolución lateral y axial.

Aunque la aplicación más común de esta tecnología ha sido el diagnóstico por imágenes de la patología ovárica, su utilidad en la evaluación de las primeras etapas gestacionales ha sido de gran interés.

VENTAJAS DE LA ULTRASONOGRAFÍA ENDOVAGINAL.

1. Una mejor imagen del útero retrovertido.
2. Mejor valoración de los ecos endometriales.
3. Notable mejoría en la imagen de ovarios, folículos y cuerpo lúteo.
4. Aspiración de folículos.
5. Mejor resolución en la exploración en mujeres obesas.
6. Valoración del dolor a la sensibilidad

CONTRAINDICACIONES.

1. Absolutas
 - a. Himen imperforado
 - b. Negativa de la paciente
 - c. Uso en una paciente con introito virginal
2. Relativas
 - a. Miedo de provocar infección en una embarazada con rotura prematura de membrana¹

USOS EN GINECOLOGIA.

1. Investigación precisa del útero, los ovarios o las trompas de Falopio (normales y anormales)
2. Diagnóstico y manejo de embarazos ectópicos
3. Apoyo de diagnóstico y manejo en infertilidad.
4. Detección precoz de cáncer de ovario y de endometrio. incluidos estudios morfológicos y de flujo doppler color.²

UTERO.

La imagen transabdominal es preferible en los trastornos que hacen crecer el útero como los miomas. En todos los demás casos puede hacerse la endovaginal.

El endometrio es una estructura dinámica que modifica su aspecto con base en el medio hormonal. Al terminar la menstruación, el endometrio se observa con la sonda endovaginal. con un grosor de menos de cuatro mm. durante la fase folicular el endometrio prolifera y se caracteriza por tres capas,² su grosor varía de 6 a 12 mm en fase folicular tardía, el crecimiento del endometrio se estabiliza 5 días después de la secreción máxima de la hormona luteinizante³ y alcanza un diámetro promedio de 14 mm.

* Ginecólogo y Obstetra.

† Médica General.

Dirigir correspondencia a: Dr. G. Mauricio Erazo. Correo electrónico: drerazoc@yahoo.com.mx

La valoración del cuello uterino es mejor con la ecografía transvaginal.

TRASTORNOS PATOLÓGICOS.

UTERO.

Los miomas mayores de 5 cm se detectan mejor por vía transabdominal. aunque la ventaja de la vía endovaginal es que nos permite valorar la relación del mioma con la cavidad endometrial. Hay adenomiosis hasta en un 40% de las mujeres hysterectomizadas, se caracteriza sonográficamente porque sus bordes no son claros y son menos densos que los miomas, no producen sombra y comúnmente tienen un componente quístico.

CERVIX

En el cuello uterino los quistes de Naboth son hallazgos ecográficos comunes y no tienen significación clínica o patológica. La ecografía endovaginal puede diagnosticar la estenosis cervical ya que el útero puede contener líquido dentro de la cavidad endometrial. Los tumores malignos del cuello uterino pueden distorsionar la anatomía normal. Las anomalías de la fusión de los conductos de Müller pueden detectarse fácilmente por ecografía endovaginal.

ENDOMETRIO

Cuando se explora es importante hacerlo en la fase folicular por que el endometrio hipoeoico sirve de contraste para las masas ecógenas. Las medidas del endometrio se deben realizar en un corte longitudinal tomadas por la parte mas gruesa, situando el caliper en el punto medio de las líneas ecogénicas periféricas. La ganancia del ecógrafo debe lograrse de tal manera que la vejiga aparezca totalmente sonoluscente. La medición del espesor endometrial total no excede, normalmente los 14 a 16mm en las mujeres premenopáusicas y los 4mm en las posmenopáusicas. Durante el ciclo menstrual el endometrio varia en su ecoestructura. También se ha utilizado como método auxiliar combinado con la histeroscopia en el diagnóstico de enfermedades endometriales.⁴

USO EN LA SONOHISTEROGRAFIA

Los investigadores han descrito el uso de sondas endovaginales con instilación de líquido para mejorar la valoración endometrial.

Surge el concepto de crear artificialmente una colección endometrial de líquido para delinear mejor el contorno y

grosor del endometrio y su cavidad. La valoración endometrial se realiza con el fin de encontrar miomas submucosos o pólipos endometriales que son los más frecuentes.

TROMPAS DE FALOPIO

Solo suelen visualizarse por ultrasonido cuando son patológicas, es decir ocupada o rodeada por líquido.

OVARIOS.

Los ovarios son elipsoides y por lo general el eje longitudinal esta orientado en sentido vertical cuando la vejiga esta vacía, la localización y el tamaño es variable. Debe valorarse la presencia de masas sólidas o quísticas, su carácter unilocular, el grosor de sus paredes. la presencia de tabicaciones. La presencia de un nódulo mural o tabicaciones representa evidencia de que la masa ovárica es una neoplasia.

Quistes de ovarios fisiológicos: Durante el curso de un ciclo menstrual normal una mujer desarrolla un folículo de Graaf maduro, en ocasiones mas de uno y otros mas pequeños. Este folículo maduro puede llegar hasta 25 mm, hay una abundante vascularización lo que puede provocar una hemorragia mientras se desarrolla el cuerpo lúteo generalmente unilocular. de paredes delgadas. pero puede presentar un trombo intraluminal.

Ovarios poliquísticos: El ultrasonido da una apariencia típica observándose mas de 8 folículos de menos de 9 mm de diámetro en la periferia del ovario, con un volumen ovárico mayor de 9cm³.

EMBARAZO ECTOPICO.

El ultrasonido endovaginal tiene ventajas significativas sobre el ultrasonido transabdominal. El ultrasonido endovaginal hace posible la detección del embarazo normal a una edad gestacional mas temprana y con un nivel de hormona gonodotropina coriónica (HGC) menor que con el ultrasonido transabdominal. Bree y colaboradores demostraron que con el ultrasonido endovaginal es factible observar un embarazo temprano de 32 días menstruales y con niveles de HGC tan bajos como 1000 mU/ml.⁵ mientras que el ultrasonido transabdominal la zona discriminatoria se sitúa en 2000 mU/ml.^{6,7}

Estos datos permiten la identificación de una gestación intrauterina normal y la diferenciación del embarazo

ectópico cuando menos una semana antes que con el ultrasonido transabdominal. El dato sonográfico de certeza diagnóstica es la presencia de un embrión vivo en anexo. La frecuencia para este hallazgo sigue siendo baja; sin embargo, con el ultrasonido endovaginal se sabe que aumenta de 6% a 17% en comparación del 10% con el ultrasonido transabdominal.

En el útero es posible observar otros datos que incluye endometrio engrosado y ecogénico comparado con lo esperado en la fase secretora normal. El seudopoco gestacional se acompaña de reacción decidual más delgada que la de una gestación intrauterina normal, lo cual permite una diferenciación más definitiva de esta decidua.

APOYO DE DIAGNOSTICO Y MANEJO DE INFERTILIDAD

El ultrasonido juega un papel importante en el manejo de los desórdenes de infertilidad relacionados a una variedad de enfermedades ginecológicas,⁸ específicamente, en la monitorización folicular y una aspiración folicular guiada. Otros procedimientos en que ayuda son en la transferencia de embriones, y en la evaluación de endometrio en las pacientes con una fase lútea inadecuada y detección de algunas enfermedades como la endometriosis, ovarios poliquísticos, crecimiento uterino, quistes ováricos, hidrosalpinx, y otros trastornos que se ven relacionados con la infertilidad.⁹

Vigilancia de la ovulación: foliculografía

La vigilancia de la ovulación espontánea se empieza con la ultrasonografía vaginal basal. El siguiente estudio se hace el noveno día, momento en que la línea endometrial debe de ser uniforme y se registra. Se revisan ambos ovarios y todos los folículos potenciales al menos en dos dimensiones idealmente en tres. Luego las exploraciones son cada tercer día con mediciones de todos los folículos y grosor endometrial. La vigilancia de la ovulación inducida es importante para observar el número de Folículos en crecimiento y su tamaño.

DETECCIÓN PRECOZ DE CÁNCER DE OVARIO Y ENDOMÉTRIO

La introducción del transductor vaginal ha mejorado la facilidad y resolución de las imágenes ováricas. El tiempo y las molestias relacionadas con el llenado vesical y el

advenimiento de la ultrasonografía transvaginal con mejores imágenes, ha hecho que la ultrasonografía abdominal sea menos adecuada para la investigación. 95% de los ovarios premenopáusicos y 85% de los postmenopáusicos pueden verse con precisión por vía transvaginal .

Cáncer de Ovario

El uso de ultrasonido transvaginal como método de estudio para el cáncer ovárico inicialmente fue comunicado por Higgins y colaboradores.¹⁰ En un estudio de 1300 mujeres posmenopáusicas asintomáticas, se encontró que 2.1% tenían una anomalía ovárica persistente en el ultrasonido transvaginal. Sólo el 30% de estos tumores eran palpables a la exploración física, 14 de dichas pacientes tuvieron cistoadenomas serosos ováricos 2 tenían carcinomas ováricos primarios. La sensibilidad del ultrasonido transvaginal en este estudio fue del 100% y la especificidad del 98.1%. Con base a los resultados de ésta y otras investigaciones los autores concluyen que está recomendado un estudio de ultrasonografía en postmenopáusicas asintomáticas.

Para mejorar más la especificidad de la ultrasonografía transvaginal, se está investigando un índice de morfología basado en imágenes bidimensionales y Doppler de flujo en color para distinguir entre lesiones benignas y malignas. Se han establecido criterios para volumen y morfología anormales.¹¹ Un volumen ovárico en exceso de 8 cm³ en premenopáusicas es anormal.

El ultrasonido transabdominal tiene una sensibilidad del 78% y especificidad del 82% para detección de cáncer de ovario.

Cáncer de Endometrio

Los resultados demuestran que la ecografía puede predecir de manera razonable la profundidad de la invasión miometrial, pero no necesariamente la extensión cervical. El barrido ecográfico transvaginal en definitiva puede ser útil como instrumento de screening del carcinoma de endometrio y sobre todo en pacientes con alto riesgo, como en las que presentan hiperplasia endometrial.

USOS EN OBSTETRICIA

1. Diagnóstico precoz de embarazo intrauterino.
2. Diagnóstico precoz y confiable de fracaso del embarazo temprano.

3. Detección de malformaciones durante el primer trimestre.
4. Plan de estudios completo de malformaciones en las primeras etapas del segundo trimestre.
5. Investigación de malformaciones del sistema nervioso central durante todo el embarazo.
6. Diagnóstico de placenta previa y placenta acreta.
7. Estudios de flujo color de los vasos sanguíneos y el corazón del feto.

DIAGNÓSTICO PRECOZ DE EMBARAZO INTRAUTERINO

La exploración transvaginal es mucho mejor que las técnicas transabdominales para valorar un embarazo incipiente. El saco coriónico es visible desde las 4 semanas de la fecha de última menstruación o 15 días después de la fecundación. Se observa como un doble anillo ecógeno brillante, uniforme y con centro redondeado oscuro sonolúcido. Este saco puede medir sólo 2-3 mm lo que puede no observarse con el ultrasonido transabdominal.

Gracias a los transductores vaginales, suele ser posible observar un diminuto engrosamiento asimétrico a lo largo de la pared del saco vitelino, que representa el embrión temprano en el que se identifica el latido cardíaco.

DIAGNÓSTICO PRECOZ Y CONFIABLE DE FRACASO DEL EMBARAZO TEMPRANO

La demostración ecográfica de un embrión que carece de latido cardíaco es la evidencia más específica de muerte del embrión. Sin embargo, las observaciones mediante ecografía transvaginales han modificado significativamente la utilización del segundo concepto. Hay que recordar que con la ecografía transvaginal de alta resolución, es posible detectar cuerpo embrionario inicial [Longitud Craneocaudal (LCN)= 2-4mm] antes del comienzo de la pulsación cardíaca por lo que se recomienda un valor límite de LCN de 5mm en caso de no identificar actividad cardíaca en un embrión visualizado, antes de diagnosticar muerte embrionaria.

La ecografía permite distinguir los sacos gestacionales anormales de los normales vacíos en un sólo examen, sin importar antecedentes menstruales. Ciertos criterios

ecográficos tienen una especificidad de prácticamente 100% y anticipan de manera uniforme un desenlace anormal.

Los criterios ecográficos de falla temprana de embarazo por vía transabdominal:

Mayores:

Saco gestacional > de 25mm sin embrión

Saco gestacional > de 20mm sin saco vitelino.

Menores

Reacción decidual tenue (< 2mm)

Amplitud decidual débil

Contorno irregular

Ausencia de doble saco decidual

Posición baja

La ecografía transvaginal, permite la visualización constante de las estructuras embrionarias una semana antes que la técnica transabdominal. En consecuencia los criterios para ultrasonografía transvaginal varían de los transabdominales y es así como que deben visualizarse los embriones en todos los sacos gestacionales de 18 mm o mayores; y el saco vitelino en todos los sacos gestacionales de 13 mm o mayores. Una de las aplicaciones usuales también corresponde a la medición de la translucencia nucal usando un transductor endovaginal de 6.5Mhz entre las 10 y 13 semanas en el screening de trisomía 21 (Ref. 11).

Las ventajas técnicas de las sondas endovaginales derivan fundamentalmente del empleo de cristales de alta frecuencia con ellos se mejora notablemente la resolución y es posible observar las finas estructuras anatómicas del embrión normal. En la actualidad la ultrasonografía endovaginal ha sido también utilizada en la evaluación de la cicatriz uterina dejada después de una cesárea, como es el caso en la investigación de defectos en la cicatriz.¹²

Cullen y colaboradores encontraron que la claridad de la imagen del ultrasonido endovaginal fue mejor en el 63%, que esta técnica es superior en embarazos de pacientes con sospecha de placenta previa. Con esta técnica, observaron un valor predictivo positivo del 93% cuando se diagnosticó placenta previa, mucho más alto que con la técnica transabdominal.¹³ Aunque no se ha demostrado un riesgo real con los transductores endovaginales, la

hemorragia es una complicación bien reconocida. El diagnóstico ecográfico de placenta acreta es difícil y se efectúa con más facilidad en caso de placentas anteriores.

AMNIOCENTESIS PRECOZ

El enfoque tradicional del diagnóstico prenatal ha sido la amniocentesis transabdominal practicada aproximadamente a las 16 semanas de gestación. El líquido, amniótico obtenido contiene células fetales descamadas que pueden ser desarrolladas en cultivo de tejido para determinar el cariotipo, y ser utilizadas para una variedad de análisis metabólicos o extracción de DNA.

BIOPSIA CORIONICA

El uso de la ecografía para guiar el muestreo y las mejores técnicas de cultivo de tejidos han determinado el desarrollo de la biopsia coriónica. Existen dos abordajes: en una se emplea la introducción transcervical de un catéter de muestreo bajo control ecográfico directo y transabdominal.

DIAGNÓSTICO ECOGRÁFICO DE INCOMPETENCIA CERVICAL. EL PAPEL DE LA ECOGRAFÍA TRANSVAGINAL EN LA PREDICCIÓN DEL PARTO PRETERMINO

La medición de la longitud cervical mediante ecografía transvaginal ha sido empleada para determinar el riesgo de parto pretérmino en mujeres con antecedentes obstétricos adversos, con probabilidad de iniciar un parto pretérmino, con embarazos múltiples y con incompetencia cervical. Algunos investigadores han estudiado las relaciones existentes entre la longitud cervical medida por ecografía y el parto espontáneo pretérmino. Cuanto más corta la longitud cervical, mayor el riesgo de parto espontáneo pretérmino y viceversa.¹⁴

CONCLUSIONES

Desde su introducción a la obstetricia moderna, el ultrasonido (US) se ha convertido en medio diagnóstico más popular para la valoración del feto y embarazo. Su inocuidad, fácil información que aporta bajo costo y ausencia de contraindicaciones, lo han convertido

durante la última década en el procedimiento diagnóstico más valioso para el obstetra.

Con la introducción de la ultrasonografía endovaginal se ha mejorado de manera sustancial nuestra capacidad para evaluar a la paciente ginecológica y obstétrica, aunque la aplicación más común ha sido ginecológica y obstétrica en especial la patología ovárica, su utilidad en la evaluación de las primeras semanas gestacionales ha sido de sumo interés.

REFERENCIAS

1. Goldstein S. Ultrasonografía vaginal para el medico en ejercicio. *Clínicas de Norteamérica* 1992; 2:139-140.
2. Timor-Tritsch I. Monteagudo A. Técnicas de exploración en obstetricia y ginecología. *Clínicas de Norteamérica* 1992; 3:149-154.
3. Frederick JL. Paulson RJ. Bax JV. Routine use of vaginal ultrasonography in the preoperative evaluation of gynecologic patients: An adjunct to resident education. *J Reprod Med* 1991;36: 779-786.
4. Clark T. Justin et al. Evaluation of outpatient hysteroscopy and ultrasonography in the diagnosis of endometrial disease. *Obstet and Ginecol* 2002;99:1001-1006.
5. Stoope M. Villalobos J. Cardoso M. et al. Principios físicos del ultrasonido. *Rev Mex Radiol* 1980; 34:1-7.
6. Donald I, Mac Vicar J, Brown HTG. Investigation of abdominal masses by pulsed ultrasound. *Lancet* 1958;1:188-194.
7. Roy M Pitkin. Comentary on discriminatory HCG zone: its use in the sonographic evaluation for ectopic pregnancy. *Obs and Gyn* 2003;102:(4).672.
8. Donald I, Brown TS. Demonstration of tissue interfaces within the body by ultrasonic echo sounding. *Brit J Radiol* 1961; 34: 539-545.
9. Donald I, Mac Vicar J, Willocks J. Sonar: a new diagnostic echosounding technique. Illustrative examples of ultrasonic ecograms. The use of ultrasonic cephalometry. *Proc Ray Soc Med* 1962; 55: 8-15.
10. Ilka Y Farvela, et al. Quantification of ovarian power doppler signal with three dimensional ultrasonography to predict response during in vitro fertilization. *Obs and Gyn* 2003;102:4,816-822.
11. Donald I. Ultrasonic echo sounding in obstetrical and gynecological diagnosis. *Am J Obstet Ginecol* 1965; 93: 935-942.
12. Comas Carmina, et al. Measurement of nuchal translucency as a single strategy in Trisomy 21 screening: should we use any other marker? *Obstet and Ginecol* 2002. 100:648-654.
13. Armstrong Vanesa, et al. Detection of cesarean scars by transvaginal ultrasound. *Obstet and Ginecol* 2003;101:61-65.
14. Iams JD, Goldenberg RL, Meis PJ, Mercer BM, Moawad A, Da A et al. The length of the cervix and the risk of spontaneous premature delivery. *N Engl J Med* 2003; 334:567-572.

Responsabilidad Médica

Azucena Lazo Zambrano*

La experiencia mundial, muy particularmente en el área iberoamericana, enseña que la gran mayoría de las reclamaciones por responsabilidad médica se vincula a un manejo inadecuado de unos pocos aspectos del acto médico. Por ello parece de utilidad para el médico práctico, tanto para la comprensión del fenómeno como para los efectos de su prevención, el conocimiento del concepto de aspectos críticos en responsabilidad médica, entendidos como un conjunto de categorías relacionadas con el acto médico, estrechamente vinculadas entre sí, cuya falla estimula la formulación de reclamos y demandas judiciales, independientemente de resultar, o no, justificados.

Los aspectos críticos en responsabilidad médica de mayor importancia práctica son: la relación médico-paciente, la historia clínica, el consentimiento informado (que ya fueron abordados en artículos anteriores en la Revista Médica Hondureña)¹⁻³ y la *lex artis*.

Lex artis. La *lex artis* (ley del arte) constituye el criterio clave para determinar la existencia o no de responsabilidad médica, de tal modo que en el centro argumental y probatorio de los juicios de responsabilidad médica se ubica la cuestión de si hubo cumplimiento o apartamiento de ella.

Esta categoría se refiere a la ejecución del acto médico en el marco de los criterios y procedimientos admitidos en un determinado tiempo y lugar, es decir, en una situación históricamente concreta (*lex artis ad hoc*). Así entendida, se comprende su estrecha y natural vinculación con la educación médica continua.¹

No se trata de valorar cómo hubiera actuado el mejor médico en las condiciones ideales, ni siquiera si el acto médico se corresponde con lo propugnado por la escuela mayoritaria. El concepto de *lex artis* se ha venido impregnando cada vez más de componentes éticos y es indisoluble de la idea de una buena relación médico-paciente, por lo que no basta el cumplimiento de los aspectos estrictamente técnicos del acto médico. Como ejemplo de lo anterior, véase que un procedimiento quirúrgico de coordinación correctamente indicado, oportuna y técnicamente bien ejecutado, no se ajustará a *lex artis* si no se cumplió con el deber de la información (riesgos, alternativas terapéuticas, etcétera), es decir si el médico no contó con un consentimiento válido. Como tampoco se podrá afirmar que se actuó de acuerdo a *lex artis* si no se registró adecuadamente el procedimiento en la historia clínica o si se infringió el principio ético y jurídico de la confidencialidad.¹

Lex artis ad hoc. Es aquel criterio valorativo de la corrección del acto médico concreto ejecutado por el profesional de la medicina, ciencia o arte médico que tiene en cuenta las características específicas de su autor, de la profesión, la complejidad del acto y la trascendencia vital para el paciente y, en su caso, la influencia de factores endógenos, estado e intervención del enfermo, de sus familiares o de la misma organización sanitaria, para calificar dicho acto conforme o no a la técnica normal empleada. (Jurisprudencia. Negligencia Médica y su prevención. Febrero 1999. Accesado 30 enero 2002- Disponible de Negligencia. com [http://www.negligencia.com]).

La *lex artis ad hoc* gravita sobre toda actuación médica. Pero esta ley discurre equilibradamente entre límites obje-

* Médica General y Licenciada en Ciencias Jurídicas y Sociales con Orientación Penal, UNAH.

Dirigir correspondencia a: Colonia Cerro Grande, Zona 4, Bloque 18-A. No. 12.

tivos de atención normal y límites subjetivos de arriesgada y difícil percepción. La sensibilidad y la experiencia del médico jugarán papel decisivo fuera de las previsiones de los tratados al uso. (De Lorenzo R. Mejía I. Formación en Responsabilidad Profesional. [Accesado 14 febrero 2002. Disponible de <http://www.aeds.org/respprope-sipresent.htm>])

Responsabilidad médica. Es la obligación que tiene el médico de reponer y satisfacer las consecuencias de actos, omisiones y errores voluntarios dentro de ciertos límites y cometidos en el ejercicio de su profesión.²

Pocas actividades se ofrecen tan delicadas y exigentes en su ejercicio diario como la médica. Su acentuado carácter social y, en consecuencia, su proyección ilimitada sobre el entorno humano que insistentemente le requiere, suscita a menudo reacciones ante supuestas irregularidades o fallos en su aplicación práctica. La profesión médica tiene mucho de tecnicismo, pero también buena parte de adivinación y de riesgo. La vida, la salud, la integridad física, son bienes inapreciables. Pero el hombre, inexorablemente, se encamina hacia un fin de extinción y de muerte. Junto a enfermedades tradicionales, patologías de recientes aparición ponen al profesional en trance de improvisaciones no exentas de un indudable índice de riesgo. (De Lorenzo R. Mejía I. Formación en Responsabilidad Profesional. [Accesado 14 febrero 2002. Disponible de <http://www.aeds.org/resppropesipresent.htm>]).

Pero hay casos de irresponsabilidad médica como ser: operar en estado de ebriedad, dejar caer al enfermo de la camilla, olvido de elementos extraños en el cuerpo del paciente, dejar ciego al paciente en un tratamiento de radioterapia, etc.² La responsabilidad puede ser de tipo: profesional o deontológico (esta sería denunciante ante el Colegio Médico), civil, y penal.

I. Responsabilidad Profesional.

Es la definida por Gisbert Calabuigen (1991) como "la obligación que tienen los médicos de reparar y satisfacer las consecuencias de los actos, omisiones y errores voluntarios, e incluso involuntarios dentro de ciertos límites, cometidos en el ejercicio de su profesión".

Para que efectivamente se dé un caso de responsabilidad profesional entre el acto u omisión del médico y el resultado dañoso, debe demostrarse una relación causa-efecto entre los mismos (Teixido E, Breman E. La Responsabilidad Profesional en la Praxis psiquiátrica. [Accesado 24 de enero 2002 Disponible de: [sepsiquiatria.com](http://www.sepsiquiatria.com). <http://www.sepsiquiatria.org/sepsiquiatria/manual/a18n2.htm>]).

La administración de justicia ético-disciplinaria en el ámbito médico se ejerce en nuestro país a través del Tribunal de Honor del Colegio Médico de Honduras y constituye la primera instancia en competencia del Colegio Médico con sede en la capital de la República.

Los tribunales de ética están formados por médicos que poseen la condición de magistrados, los cuales investigan y evalúan las conductas denunciadas, y si es procedente imponen la respectiva sanción luego del correspondiente proceso ético-disciplinario. El proceso puede ser instaurado por el paciente, sus familiares, por una entidad pública o privada, por cualquier particular, e incluso puede adelantarse de manera unilateral y oficiosa por el mismo tribunal.³

El Tribunal de Honor es el organismo encargado de vigilar que se mantenga incólume la moral profesional y el prestigio de los colegiados y está integrado por siete miembros propietarios y dos suplentes electos cada año por la Asamblea General Ordinaria entre los colegiados que tengan por lo menos diez años de ejercicio profesional y que nunca hayan sido sancionados por el Colegio Médico de Honduras, pudiendo ser reelectos. Los miembros tendrán las siguientes atribuciones:

- a) Servir de mediador en las controversias que surjan entre los colegiados o entre éstos y los particulares.
- b) Conocer de las quejas y las denuncias contra los colegiados, con audiencia de los inculcados y recomendar las sanciones del caso.
- c) Velar por el estricto cumplimiento de las Normas de Ética Profesional.⁴

Cuando se abre el proceso, se designa a un miembro como fiscal para que realice la investigación, practique las pruebas y emita un dictamen y realice todo el procedimiento enunciado en los artículos del 19 al 33 del Reglamento Interno del Tribunal de Honor del Colegio Médico de Honduras.⁴

II. La responsabilidad civil

La responsabilidad civil en los supuestos de malpraxis medica consistiría en resarcir mediante indemnización económica los perjuicios derivados de dicha malpraxis.

Malpraxis se define como la omisión por parte del Médico de prestar apropiadamente los servicios a que está obligado en su relación profesional con su paciente, omisión que da por resultado cierto perjuicio a éste. La malpraxis tiene dos partes esenciales:

- a. Que el Médico deje de cumplir con su deber.
- b. Como consecuencia de ello cause un perjuicio definido al paciente.²

"La responsabilidad civil es una obligación que nace de la ley, de los contratos y cuasi contratos, y de los actos y omisiones ilícitos o en los que intervenga cualquier género de culpa o negligencia" (Art. 1346 Código Civil).⁵

La responsabilidad civil puede ser **contractual** o **extra-contractual**, consistiendo la primera en la obligación de indemnizar que adquiere aquel que ocasiona perjuicios a otro, debido al incumplimiento de un contrato o convención, o a su cumplimiento defectuoso o tardío y, la segunda, en el deber de asumir las consecuencias económicas de una conducta nociva, sin que medie entre los sujetos relación jurídica previa.³

Existen distintas relaciones posibles entre médico y el paciente. El modelo de relación se construye, en ocasiones, a partir de la elección selectiva que el enfermo hace del médico: a razón de su prestigio, idoneidad, posibilidades económicas, etc. Con relativa frecuencia la elección resulta imposible y el paciente debe aceptar al médico que le asigna su entidad de cobertura asistencial. El caso límite se constituye cuando se brinda atención de urgencia o en un hospital público, supuestos en los que el enfermo no ha ejercido ningún tipo de elección respecto al facultativo asignado (Teixido E, Breman E. La Responsabilidad Profesional en la Praxis psiquiátrica. [Accesado 24 de enero 2002 Disponible de: sepsiquiatra.com. http://www.sepsiquiatra.org/sepsiquiatra/manual/a_18n2.htm].).

En lo que al ejercicio de la medicina se refiere, podemos señalar que la regla general es que se aplique la responsabilidad civil contractual, ya que lo más normal es que la prestación de un servicio médico particular esté precedi-

do de la celebración de un contrato. Sin embargo, se dan otras hipótesis frecuentes en que no existiendo vínculo obligacional, se lleve a cabo la prestación de estos servicios, ya sea que se trate de un paciente inconsciente, ya sea que el médico intervenga unilateralmente, o cuando el contrato adolece de algún vicio jurídico que afecte su validez. Igualmente, aún existiendo contrato, puede ejercerse la acción personal extra-contractual por parte de los herederos cuando el paciente fallece.³

De todas maneras se puede afirmar que la actividad del médico debe realizarse (exista o no contrato), de acuerdo a unas directrices comprendidas en las normas ético-médicas y en las técnicas señaladas por la práctica médica y, por esta razón, sus deberes y obligaciones son los mismos, tanto en el plano contractual como en el extracontractual.³

El médico, como cualquier otro profesional, establece continuamente vínculos jurídicos con las personas que solicitan sus servicios, mediante la celebración del **contrato de servicios médicos**, cuyo incumplimiento será susceptible de generar responsabilidad civil. Es conveniente señalar que junto a este contrato puede coexistir otro denominado "**contrato de servicios hospitalarios**", el cual se celebra con la clínica o el hospital y comprende prestaciones médicas, paramédicas, hoteleras, asistenciales, etc. Las relaciones jurídicas pueden ser por ende diversas y, por esta razón, debe analizarse cada caso individualmente para determinar quien debe responder civilmente (médico, hospital, o ambos conjunta o solidariamente), ante la acusación de un determinado daño en la integridad del paciente que contrató los servicios.³

Tipos de contratos de asistencia médica

Distintos tipos pueden darse en el contrato de asistencia médica según los sujetos intervinientes y el modo de iniciación de la relación, siendo éstos los presupuestos habituales de formación:

1.- Relación directa

Ocurre cuando el paciente concurre al consultorio particular del médico para su asistencia o requiere de sus servicios en el domicilio sino puede trasladarse. Este tipo presenta varias formas:

- a) Cuando de acuerdo con la idea preindicada la relación tiene lugar entre médico y paciente sin otros intervinientes, puede hablarse de una relación direc-

ta pura; b) Cuando el paciente llega al consultorio "llevado" por un familiar o un tercero o son éstos los que requieran la presencia del profesional en el domicilio del enfermo, se estará en presencia de una relación directa impura; c) Puede ocurrir que la relación se establezca a raíz de un estado de "emergencia", o sea cuando el profesional atiende a alguien que se ha accidentado, o ha sufrido un desvanecimiento o se encuentra en estado de inconciencia, siendo indiferente que la atención se preste en la vía pública o en el lugar donde ocurre el evento ó en el consultorio particular al que ha sido llevado aquel. La naturaleza de éste supuesto, que se considera también contractual, ya sea porque la activación del médico lo vincula de tal manera con el destinatario de su asistencia quien así pudo considerarlo en estado previo de conciencia o bien por la existencia de una voluntad tácita pre-existente que supone aceptar la actuación del médico en caso de necesidad.⁶

2. Relación indirecta

Puede ocurrir que el origen de la relación no tenga lugar de manera directa sino a través de organismo intermedio por ejemplo:

- a. Que la relación se de a través de un hospital o centro asistencial, estatal, nacional, provincial o municipal, al cual el paciente concurre voluntariamente o en caso de emergencia.
- b. Puede ocurrir que la vinculación se dé a través de un sanatorio o centro de asistencia privado, del cual el paciente sea socio o no;
- c. El paciente puede en función de su estado laboral (con una obra social, a la que se encuentre obligatoriamente afiliado) con respecto a la naturaleza jurídica del vínculo entre los organismos intermedios (caso del sindicato que contrató con un sanatorio para que se preste atención médica a sus afiliados) puede admitirse en principio, que se trataría de una estipulación (cláusula) a favor de un tercero.⁶

La rescindibilidad del contrato, a instancia de cualquiera de las partes, el apartamiento de las obligaciones convencionales, no podrá concretarse por el médico cuando suponga un abandono que haga peligrar la salud del paciente, el médico tiene el deber de proseguir la asistencia hasta que sea factible

su delegación en otro médico en el servicio público competente. La facultad del médico de desistir libremente del contrato, en tanto no dañe al enfermo con su actitud y asegure la continuidad de los cuidados, existirá siempre que el acto se encuentre en curso de ejecución y no se haya prefijado un resultado completo y temporalmente cierto.⁷

Extinción del Contrato

Los principios generales que gobiernan la extinción de los contratos tienen aplicación específica, sin perjuicio de las causas propias que pueden determinar el fin de la relación médico-paciente. Puede darse la nulidad del contrato cuando, por ejemplo, la relación se establezca con alguien que aparenta ser profesional y en realidad no lo es o cuando el paciente engaña al médico con miras a obtener determinadas ventajas.

1. **Causas de extinción en la relación directa.** El modo natural y esperado de la extinción lo constituye la curación o el alta del paciente; el contrato también acaba por muerte de éste, o del médico. Una forma anómala de finalizarlo sería el cambio de médico por decisión del paciente o el abandono de este por parte de aquel.
2. **Causas de extinción en la relación indirecta.** La curación o alta del paciente o su muerte extinguen al contrato; la pérdida de los derechos asistenciales por parte del afiliado, así como el cese de las prestaciones por parte del organismo intermedio. En cambio, ni la muerte ni la sustitución del médico extingue el contrato, pues la obligación cumplirá su prestación con otro profesional.⁶

III. La responsabilidad penal

Es aquella que se deriva de un delito y "son delitos o faltas las acciones y omisiones dolosas o culposas penadas por la ley" (Art. 13. Código Penal).⁸

El derecho penal ha sido durante toda la historia la herramienta fundamental que representa el poder punitivo del Estado. Por medio de él se han prohibido bajo amenaza de pena, las conductas que más escozor y zozobra causan en la sociedad y que afectan los bienes jurídicos que deben ser protegidos con mayor interés. El Código Penal

consagra una serie de comportamientos denominados delitos que, en caso de ser cometidos por algún individuo, lo hacen merecedor de penas, generalmente privativas de la libertad (reclusión, prisión).³

En la valoración de la responsabilidad penal se tienen en cuenta:

La naturaleza del delito: imprudencia o negligencia simple, o imprudencia temeraria, en los delitos culposos o de negligencia, e intencionalidad o malicia en los delitos dolosos. Esta diferencia tiene una importancia radical, pues desde ella se establecen dos categorías netamente diferenciadas en el ámbito penal, y que vienen definidas por la dimensión subjetiva del acto u omisión punibles: delito doloso (dolo) cuando existe malicia o intencionalidad, y en caso contrario, el delito culposo obedecería a una conducta negligente pero no propiamente intencional.

La mayoría de las reclamaciones por supuesta malpraxis suelen cursarse por el procedimiento más ágil: la vía penal, la cual a su vez se acompaña accesoriamente de una responsabilidad civil que se concreta en una indemnización económica. (Teixido E, Breman E. La Responsabilidad Profesional en la Praxis psiquiátrica. [Accesado 24 de enero 2002 Disponible de: sepsiquiatra.com. <http://www.sepsiquiatra.org/sepsiquiatra/manual/a 18n2.htm>].)

Otra cuestión de interés legal sería la magnitud del perjuicio causado, la cual viene a determinar la cantidad indemnizable y es independiente de la dimensión culposa o dolosa del delito. Así pues, un delito de escasa gravedad penal (negligencia) puede resultar muy costoso económicamente en cuanto a la responsabilidad civil subsidiaria por ejemplo, una parálisis o el fallecimiento de un padre de familia. En el polo opuesto, un delito grave o intencional (dolo) podría no resultar costoso económicamente, aunque fuera muy elevada la pena impuesta al culpable, por ejemplo, un asesinato frustrado sin resultados de lesiones, o si la víctima falleciera pero no tuviera familiares virtualmente indemnizable (Teixido E, Breman E. La Responsabilidad Profesional en la Praxis psiquiátrica. [Accesado 24 de enero 2002 Disponible de: sepsiquiatra.com. <http://www.sepsiquiatra.org/sepsiquiatra/manual/a 18n2.htm>].)

Los tres tipos de procesos, a saber, el civil, el penal y el ético disciplinario, son totalmente independientes y sus sentencias no necesariamente deben coincidir por tratarse de valoraciones, normas y causas distintas.⁶ Sin embargo, dichos procesos tienen relación entre sí, por el traslado de pruebas que pueda presentarse así como por la ilustración que puede brindar un juzgador a otro.³

En un aspecto procedimental si alguien pretende la indemnización de perjuicios que le han ocasionado puede demandar civilmente de manera directa o constituirse parte civil en el proceso penal. Por otra parte si en concepto del tribunal de ética el contenido de la denuncia, permite establecer violación de normas penales, civiles o administrativas los hechos se deben poner en conocimiento de las autoridades competentes. No puede ni el juez civil ni el tribunal de ética imponer penas de prisión, ni tampoco este último condenar a la indemnización de perjuicios, mientras que el juez penal puede, además de condenar a prisión, prohibir accesoriamente el ejercicio de la profesión (inhabilitación) obligar al pago de la correspondiente indemnización.³

En conclusión, el conocimiento de la responsabilidad médica, así como los aspectos críticos de esta, aunado a la comprensión y práctica de los deberes y derechos de los médicos y la educación médica continua, son elementos fundamentales para la prevención de las demandas judiciales contra los médicos.

REFERENCIAS

1. **Rodríguez Almada H. Los aspectos críticos de la responsabilidad médica y su prevención. Rev Med Uruguay 2001;1:17-23.**
2. **Castro Bobadilla D, Dikerman Kraunick A. Compendio de Medicina Forense. Alin Editora S.A. Tegucigalpa, Honduras 1995.**
3. **Yepes Restrepo S. La Responsabilidad Civil Médica 3ra. Edición Colombia. Biblioteca Jurídica Dike 1994.**
4. **Compendio de leyes y reglamentos del Colegio Médico de Honduras.**
5. **Código Civil Art. 1346 Decreto No.76- 1906.**
6. **Yungano López, Boluso Podggi B. Responsabilidad Profesional de los Médicos. 2da. Edición. Buenos Aires. Editorial Universidad 1986.**
7. **Bueres A. Responsabilidad Civil Médica Editorial Abuco. Buenos Aires 1974.**
8. **Código Penal (Reformado) 2002 Art.13 Decreto No. 144 - 83.**

Conceptos generales sobre la reforma en salud en Honduras

*Carlos Godoy Arteaga**

INTRODUCCIÓN

La salud es un bien social. La salud individual y colectiva es un índice de bienestar y factor influyente en la felicidad y el equilibrio de las comunidades humanas. La sociedad vive en constante aspiración y lucha por mejorar su nivel de salud, el cual es un fenómeno con orígenes multicausales que se encuentran inmersos en todas las facetas y actividades del ser humano.

El mantenimiento de un óptimo nivel de salud depende, primero, de la ejecución de acciones equilibradas y sinérgicas por todos los individuos de una comunidad indiferentemente de estamentos sociales y, segundo, de su relación con el ambiente cuyas características son determinantes para alcanzar el ideal, por lo que la Reforma en Salud se refiere a una transformación y cambio positivo de toda una sociedad en relación con su salud, pero no se limita al pequeño escenario configurado por las instituciones del sector salud, que solo es un fragmento del contexto social.

La Reforma en Salud se plantea actualmente en los países como un movimiento renovador, igual a todos los movimientos sociales que se han sucedido y que constituyen la avanzada para transformar favorablemente las características de la vida humana. Las causales de los movimientos transformadores y de cambio son obvias, pues no son más que la identificación y señalamiento de un estado de cosas que se considera ya suficientemente utilizado, gastado y que se ha convertido en problema,

lejos de ser solución. Los países han detectado que es necesario renovar pensamientos alrededor del accionar en el campo de la salud, que se ocupa revitalizar las doctrinas, cambiar procedimientos, establecer nuevos modelos gerenciales y encontrar novedosas formas de financiamiento.

El presente documento expondrá conceptos generales sobre la Reforma, tratando fundamentalmente de que estén en sintonía con la realidad hondureña. Hay abundantes y variadas experiencias de países y hay fuerte tendencia a reimplantar semillas sembradas en otros predios. La facilidad actual en las comunicaciones lleva a una socialización tan rápida y completa de las estrategias que hace que los técnicos se entusiasmen y vean fácil la inserción de experiencias foráneas, olvidando que, por muy corta que sea la distancia física entre conglomerados sociales, hay diferencias culturales y de muchas otras clases que marcarán inexorablemente con el signo del fracaso a cualquier acción que se ejecute sin tomar en cuenta esos peculiares rasgos sociales.

No hay pretensión por tanto, de que los señalamientos expuestos en este documento sean tomados como señeros, sino como motivadores de una sana y productiva discusión de la cual salgan las mejores decisiones para Honduras

ANTECEDENTES

Honduras ha vivido etapas fundamentales de reforma en el campo de la salud. Ya nuestras poblaciones precolombinas en las que se destaca con esplendor y orgullo la cul-

* Pediatra Salubrista.

Dirigir correspondencia a: Dr. Carlos Godoy Arteaga, Correo electrónico: godoyarteaga@hotmail.com

tura Maya conocían y aplicaban valiosas medidas de salud pública que se orientaban al mantenimiento del medio y de la salud individual y colectiva, además de que manejaban muchas y eficaces técnicas de medicina curativa. Después del gran retroceso social que significó el coloniaje se revitalizaron las acciones de protección de la salud colectiva y las asistenciales en el movimiento de la Reforma Liberal de finales del siglo XIX, construyéndose los cimientos legislativos, de control social y de organización de los servicios asistenciales, así como las acciones de formación de recursos humanos para la salud, especialmente de médicos y enfermeras.

En la primera mitad del siglo XX se van mejorando las leyes y reglamentos relacionados con la salud y se organiza la red asistencial con centros de salud y hospitales ubicados en los sitios más poblados, siendo indudable que por la notoria pobreza económica del país que ha estado hasta ahora clasificado como país pobre y sub desarrollado, fuertes núcleos humanos, por razones geográficas, económicas o culturales, quedaron y han continuado postergados del acceso a los servicios de salud.

La Organización Sanitaria de esa época estaba adscrita a la Secretaría de Gobernación, Justicia, Sanidad y Beneficencia, como una modesta dependencia llamada Dirección General de Sanidad. El concepto de beneficencia pública y de caridad social sostenía como filosofía principal al Sistema de Salud.

En 1955 se da un gran salto cualitativo al crearse la Secretaría de Salud Pública y Asistencia Social, lo que significa que, como Ministerio, forma parte del Gabinete de Gobierno alcanzado sus acciones una relevancia muy significativa. En esa época los responsables de la conducción del sistema con una gran visión patriótica configuraron una organización muy buena para su época, comenzaron la formación sistemática de los recursos humanos en Salud Pública, elaboraron y pusieron en práctica avanzados Manuales de Normas y Procedimientos de los establecimientos de salud, crearon y sistematizaron una red de atención con Direcciones Generales, Dirección de Servicios Locales, Divisiones Técnico Normativas y Distritos Sanitarios, dando inicio a la construcción de Centros de Salud, Centros de Adiestramiento de Técnicos en Salud y a la modernización de los hospitales. En esa misma época ocurre un evento trascendental que es la creación del Instituto Hondureño de Seguridad

Social en 1962, con lo que las tareas asistenciales en salud pasan a ser compartidas, estableciéndose desde esa fecha una duplicación de acciones y servicios que ha sido peculiar en nuestros países. La creación del Patronato Nacional de la Infancia por iniciativa de la Asociación Pediátrica Hondureña determinó que los fondos generados por la Lotería Nacional fueran destinados exclusivamente a las actividades de atención a la salud materno infantil.

De 1972 a 1978 se apuntala otro importante pilar en el proceso de Reforma en Salud. Se da un paso trascendental organizacional al crearse una sola Dirección General de Salud para unificar conceptual y funcionalmente la labor de la red asistencial (hospitales y centros de salud), evitando la dicotomía de acciones y el caos en el proceso de gestión.

Se impulsa y se organiza el trabajo para la participación comunitaria, lo que da origen a un inusitado proceso de ampliación de cobertura de servicios con amplia participación social y en el que intervienen como actores principales los voluntarios de salud. Este proceso fue observado como novedoso en todo el mundo no porque significara el descubrimiento de una nueva filosofía en la salud, sino porque un principio de la doctrina de la Salud Pública como era el de la participación comunitaria, se estaba practicando en Honduras.

En esa misma época se ejecutó la descentralización en las acciones y el respeto a las autoridades locales y regionales en la toma de decisiones. Se continuó formando recursos humanos en todas las áreas y se dio gran impulso a la formación de técnicos en laboratorio, anestesia y rayos X. Esta experiencia de trabajo con la comunidad se destruyó abruptamente a partir de agosto de 1978 por el impacto de la Doctrina de la Seguridad Nacional.

Décadas después se logró poner en operación los Hospitales de Área (antes llamados Centros Hospitalarios de Emergencia) y el Hospital Regional de San Pedro Sula. Sin embargo, el avance sostenido en el deterioro de las condiciones socio económicas del país, los conflictos políticos del área que afectaron indeleblemente a Honduras, la migración rural y la imposición del modelo económico neoliberal han hecho que el Sistema de Salud y de Seguridad Social se vea influido y sea víctima de ese deterioro colectivo.

A la depauperación de las condiciones de vida y del Sistema Nacional de Salud se une un acelerado proceso de destrucción del ambiente, especialmente por la tala inmisericorde de los bosques y la contaminación de las fuentes de agua y del ambiente, acciones ejecutadas por grupos de poder económico-político que manejan con eficacia la aplicación de las leyes y que evitan que estas cumplan su objetivo de protección al medio.

MARCO DE REFERENCIA

La lucha de los trabajadores sanitarios ha hecho que, dentro de ese panorama negativo de las condiciones de vida del país en las últimas décadas, se exhiban grandes conquistas en el campo de la salud pública nacional de las que pueden darse algunos ejemplos. Se destaca el espectacular logro alcanzado con el PAI (Programa Ampliado de Inmunizaciones) al erradicar la Poliomielitis en el país y al estar ya cercana la erradicación de otras enfermedades prevenibles por vacuna, se han estabilizado las acciones formativas de los Post Grados en Medicina y Salud Pública, se avanza persistentemente en la lucha contra el SIDA y se alcanza un importante nivel en el descenso de la mortalidad infantil por diarrea al implementarse la terapia de rehidratación oral con bastante éxito.

En la actualidad el marco de referencia se delinea por el deterioro físico, financiero y organizacional del sistema asistencial de la Secretaría de Salud y del IHSS, el agotamiento del modelo de atención consultista, biologicista e individualista y por el alejamiento de la meta de alcanzar una fuerte integración de las instituciones del sector salud en vista de la poderosa influencia del pensamiento y acción neoliberal, impulsado por los organismos financieros internacionales.

ANÁLISIS DE PUNTOS CRÍTICOS

El financiamiento de los servicios de salud es persistente y progresivamente deficitario. No hay visos de mejoría de la situación fiscal del país. El poder económico y político de la nación trabaja sincronizadamente con las fuerzas económicas de afuera bajo el ropaje de la globalización a sabiendas del evidente fracaso de las medidas económicas y fiscales impuestas por el modelo neoliberal.

Los sectores nacionales comprometidos, impulsan la idea de que se vaya rápidamente a la privatización de los servicios asistenciales y de seguridad social, sin importarles los fracasos de esos procesos en otros países al alejar más a los pobres del acceso a los servicios de salud y seguridad social y beneficiar solamente a selectos grupos privilegiados que explotan los seguros médicos y de pensiones privados, para lo que, aplicando el poder económico, atrapan el poder político impidiendo así, los cambios favorables a las grandes mayorías nacionales.

En Honduras se da la excelente coyuntura de que el Colegio Médico de Honduras se opone frontalmente a cualquier acción que tienda a la privatización de los servicios médicos y de seguridad social, posición que indudablemente bloquea cualquier acción de los grupos minoritarios que pudieran estar interesados en convertir el sistema asistencial público en uno privado.

Existe todavía un amplio porcentaje poblacional sin acceso a la red de servicios de salud y de la seguridad social. En el caso particular del IHSS hay una clara posición favorable de trabajadores y de la clase media a pagar una elevación de cuotas por la ruptura de techos pese al impacto sobre sus magras economías, con tal de contar con los servicios del IHSS.

PUNTOS CRÍTICOS

La Reforma en Salud en Honduras deberá enfocarse a asuntos legales, de rectoría, separación de funciones, financiamiento, participación social y cogestión y al establecimiento de un nuevo modelo de atención y de gestión.

Postulamos que el financiamiento debe provenir del Aseguramiento Universal de todos los hondureños de manera que este sea obligatorio, garantizando así que habrá solidaridad social por la cual paguen más los que más tienen a favor de los que menos tienen, con garantía de equidad en el acceso y calidad de los servicios.

Otra fuente de financiamiento debe ser el Presupuesto General de Ingresos y Egresos de la nación ya que no puede soslayarse la responsabilidad del estado como tal. La operación del sistema sería separando totalmente las funciones de aseguramiento y de manejo económico y

financiero, de las funciones de atención médica. Se crearía una institución de seguro con la modalidad que se crea conveniente y una institución prestadora de los servicios que sería financiada por aquella.

El modelo de atención que se adoptaría en todo el país sería el de la Medicina Familiar, en coordinación con entidades formadoras de Recursos Humanos para formarlos con esa filosofía de trabajo.

Es indudable que habría que crear una legislación adecuada y conformar una nueva cultura para la cogestión, a fin de evitar el entronizamiento y arraigo de los vicios de la corrupción. La cogestión es el máximo nivel de la participación social y aunque se tiene experiencia en este

campo no deben desconocerse los vicios que pueden generarse cuando malas dirigencias se apoderan de los procesos.

Lo importante es que el país se aboque a un amplio, consistente y confiable proceso de Investigación Social que garantice que se emita una opinión del pueblo hondureño acerca de la reforma y sus modalidades, de esa manera, cuando se haya efectuado ese estudio de la factibilidad política, ética, cultural, técnica y financiera de la Reforma, la aprobación de nuevas leyes será un fácil proceso ya previamente convalidado por la opinión popular. Todo depende de que las cosas se hagan siguiendo el concepto fundamental de servir a las grandes mayorías nacionales necesitadas.

HE LLEGADO A LA CUMBRE DE LA FAMA Y NO HE ENCONTRADO
REFUGIO EN SU DESIERTA Y ESTERIL ALTURA. CONDUCEME MI
GUIA, ANTES QUE LA LUZ MUERA, AL VALLE DE LA QUIETUD, DONDE
MADURA EN DORADA SABIDURIA EL FRUTO DE LA VIDA.

R. TAGORE

El juramento médico

Arnulfo Bueso Pineda*

Todas las profesiones, oficios u ocupaciones deberían de llevar los afanes de servir al prójimo. La medicina es ideal para ese propósito y el ser médico, sin discusión alguna, es altamente honorífico, propicio para dar cumplimiento a los códigos de moral, ética y todas las buenas costumbres.

El Doctor Carlos M. Gálvez, nuestro recordado Maestro de Historia de la Medicina, con su elocuencia y humildad nos embelesaba con los bellos postulados del Juramento Hipocrático. La sociedad en general lo desconoce pero esta pronta a reclamarnos cuando observa algunas conductas indeseables del médico. Los griegos no dudaban que la medicina era un arte y de éste decían que los Dioses de Hélade le dieron su perpetua y ardiente juventud, de ahí que el introito del Juramento de Hipócrates tenga un compromiso politeísta: "Juro por Apolo Médico, por Higea y Panacea, por todos los dioses y todas las diosas, tomándolos como testigos, que cumpliré según mis fuerzas y mi capacidad, el juramento y compromisos siguientes". Todo es bello, pero en particular me inspiran:

- Yo voy a usar mi poder para poder ayudar al enfermo con lo mejor de mis habilidades y juicio, y me abstendré de hacer daño o algo equivocado a cualquier persona con este mismo poder.
- Yo no voy a darle una poción fatal a ninguno y si fuera preguntado a hacerlo, no aceptaré ninguna sugerencia para hacer una cosa así. Tampoco le daré a ninguna mujer los medios para procurarle un aborto.

- Cuando yo visite una casa, voy a ir para ayudar al enfermo y nunca con la intención de hacerle daño o lastimarlo. Yo no abusaré de mi posición para dar lugar contactos sexuales con los cuerpos de mujeres u hombres ya sean ellos personas libres o esclavos.
- Cualquier cosa que yo vea y oiga profesional o privadamente, no tengo porque divulgarla, yo guardaré el secreto y no le diré a nadie.
- Si de tal manera, yo cumplo con este juramento y no lo violo podré yo prosperar en mi vida y en mi profesión, ganando una buena reputación ante todos los hombres por todo el tiempo, y si yo lo transgrediera o hubiera jurado en falso, que sea mi suerte todo lo contrario.

La Asamblea General de la A.M.M., Ginebra 1948 y luego refrendada en Sydney en 1968, aprobó la siguiente:

DECLARACION DE GINEBRA

"En el momento de ser admitido como miembro de la profesión Médica:

Prometo solemnemente consagrar mi vida al servicio de la humanidad;

Otorgar a mis maestros los respetos, gratitud y consideraciones que merecen;

Ejercer mi profesión dignamente y a conciencia;

Velar solícitamente, y ante todo, por la salud de mi paciente;

* Médico.

Dirigir correspondencia a: Dr. Arnulfo Bueso, Santa Rosa de Copán.

Guardar y respetar los secretos a mí confiados;

Mantener incólume, por todos los conceptos y medios a mi alcance, el honor y las nobles tradiciones de la profesión médica;

Considerar como hermanos a mis colegas;

Hacer caso omiso de credos políticos y religiosos, nacionalidades, raza y rangos sociales, evitando que estos se interpongan entre servicios profesionales y mi paciente;

Velar con sumo interés y respeto por la vida humana, desde el momento de la concepción aún bajo amenaza, no emplear mis conocimientos médicos para contravenir las leyes humanas;

Solemne y espontáneamente, bajo mi palabra de honor, prometo cumplir lo antedicho".

Nuestro recordado colega Carlos M. García M. (Q.D.D.G.) nos dejó un mensaje de ética médica:

"No ahoguemos por el exceso de trabajo la ilusión de nuestra primera clase de anatomía. Debemos pues, despojarnos de la arrogancia, que no fue materia que se nos impartió, y de la soberbia, que jamás tuvo unidades valorativas en nuestra formación académica".

Santa Rosa de Copán, 13 de marzo de 2004.

LA MULTITUD DE PIEDRAS DE ANIMALES Y DE HOMBRES
A SU ARBOL SE ABRAZAN HASTA FUNDIRSE
EN UNA.

EL ALMA
NO SALDRA DE ESA PIEDRA ONDULANTE
DESPRENDIDA DE LA NOCHE ESTRELLADA...

ROBERTO SOSA
(FRAGMENTO DE POEMA COPAN)

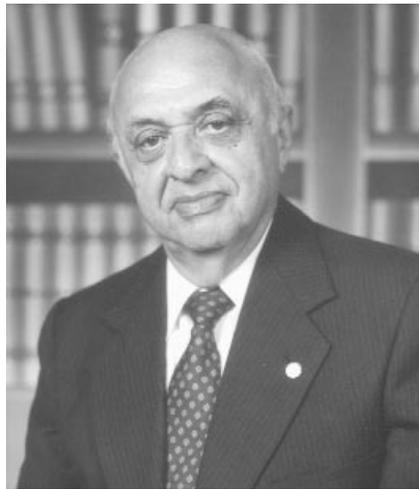
Premio de Educación Médica Continua

Jorge Haddad Quiñones

Elia B. Pineda, Cecilia Varela-M.†*

En el año 2001 el Centro Nacional de Educación Médica Continua (CENEMEC) del Colegio Médico de Honduras propuso la creación del Premio de Educación Médica Continua Dr. Jorge Haddad Quiñones. Dicha propuesta, llevada por la Junta Directiva presidida por el Dr. Felicitó Montalván Toscano, a la Asamblea General Ordinaria de febrero del 2002, fue acogida con entusiasmo y aprobada por el gremio médico; en octubre del 2002 el premio fue solemnemente inaugurado en ceremonia realizada en el marco de la celebración de la Semana del Médico en la cual la Junta Directiva del Colegio Médico de Honduras presidida por la Dra. Odessa Henríquez Rivas, entregó reconocimiento y exalto la personalidad, trayectoria profesional y de trabajo dedicado al fomento de la educación médica de los trabajadores de la salud al Dr. Jorge Haddad Quiñones.

El propósito de este premio es el de reconocer la dedicación a la docencia en el área de la salud a quienes hayan contribuido de manera excepcional al desarrollo de



nuevos planteamientos y modelos que conlleven a conductas más apropiadas y a resolver los problemas prioritarios del país, así como fomentar la actividad de la docencia, de manera que el producto de estas enseñanzas, sea a través de una cátedra, talleres, escritos científicos o del ejemplo, se traduzcan en la formación de un mejor profesional de la salud y en una medicina de óptima calidad para bienestar de nuestra población.

El Premio de Educación Médica Continua lleva el nombre Dr. Jorge Haddad Quiñones, en reconocimiento a la personalidad de este médico quien se ha destacado en diferentes campos nivel nacional como internacional. Sus aportes han sido en el ámbito de la educación universitaria, en la administración pública en la Secretaría de Salud, la cooperación internacional en la Organización Panamericana de la Salud, en el desarrollo gremial a través del Colegio Médico de Honduras y la Federación Centroamericana de Colegios Médicos, y en la práctica privada en el campo de la gastroenterología. También desde joven cultivó su interés en las artes, especialmente la música y el teatro, donde contribuyó con la creación y fortalecimiento de la orquesta de la Asociación de Estudiantes de Medicina, el Coro de Voces Universitarias.

A pesar de lo difícil que resulta resumir la contribución del Dr. Haddad a través de más de 40 años de ejercicio

* Licenciada en enfermería con Maestría Quirúrgica. Docente del Postgrado de Enfermería. Facultad de Ciencias Médicas.

† Médica Internista y Neumóloga. Profesora Titular III. Postgrado de Medicina Interna. Dirección de Postgrados de Medicina del Hospital Escuela. UNAH. Instituto Nacional del Tórax.

Dirigir correspondencia a: Dra. C Varela-M. Correo electrónico: lutvar@yahoo.com.mx

profesional, queremos destacar sus múltiples aportes en el campo del desarrollo de los trabajadores en el área de salud, donde él ha logrado rescatar las lecciones y mística de trabajo del pasado y armonizarlas con las tendencias modernas, evidenciando las debilidades y desaciertos del sistema de salud y de la educación. Además ha logrado fortalecer el desarrollo de las personas y equipos de trabajo a través de su gran capacidad para identificar y facilitar las potencialidades de las personas; ha enseñado a través del ejemplo, construyendo procesos con las personas, incorporando la investigación y el permanente desarrollo de ideas y conocimientos.

En este campo, el Dr. Haddad ha logrado integrar las experiencias en los diferentes espacios de trabajo, y hacer propuestas innovadoras que se sustentan en principios fundamentales como:

El aprendizaje es un proceso social y colectivo, permanente que parte de los vacíos en el conocimiento encontrados en el trabajo.

- Los trabajadores de la salud deben pasar inevitablemente, por una obligada y fundamental modificación de los modos de pensar y actuar, que incluye la construcción de una nueva visión de salud.
- Los procesos, como son la educación y el desarrollo de los trabajadores, necesita un monitoreo continuo, y la creación de un sistema de inteligencia capaz de

alimentar la toma de decisiones y la construcción de conocimiento permanente.

- Son los grupos y las instituciones en el marco de una visión de salud renovada, y aplicando el conocimiento que emerge de las vivencias, los que transforman los procesos.
- Los procesos en salud, ya sea de atención ó educación, son enriquecidos por el trabajo colectivo, participativo e interdisciplinario.

Estos planteamientos han sido la base para muchas de las propuestas hechas por el Dr. Haddad, entre ellas, educación continua para los gremios, educación permanente en los procesos de trabajo, formación de trabajadores de la salud; todas ellas orientadas a la construcción de nuevas prácticas y nuevos modelos que permitan una atención en salud holística y de calidad, así como una participación ciudadana efectiva de cada uno de los que trabajamos en el campo.

A través de su ejercicio profesional comprometido el Dr. Jorge Haddad es un ejemplo para las nuevas generaciones, sus contribuciones han servido de guía para muchos procesos. Seguras estamos de que estos valiosos aportes continuarán generando debates y orientando el trabajo en salud por muchos años. Todas y todos los que hemos tenido el privilegio de conocer, trabajar, aprender y construir con él, le felicitamos y le agradecemos.

LEJOS DE SU CASA, UN HOMBRE ES ESTIMADO POR LO QUE PARECE;
EN SU CASA, UN HOMBRE ES ESTIMADO POR LO QUE ES.

PROVERBIO CHINO

Tabaquismo¹

Base de Datos Medline. Búsqueda hasta Mayo 2004, artículos de revisión (review papers).

1. Parrott S, Godfrey C. Economics of smoking cessation. *BMJ* 2004; 328: 947-9.
2. Gray N. The ethics of policies for the prevention of tobacco disease. *Acta Oncol* 2004; 43: 8-10.
3. Johnson GK, Hill M. Cigarette smoking and the periodontal patient. *J Periodontol* 2004; 75: 196-209.
4. Heath J, Andrews J, Balkstra CR. Potential reduction exposure products and FDA tobacco and regulation: a CNS call to action. *Clin Nurse Spec* 2004; 18: 40-8.
5. Jamrozik K. Population strategies to prevent smoking. *BMJ* 2004; 328: 759-62.
6. Cagle BB. Kicking butt. A review of smoking cessation strategies. *Adv Nurse Pract* 2004; 12(3): 61-4.
7. Patterson F, Lerman C, Kaufmann VG, Neuner GA, Audrain-McGovern J. Cigarette smoking practices among American college students: review and future directions. *J Am Coll Health* 2004; 52(5): 203-10.
8. Sockrider MM. Addressing tobacco smoke exposure: passive and active. *Pediatr Pulmonol Suppl* 2004; 26: 183-7.
9. Coleman T. Cessation interventions in routine health care. *BMJ* 2004; 328(7440): 631-3.
10. Yach D, Hawkes C, Epping-Jordan JE, Galbraith S. The World Health Organization's Framework Convention on Tobacco Control: implications for global epidemics of food-related deaths and disease. *J Public Health Policy* 2003; 24(3-4): 274-90.
11. Coleman T. Special groups of smokers. *BMJ* 2004; 328(7439): 575-7.
12. Ashmead GG. Smoking and pregnancy. *J Matern Fetal Neonatal Med* 2003; 14(5): 297-304.
13. Anderson P, Jane-Llopis E. How can we increase the involvement of primary health care in the treatment of tobacco dependence? A meta-analysis. *Addiction* 2004; 99(3): 299-312.
14. Molyneux A. Nicotine replacement therapy. *BMJ* 2004; 328(7437): 454-6. Erratum in: *BMJ* 2004; 328(7441): 686.
15. Coleman T. ABC of smoking cessation. Use of simple advice and behavioural support. *BMJ* 2004; 328(7436): 397-9.
16. Sorensen G, Barbeau E, Hunt MK, Emmons K. Reducing social disparities in tobacco use: a social-contextual model for reducing tobacco use among blue-collar workers. *Am J Public Health* 2004; 94(2): 230-9.
17. Remler DK. Poor smokers, poor quitters, and cigarette tax regressivity. *Am J Public Health* 2004; 94(2): 225-9.
18. Andrews JO, Heath J. Women and the global tobacco epidemic: nurses call to action. *Int Nurs Rev* 2003; 50(4): 215-28.
19. Jairath N, Mitchell K, Filleon B. Childhood smoking: the research, clinical and theoretical imperative for nursing action. *Int Nurs Rev* 2003; 50(4): 203-14.
20. Jarvis MJ. Why people smoke. *BMJ* 2004; 328(7434): 277-9.
21. Baker TB, Brandon TH, Chassin L. Motivational influences on cigarette smoking. *Annu Rev Psychol* 2004; 55: 463-91.
22. Edwards R. The problem of tobacco smoking. *BMJ* 2004; 328(7433): 217-9.
23. Vineis P, Alavanja M, Buffler P, Fontham E, Franceschi S, Gao YT, Gupta PC, Hackshaw A, Matos E, Samet J, Sitas F, Smith J, Stayner L, Straif K, Thun MJ, Wichmann HE, Wu AH, Zaridze D, Peto R, Doll R. Tobacco and cancer: recent epidemiological evidence. *J Natl Cancer Inst* 2004; 96(2): 99-106.
24. Aquilino ML, Lowe JB. Approaches to tobacco control: the evidence base. *Eur J Dent Educ* 2004; 8 Suppl 4:11-7.

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

25. George TP, O'Malley SS. Current pharmacological treatments for nicotine dependence. *Trends Pharmacol Sci* 2004; 25(1):42-8.
26. Sandhu JS. Smoking--a renal risk factor. *J Assoc Physicians India* 2003; 51:900-2.
27. Sweanor D. Legal strategies to reduce tobacco-caused disease. *Respirology* 2003; 8(4): 413-8.
28. Bhopal R, Vettini A, Hunt S, Wiebe S, Hanna L, Amos A. Review of prevalence data in, and evaluation of methods for cross cultural adaptation of, UK surveys on tobacco and alcohol in ethnic minority groups. *BMJ* 2004; 328(7431): 76. Erratum in: *BMJ* 2004; 328(7439):563.
29. Ivers RG. A review of tobacco interventions for Indigenous Australians. *Aust N Z J Public Health* 2003; 27(3): 294-9.
30. Percival J, Bialous SA, Chan S, Sarna L. International efforts in tobacco control. *Semin Oncol Nurs* 2003; 19(4): 301-8.
31. Bialous SA, Kaufman N, Sarna L. Tobacco control policies. *Semin Oncol Nurs* 2003; 19(4): 291-300.
32. Hutchinson KM, Froelicher EA. Populations at risk for tobacco-related diseases. *Semin Oncol Nurs* 2003; 19(4):276-83.
33. Browning KK, Wewers ME. Smoking cessation and cancer. *Semin Oncol Nurs* 2003; 19(4): 268-75.
34. DiFranza JR, Wellman RJ. Preventing cancer by controlling youth tobacco use. *Semin Oncol Nurs* 2003; 19(4): 261-7.
35. Sohn M, Hartley C, Froelicher ES, Benowitz NL. Tobacco use and dependence. *Semin Oncol Nurs* 2003; 19(4): 250-60.
36. Klein JD, Camenga DR. Tobacco prevention and cessation in pediatric patients. *Pediatr Rev* 2004; 25(1): 17-26.
37. Castagnoli K, Murugesan T. Tobacco leaf, smoke and smoking, MAO inhibitors, Parkinson's disease and neuroprotection; are there links? *Neurotoxicology* 2004; 25(1-2): 279-91.
38. Wallace-Bell M. The effects of passive smoking on adult and child health. *Prof Nurse* 2003; 19(4): 217-9.
39. Hughes JR. Motivating and helping smokers to stop smoking. *J Gen Intern Med* 2003; 18(12): 1053-7.
40. Jain A. Treating nicotine addiction. *BMJ* 2003; 327(7428): 1394-5.
41. Hofhuis W, de Jongste JC, Merkus PJ. Adverse health effects of prenatal and postnatal tobacco smoke exposure on children. *Arch Dis Child* 2003; 88(12): 1086-90.
42. Jamner LD, Whalen CK, Loughlin SE, Mermelstein R, Audrain-McGovern J, Krishnan-Sarin S, Worden JK, Leslie FM. Tobacco use across the formative years: a road map to developmental vulnerabilities. *Nicotine Tob Res* 2003; 5 Suppl 1: S71-87.
43. Shenassa ED, McCaffery JM, Swan GE, Khroyan TV, Shakib S, Lerman C, Lyons M, Mouttapa M, Niaura RS, Buka SL, Leslie F, Santangelo SL. Intergenerational transmission of tobacco use and dependence: a transdisciplinary perspective. *Nicotine Tob Res* 2003; 5 Suppl 1:S55-69.
44. Velicer WF, Prochaska JO. A comparison of four self-report smoking cessation outcome measures. *Addict Behav* 2004; 29(1):51-60.
45. Liberman J. Where to for tobacco regulation: time for new approaches? *Drug Alcohol Rev* 2003; 22(4): 461-9.
46. Wolfenden L, Campbell E, Walsh R, Wiggers J. Smoking cessation interventions for in-patients: a selective review with recommendations for hospital-based health professionals. *Drug Alcohol Rev* 2003; 22(4):437-52.
47. Lavelle C, Birek C, Scott DA. Are nicotine replacement strategies to facilitate smoking cessation safe? *J Can Dent Assoc* 2003; 69(9): 592-7.
48. Marlow SP, Stoller JK. Smoking cessation. *Respir Care* 2003; 48(12): 1238-54; discussion 1254-6.
49. Fagerstrom K. New perspectives in the treatment of tobacco dependence. *Monaldi Arch Chest Dis* 2003; 60(3): 179-83.
50. Vestergaard P, Mosekilde L. Fracture risk associated with smoking: a meta-analysis. *J Intern Med* 2003; 254(6): 572-83.
51. Carter SM. Cooperation and control: the Tobacco Institute of Australia. *Tob Control* 2003; 12 Suppl 3: iii54-60.
52. Wallace-Bell M. Smoking cessation: the case for hospital-based interventions. *Prof Nurse* 2003; 19(3): 145-8.
53. Phillips DE, Hill L, Weller P, Willett M, Bakewell R. Tobacco smoke and the upper airway. *Clin Otolaryngol* 2003; 28(6): 492-6.
54. Patkar AA, Vergare MJ, Batra V, Weinstein SP, Leone FT. Tobacco smoking: current concepts in etiology and treatment. *Psychiatry* 2003; 66(3): 183-99.
55. Hessel PA, Gamble JF, Nicolich M. Relationship

- between silicosis and smoking. *Scand J Work Environ Health* 2003; 29(5): 329-36.
56. Lovato C, Linn G, Stead LF, Best A. Impact of tobacco advertising and promotion on increasing adolescent smoking behaviours. *Cochrane Database Syst Rev* 2003;(4): CD003439.
57. Critchley J, Capewell S. Smoking cessation for the secondary prevention of coronary heart disease. *Cochrane Database Syst Rev* 2003; (4): CD003041.
58. Garrison MM, Christakis DA, Ebel BE, Wiehe SE, Rivara FP. Smoking cessation interventions for adolescents: a systematic review. *Am J Prev Med* 2003; 25(4): 363-7.
59. Christakis DA, Garrison MM, Ebel BE, Wiehe SE, Rivara FP. Pediatric smoking prevention interventions delivered by care providers: a systematic review. *Am J Prev Med* 2003; 25(4): 358-62.
60. Perkins K, Sayette M, Conklin C, Caggiula A. Placebo effects of tobacco smoking and other nicotine intake. *Nicotine Tob Res* 2003; 5(5): 695-709.
61. Domino EF. Effects of tobacco smoking on electroencephalographic, auditory evoked and event related potentials. *Brain Cogn* 2003; 53(1): 66-74.
62. Skara S, Sussman S. A review of 25 long-term adolescent tobacco and other drug use prevention program evaluations. *Prev Med* 2003; 37(5): 451-74.
63. Levy DT, Friend KB. The effects of clean indoor air laws: what do we know and what do we need to know? *Health Educ Res* 2003; 18(5): 592-609.
64. Tsiara S, Elisaf M, Mikhailidis DP. Influence of smoking on predictors of vascular disease. *Angiology* 2003; 54(5): 507-30.
65. Mecklenburg RE. Public health issues in treating tobacco use. *Am J Med Sci* 2003; 326(4): 255-61.
66. Pbert L. Healthcare provider training in tobacco treatment: building competency. *Am J Med Sci* 2003; 326(4): 242-7.
67. Buttross LS, Kastner JW. A brief review of adolescents and tobacco: what we know and don't know. *Am J Med Sci* 2003; 326(4): 235-7.
68. Christen AG, Christen JA. The female smoker: from addiction to recovery. *Am J Med Sci* 2003; 326(4): 231-4.
69. Ziedonis D, Williams JM, Smelson D. Serious mental illness and tobacco addiction: a model program to address this common but neglected issue. *Am J Med Sci* 2003; 326(4): 223-30.
70. Windsor R. Smoking cessation or reduction in pregnancy treatment methods: a meta-evaluation of the impact of dissemination. *Am J Med Sci* 2003; 326(4): 216-22.
71. Payne TJ, Diefenbach L. Characteristics of African American smokers: a brief review. *Am J Med Sci* 2003; 326(4): 212-5.
72. Severson HH. What have we learned from 20 years of research on smokeless tobacco cessation? *Am J Med Sci* 2003; 326(4): 206-11.
73. Brandon TH, Herzog TA, Webb MS. It ain't over till it's over: the case for offering relapse-prevention interventions to former smokers. *Am J Med Sci* 2003; 326(4): 197-200.
74. Schmitz JM. Smoking cessation in women with cardiac risk. *Am J Med Sci* 2003; 326(4): 192-6.
75. Glover ED, Glover PN, Payne TJ. Treating nicotine dependence. *Am J Med Sci* 2003; 326(4): 183-6.
76. Taybos G. Oral changes associated with tobacco use. *Am J Med Sci* 2003; 326(4): 179-82.
77. Li MD. The genetics of smoking related behavior: a brief review. *Am J Med Sci* 2003; 326(4): 168-73.
78. Crews KM, Payne TJ. Tobacco update: scientific advances, clinical perspectives. *Am J Med Sci* 2003; 326(4): 165-6.
79. Selman M. The spectrum of smoking-related interstitial lung disorders: the never-ending story of smoke and disease. *Chest* 2003; 124(4):1185-7.
80. Leone A. Relationship between cigarette smoking and other coronary risk factors in atherosclerosis: risk of cardiovascular disease and preventive measures. *Curr Pharm Des* 2003; 9(29):2 417-23.
81. Stocks J, Dezateux C. The effect of parental smoking on lung function and development during infancy. *Respirology* 2003; 8(3): 266-85.
82. Garten S, Falkner RV. Continual smoking of mentholated cigarettes may mask the early warning symptoms of respiratory disease. *Prev Med* 2003; 37(4): 291-6.
83. Silver MZ. Efficacy of anti-tobacco mass media campaigns on adolescent tobacco use. *Pediatr Nurs* 2001; 27(3): 293-6.
84. Long D. Smoking as a coping strategy. *Nurs Times* 2003; 99(33):50.
85. Bain CA. Implant installation in the smoking patient. *Periodontol* 2000 2003; 33: 185-93.
86. Hitsman B, Borrelli B, McChargue DE, Spring B,

- Niaura R. History of depression and smoking cessation outcome: a meta-analysis. *J Consult Clin Psychol* 2003; 71(4): 657-63.
87. Lightwood J. The economics of smoking and cardiovascular disease. *Prog Cardiovasc Dis* 2003; 46(1): 39-78.
 88. Law MR, Wald NJ. Environmental tobacco smoke and ischemic heart disease. *Prog Cardiovasc Dis* 2003; 46(1): 31-8.
 89. Burns DM. Epidemiology of smoking-induced cardiovascular disease. *Prog Cardiovasc Dis* 2003; 46(1): 11-29.
 90. Metz L, Waters DD. Implications of cigarette smoking for the management of patients with acute coronary syndromes. *Prog Cardiovasc Dis* 2003; 46(1): 1-9.
 91. Roseby R, Waters E, Polnay A, Campbell R, Webster P, Spencer N. Family and carer smoking control programmes for reducing children's exposure to environmental tobacco smoke. *Cochrane Database Syst Rev* 2003; (3): CD001746.
 92. Westmaas JL, Brandon TH, Lokitis J. Altering risk in patients who smoke. *Respir Care Clin N Am* 2003; 9(2): 259-68, viii-ix.
 93. Hays JT, Ebbert JO. Bupropion sustained release for treatment of tobacco dependence. *Mayo Clin Proc* 2003; 78(8):1020-4.
 94. Sham AS, Cheung LK, Jin LJ, Corbet EF. The effects of tobacco use on oral health. *Hong Kong Med J* 2003; 9(4): 271-7.
 95. Lederle FA, Nelson DB, Joseph AM. Smokers' relative risk for aortic aneurysm compared with other smoking-related diseases: a systematic review. *J Vasc Surg* 2003; 38(2): 329-34.
 96. Cox LS, Africano NL, Tercyak KP, Taylor KL. Nicotine dependence treatment for patients with cancer. *Cancer* 2003; 98(3):632-44. Erratum in: *Cancer* 2003; 98(5):1104.
 5. www.replondon.ac.uk/pubs/books/nicotine/index.htm
 6. <http://www.paho.org/Project.asp?SEL=TP&LNG=ENG&CD=SMOKE>
 7. <http://www.cnpt.es/>
 8. <http://www.portalesmedicos.com/portalcordio/direnlaces/temasmonograficos/tabycard/tabycard1.htm>
 9. Para acceder el Convenio Marco para el Control del Tabaco: http://www.who.int/gb/fctc/S/S_Index.htm

REVISTA MEDICA HONDUREÑA

1. Hernández SJ, Galdámez Santacruz GE. Estudio comparativo sobre la prevalencia de tabaquismo en personas de 15 a 30 años: área urbana y rural Catacamas, Olancho. *Rev Med Hondur* 1989; 57(4): 236-41.
2. Espinoza Murra D, Ramos Suazo G, Alvarenga E. Consumo de drogas en Honduras. *Rev Med Hondur* 2001; 69(2): 75-79.

RESUMENES DE CONGRESOS

1. Pon AM, E Arita Paredes. Consumo de tabaco y alcohol en jóvenes de 10 a 18 años de la comunidad de Chamelecón, departamento de Cortés, Honduras. Universidad Nacional Autónoma de Honduras. Unidad de Investigación Científica. Memoria. Primera Jornada Científica Facultad de Ciencias Medicas Ecología y Salud Humana. Tegucigalpa, Graficentro Editores, 1994. p.35.

TESIS PARA OPTAR AL GRADO DE DOCTOR EN MEDICINA

1. González Mármol AR. Estudio Descriptivo del Alcoholismo y Tabaquismo en la Tuberculosis. HN1.1/616.99524*G64, 1985.
2. Hernández Gonzáles SJ, Galdamez Santacruz GE. Estudio comparativo sobre la prevalencia del tabaquismo en personas de 1 a 30 años, área urbana y rural Catacamas, Olancho. HN1.1/616.865*H55r, 1989.
3. Alemán de Girón M, Velásquez Meraz AJ, XXXX Ortiz Campos; Alvarez de Gómez V. Características de los estudiantes de la Escuela Superior del

SITIOS WEB

1. <http://www.worldbank.org/tobacco/reports.asp>
2. http://www.who.int/health_topics/smoking/es/index.html
3. <http://www.who.int/tobacco/en/>
4. <http://www.who.int/genevahearings>

- Profesorado y su relación con la alimentación, la prevalencia del alcoholismo y el uso de tabaco y drogas. HN1.1/616.861*A36ca, 1985.
4. Amaya Alemán DD, Aguilar Reyes MG, Carrasco Nuñez EA. Prevalencia de alcoholismo y tabaquismo en estudiantes de educación secundaria de Valle y Choluteca. HN1.1/616.86136*A48, 1990.
 5. Lavaire Díaz E, Escoto Lavaire LA. Estudio transversal sobre tabaquismo en la ciudad de la Paz, la Paz en ambos sexos entre 12-40 años de edad de octubre-diciembre de 1991. HN1.1/616.865L39e, 1992.
 6. Solano ME. Estudio sobre el hábito del tabaco en sus diferentes formas en el municipio de San Esteban, Olancho. HN1.1/616.865*S68e, 1992.
 7. Chirinos Flores AI. Prevalencia del consumo del alcohol y tabaco en la mujer de la ciudad de Marcala, departamento de La Paz, 1992. HN1.1/616.861*CH54m, 1992.

=====

ESCRITO SOBRE EL AGUA ESTA TU NOMBRE.
NADIE DEBE OLVIDARLO.

OH TEMPESTAD LEVANTA TU TERNURA, TU ARMA QUEBRADA,
TU INCENDIADO ESCUDO. PENETRA POR MI ROSTRO Y POR MIS
VENAS, DURAS DE SOLEDAD, LARGAS DE ESPERA...

ROBERTO SOSA
(FRAGMENTO DE POEMA TEMPESTAD)

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 2004;72: 35-56.

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. Apropiados consentimientos informados debe haber sido obtenido para dichos estudios 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, 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 el título.

CONSENTIMIENTO DE AUTOR(ES):

El envío del manuscrito debe ser acompañada 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 lo escrito 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 formato electrónico), carta de consentimiento debidamente firmada y lista de cotejo, deberán ser enviados a:

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. 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 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://www.desc.bvs.br>

INTRODUCCION

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 pretérito), 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.

DISCUSIÓN

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 de 10-20 referencias pertinentes y actualizadas por trabajo científico original. En el texto aparecen en números arábigos en superíndice y en forma correlativa, incluyendo cuadros y figuras. La lista de referencias se enumerará consecutivamente según el orden de aparición de las citas en el texto. Se deben listar todos los autores cuando son seis ó menos: cuando hay siete ó más, se listan los primeros seis 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 indizadas 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. Para ver ejemplos de formatos, visitar: http://www.nlm.nih.gov/bsd/uniform_requirements.html

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 Tórax. Vol. 4, 4ta Ed. Buenos Aires: Editorial Médica 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...> Ejemplo:

Aboud S. Quality improvement initiative in nursing homes: the ANA acts in an advisory role. *Am J Nurs* [serial en Internet]. Junio 2002 [accesado en agosto 12, 2002]; 102(6):[aprox. 3 p.]. Disponible en: <http://www.nursingworld.org/AJN/2002/june/Wawatch.htm>

2. Monografía en formato electrónico:

Título. [Tipo de soporte]. Editores o productores. Edición. Versión. Lugar de publicación: Editorial; año. Ejemplo:

Clinical Dermatology Illustrated [CD-ROM]. Reeves JRT, Maibach H. CMEA Multimedia Group, producers. 2nd ed. Versión 2.0. San Diego: CME; 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.

LISTA DE COTEJO PARA AUTORES

Se recomienda a los autores que sometan 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* 2004;72: 35-56.

GENERALES

- Original y dos copias, y archivo electrónico (diskette o CD).
- 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 y declaración de autoría, nombres de los autores, grados académicos y afiliación, dirección postal, dirección electrónica y teléfono(s), e indicar a quien dirigir la correspondencia.

TEXTO

- Título del artículo, autor(es), grado académico de cada autor, dirección postal y dirección electrónica. Indicar si hubo soporte financiero o patrocinio.
- Resumen de 200 palabras máximo, en español y en inglés para los trabajos científicos originales y casos clínicos.
- Título en inglés para los trabajos científicos originales y 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 el(los) objetivo(s) del trabajo.
- Secciones separadas para Material y Métodos, Resultados y Discusión.
- Párrafo de Agradecimiento, incluyendo el reconocimiento de ayuda financiera si así fuera necesario.
- Referencias citadas por números consecutivos en el texto y la lista de las mismas en el formato requerido en las Instrucciones para Autores (ver ejemplos al final de cada Revista y en *Revista Médica Hondureña* 2004;72: 35-56).
- 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.
- Utilizar las normas del Sistema Internacional de Unidades para las mediciones.
- Autorización escrita de los editores por material previamente publicado.

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 MÉDICA HONDUREÑA		
SOLICITUD DE PUBLICACIÓN DE ARTÍCULO		
Fecha		
Señores(as) Consejo Editorial Revista Médica Hondureña Colegio Médico de Honduras Apdo. Postal 810 Tegucigalpa		
Estamos solicitando sea publicado el artículo:		
Nombre del artículo		
en la Revista Médica Hondureña, para lo cual declaramos que hemos seguido en su preparación todas las instrucciones para autores publicadas por dicha revista en lo que se refiere a ética de la investigación, publicación, autoría, y formato. En particular declaramos que:		
1.- Hemos participado suficientemente en la investigación, análisis de datos escritura del manuscrito para aceptar responsabilidad por su contenido;		
2.- El artículo no ha sido publicado ni enviado para su publicación a otra revista		
3.- He declarado todo posible conflicto de interés con cualquier organización o institución;		
4.- Los derechos de autor son cedidos a la Revista Médica Hondureña.		
5.- Toda la información enviada en la solicitud de publicación y en el artículo es verdadera.		
Nombre de los(as) Autores	Firma y sello	Número de Colegiación o Identidad
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

CONTENIDO

I.-	EDITORIAL	
	La epidemia del tabaco y la firma del tratado marco	
	<i>Cecilia Varela M.</i>	84
II.-	TRABAJOS CIENTÍFICOS ORIGINALES	
	1.- Brote de gastroenteritis por <i>Salmonella enteritidis</i> entre trabajadores de maquila en Naco, Honduras	
	<i>Gustavo Adolfo Ávila Montes, Nelly Amador, Reiniery España, Virginia Rostrán, Julio Orellana, Marco Pinel Vallecillo, Luis Gerardo Castellanos, Delia Tercero, Orlando Solórzano Girón y Marco Tulio Carranza</i>	85
	2.- Alimentación oral temprana en el post operatorio inmediato de pacientes con cirugía abdominal ginecobstétrica	
	<i>Enrique O. Samayoa, Angel López Pineda</i>	92
III.-	IMAGEN EN LA PRÁCTICA CLÍNICA	
	1.- Linfoma cutáneo de probable estirpe B	
	<i>Geovanny Portillo W, Efraín Bu F.</i>	96
IV.-	CASO CLÍNICO	
	1.- Manifestación inusual de Fiebre Tifoidea	
	<i>Merly Hernández, Luisa Lemus, Efraín Bu Figueroa</i>	97
V.-	REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA	
	1.- Indicación de la ultrasonografía endovaginal	
	<i>G. Mauricio Erazo S., Sonia Arely Cruz Alemán</i>	100
VI.-	ARTÍCULO ESPECIAL	
	1.- Responsabilidad Médica	
	<i>Asucena Lazo Zambrano</i>	105
VII.-	ARTÍCULO DE OPINIÓN	
	1.- Conceptos generales sobre la reforma en salud en Honduras	
	<i>Carlos Godoy Arteaga</i>	110
VIII.-	AB LIBITUM	
	1.- El juramento médico	
	<i>Arnulfo Bueso Pineda</i>	114
IX.-	HISTORIA DE LA MEDICINA HONDUREÑA	
	1.- Premio de Educación Médica Continua “Jorge Haddad Quiñónez	
	<i>Elia B. Pineda, Cecilia Varela-M</i>	116
X.-	ACTUALIZACIÓN BIBLIOGRÁFICA, SITIOS WEB Y REFERENCIAS LOCALES	
	1.- Tabaquismo	118

"Hospedaje San Antonio"

De la serie "Casas Viejas De San Pedro Sula"

Autor: Dr. Jorge Andrés Urteaga Puente

Técnica: Óleo sobre Tela

Estilo: Hiperrealista

El Doctor Jorge Andrés Urteaga Puente, nacido en Perú y nacionalizado hondureño, es especialista en Endocrinología, Nutrición y Diabetes, graduado en 1984 por la Universidad Peruana Cayetano de Heredia. Reside en San Pedro Sula desde 1976.

El Doctor Urteaga Puente recibió orientación en Artes Plásticas desde edad temprana, tomó varios cursos de pintura, asistió a talleres y se formó de manera autodidacta dedicando parte de su tiempo a cultivar el arte de la pintura, escultura fotografía. Fue grandemente influenciado por los maestros peruanos de artes plásticas Milner Cahuaranga y Cristina Galvez (QDDG). Su producción pictórica es llena de color y vida lo cual puede apreciarse en mas de 120 cuadro de la "Serie Maderas del Alma" en la cual se plasma estructura arquitectónica de las casa de ciudad de San Pedro Sula de principios de siglo XX con escenas de la vida diaria. Ha participado en muchas exposiciones nacionales e internacionales y recibido numerosos premios y reconocimientos. Es expositor permanente de la Galería Nacional de Arte Contemporáneo en la ciudad de Panamá, Panamá y de la Galería de la Organización de estados Americanos en Washington.