PUBLICACION CIENTIFICA
DEL COLEGIO MEDICO
DE HONDURAS

Revista MEDICA Hondureña

ISSN 0375-1112

VOLUMEN 74 - No. 3 Julio, Agosto, Septiembre, 2006

- Contagio de la Tuberculosis en trabajadores de la salud
- Sensibilidad antimicrobiana a gérmenes en el Hospital Escuela
- Feto calcificado: Litopedión
- Hernia diafragmática de Morgagni
- Lineamientos de RCP 2005
- El arte de recetar
- Actividad física, deporte y salud
- Problemática actual del ejercicio médico
- Bibliografía actualizada en Leishmaniasis

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

Revista MEDICA Hondureña

Vol. 74, No. 3 Julio, Agosto, Septiembre 2006 pp. 117-170

Consejo Editorial

Cecilia E. Varela Martínez
Directora

Nicolás Sabillón Vallecillo
Secretario

Cuerpo de Redacción
Jackeline Alger
Gustavo Ávila
Rubén Elvir Mairena
Juan Carlos Mendoza
Iván Espinoza Salvadó
José Lizardo Barahona

Administración

Colegio Médico de Honduras
Apartado Postal No. 810
Tegucigalpa, Honduras
Tel. 232-6763, 231-0518, Fax: 232-6573
Correo electrónico: revistamedicahon@yahoo.es

EDITORIAL

Relación médico paciente: ¿Ciencia, arte y tecnología en crisis?

Los cambios dramáticos ofrecidos por la medicina moderna en diagnóstico, tratamiento, prevención y manejo de los procesos de salud/enfermedad, han permitido el desarrollo de una fuerza dominante en las modernas economías, aunque también el enfrentamiento de problemas sociales cada vez mas desconcertantes. En ese entorno globalizador y de sofisticada tecnología es que se discute la esencia misma de la medicina ante la posibilidad de ser reemplazada por ordenadores y robots. Un aspecto básico que enfrenta la medicina como profesión es la necesidad de preservar y permitir, para su propia existencia, la relación médico- paciente (RMP). Una fuerte RMP puede mitigar otros problemas y contribuir a preservar el profesionalismo, aspecto central para alcanzar lo mejor que la medicina puede ofrecer. Este viejo concepto nos llega desde Hipócrates, quien al lograr sistematizar el método clínico, conjuntando la anamnesis y el examen físico, en ese tiempo con inspección, palpación y percusión ruda, estableció las bases morales y técnicas que sustentan la RMP.

La segunda mitad del siglo XX nos fue introduciendo en un mundo maravilloso de avances en biología molecular, tecnología y especialización, pero también de escepticismo sobre la medicina, arguyendo, correctamente, que los grandes avances alcanzados en la expectativa de vida a principios de ese siglo, ocurrieron como resultado de las mejoras en saneamiento, nutrición y vacunación, recalcando que los cuidados médicos eran menos efectivos que las intervenciones de salud pública, en la prevención de enfermedades agudas y crónicas. En forma más radical se argumentó que el "establishment" médico por sí mismo se había convertido en la amenaza principal debido a la *iatrogenia* y *malpraxis*, y la "medicalización" de los problemas humanos más comunes. El Dr. Archibald Cochrane en su ensayo *Efectividad y Eficiencia: Reflexiones Libres sobre los Servicios de Salud*, sugirió un método para reducir la brecha entre el desarrollo en ciencias biológicas y en tecnología, y la entrega de servicios benéficos a los pacientes. Propuso que los avances científicos, guiados por el uso amplio de los ensayos controlados, al azar, pueden mejorar la ruta en cómo diagnosticamos y tratamos las enfermedades. Los alcances han sido impresionantes, sobre todo en el campo de la terapéutica; en 1966 se habían publicado 100 artículos sobre este tipo de ensayos, en tanto que se superaban los 10,000 solo para 1995. La medicina moderna se caracteriza ahora por combinar la ciencia y tecnología con evaluaciones más rigurosas y mejoradas de los riesgos y beneficios. Hoy en día, los clínicos y los pacientes contamos con una gama de tratamientos efectivos, todavía inimaginables hace un cuarto de siglo atrás; los avances terapéuticos, especialmente los que producen mejora en la calidad y extensión de la vida de las personas son verdaderamente extraordinarios.

A mediados de los años 1970´s observamos también la emergencia del movimiento de la atención primaria en salud (APS), que en países desarrollados significó una reversión de la sobre-especialización, pero que en el caso de países pobres como el nuestro se trasladó a personal paramédico, con poco entrenamiento, para dar respuesta a los ingentes problemas de salud pública, con medidas de atención a personas y el medio. Una especie de medicina sencilla, popular, basada en el manejo del síntoma y de algunos factores de riesgo clínico-epidemiológico, ejercida por colaboradores comunitarios, auxiliares de enfermería, promotores de salud, entre otros. El concepto ampliado al terreno médico se aplicó al médico general en los centros de salud de consulta ambulatoria y algunas condiciones de emergencia en hospitales, a través de programas prioritarios definidos por salud pública, por ejemplo, mortalidad materna e infantil, atención de embarazo, parto y puerperio, enfermedades inmunoprevenibles, infecciones respiratorias y digestivas, ITS, etc. Para la medicina espe-

cializada la APS no se logró conceptuar e implementar, ni con la denominada reforma en salud, que en los últimos 15 años no logró ni siquiera desenmarañar el ovillo enredado de un concepto ya desfasado, que ha dado paso a un ensayo burocrático de servicios de atención con tendencia a la privatización, pero sin nutrimento filosófico- político de base sustantiva, inspirado en modelos neoliberales importados e impuestos por los organismos de financiación internacional. El modelo compartido de APS y especialidad para los hospitales de alta complejidad, alimentado por el acceso espontáneo y las referencias de los niveles inferiores, nunca logró conformarse y concretarse, con lo que los servicios de urgencias y de consulta de especialidades actualmente están invadidos por consultas de atención primaria que pueden resolverse en los servicios periféricos.

La crisis actual que sufre la reforma de servicios de salud, y la emergencia subsecuente de la importancia de las fuerzas del mercado en medicina, han contribuido a la crisis de la APS. Un problema mayúsculo adicional ha sido la falta de acceso a servicios de salud por una importante franja de la población, generalmente pobre y marginada. La falta de acceso a los cuidados primarios de pacientes, en especial con padecimientos crónicos, es una amenaza evidente para mantener una RMP efectiva y fluida. Para estos pacientes, en el mejor de los casos, los cuidados provistos suelen ser episódicos; en el peor, se limitan a visitas a la emergencia u hospitalizaciones. Las emergencias generalmente pasan abarrotadas no solo de pacientes con problemas agudos sino también de crónicos, porque son la fuente que mitiga la brecha de los que carecen de acceso a los servicios regulares. Siendo que de por sí la enfermedad crónica es depauperante y que coloca al paciente en riesgo por carecer de un cobertura médica, la RMP no es mantenida adecuadamente dada la vulnerabilidad que produce el "síndrome de pobreza" y la constante falta de acceso de los pacientes, que también pierden las oportunidades de disponer de las ventajas de los tratamientos más avanzados que mejoran ostensiblemente el cuidado de estas dolencias.

La naturaleza de la práctica médica en los servicios públicos de salud también daña la integridad de la RMP, especialmente en su continuidad, atizada por las reiteradas visitas de los pacientes a diferentes centros de salud y hospitales en el afán de acumular medicamentos para los frecuentes períodos de escasez, crisis que recurren en la administración pública. Las presiones administrativas de cumplir con el tiempo laboral del médico, también han contribuido a la despersonalización de la interacción clínica.

La medicina como profesión, basa su ejercicio en la obligación hacia las personas e instituciones, de actuar como una fuerza constructiva más allá del límite de los cuidados que se brindan a un paciente individual. Los médicos debemos exhibir las cualidades profesionales de ser custodios, transmisores y adelantadores de la ciencia, el conocimiento y la experiencia, guiados por un código de ética que incluye el servicio a las personas, y el sentido del cumplimiento del deber por encima de la recompensa. Esto significa calidad, la mejor esperanza de la profesión médica.

Jorge A. Fernández
Inmunólogo-Alergólogo

Rev Med Hondur 2006; 74:120-125

Índice de conversión de la tuberculina en médicos residentes del Postgrado de Medicina

Coversion index of the tuberculin test in medical resident of the Medicine Postgrad

Teresa Ferrufino, Cecília Varela-Martínez†*

RESUMEN: INTRODUCCIÓN: En 1993 la OMS declaró a la tuberculosis una emergencia de salud. En Honduras en el 2004 se diagnosticaron 3297 casos de todas las formas para una tasa de 50/100,000. Siendo Honduras un país con moderada incidencia de Tuberculosis, se consideró útil evaluar el riesgo de infección en personas que trabajan en el Hospital Escuela. OBJETIVO: Conocer el índice de conversión de tuberculina en residentes de los postgrado de medicina. MATERIALES Y MÉTODOS: Estudio descriptivo prospectivo. Noventa y dos aspirantes a residencia de Medicina contestaron una encuesta (síntomas, BCG, PPD y Radiografía de tórax) Se aplicó la prueba de tuberculina inicialmente a 82 residentes y después de 20 meses se les aplicó por segunda vez la prueba a los resitentes con resultado negativo. RESULTADOS: De 71 residentes, el 46.4% fueron mujeres y 53.5% varones, con rango de edad entre 24-38 años. El 50.7% fueron PPD negativa, 16.9% dudosa y 32.3% positiva. El 16.9% de los residentes no se aplicaron la BCG, de ellos el 33.3% tuvieron PPD positiva. El 83% se aplicaron BCG, y el 32% tuvieron PPD positiva. De 25 residentes con PPD negativa, 7 (28%) tuvieron conversión de la tuberculina. CONCLUSIÓN: Un tercio de los residentes previamente no infectados se contagiaron en los primeros dos años de trabajo dentro del Hospital Escuela, significando que las condiciones laborales son de alto riesgo y la bioseguridad es insuficiente.

Palabras clave: Infección. Prueba de tuberculina. Salud laboral. Tuberculosis.

SUMMARY: INTRODUCTION: In 1993, the World Health Organization declared Tuberculosis a health emergency; during 2004, 3297 cases of all different forms of tuberculosis were diagnosed in Honduras at a rate of 50/100,000. Since Honduras is a country with moderate prevalence of TB, it is necessary to take into consideration the risk faced by people working in Hospital Escuela. OBJECTIVE: To find the conversion index of tuberculin in resident doctors. METHODS AND MATERIALS: A questionnaire providing a prospective-descriptive study of the residents in different areas (symptoms, BCG, PPD, and chest X rays). A second test was administered 20 months later to those students who turned out with negativoe results during the initial PPD test. RESULTS: Out of 71, 46.4% were women and 53.3% were men, the ages ranged from 24-38 years. 50.7% of the tests were negative, 16.9% doubtful and 32.3% positive. 16.9% had been applied BCG and 33.3% had a positive

* Residente de tercer año postgrado de Medicina Interna 2005, Universidad Nacional Autónoma de Honduras. Actualmente Médica Internista.

† Médico Internista- Neumóloga. Postgrado de Medicina Interna, Universidad Nacional Autónoma de Honduras, Hospital Escuela.

Dirigir correspondencia a: Dra. Teresa Ferrufino correo electrónico: tferrufino@yahoo.com.mx, o Dra. Cecilia Varela-M correo electrónico: lutvar@yahoo.com.mx

PPD. 83% had not been applied BCG and 32% had positive PPD. 28% had a positive tuberculin conversion. CONCLUSION: One third of the previously non infected residents, were infected during the first two years of their residency in the hospital, meaning that there is a high labor risk of infection and that bio security is insufficient.

Keywords: Infection. Ocupational health. Tuberculosis test.

INTRODUCCIÓN

En 1993 la Organización Mundial de la Salud (OMS) declaró a la tuberculosis una emergencia de salud. En 1995 la OMS llama a la Tuberculosis la principal infección aislada que causa la muerte en adultos y calcula que en esta década ocurrirán en todo el mundo 90 millones de casos nuevos y morirán 30 millones de personas, de los cuales una tercera parte corresponden a edades pediátricas. Alrededor del 95% de los casos nuevos ocurrirán en países en vías de desarrollo.[1]

En Honduras, en el 2004 se diagnosticaron 3,297 casos de Tuberculosis, para una tasa de 50/100,000 habitante.[2] Al menos en el 67% de los pacientes se pudo confirmar la presencia de bacilos en esputo, condición que los hacía altamente contagiosos. Esta situación, junto con alta incidencia de personas positivas para el HIV/Sida, presupone situación de riesgo a toda la población en contacto, en particular a los contactos más cercanos como convivientes y compañeros de trabajo en lugares hacinados. Los trabajadores de salud son grupos de riesgo reconocidos. Estudios en trabajadores sanitarios han demostrado prevalencia de con conversión de la tuberculina hasta del 30.2% de los casos estudiados, la cual fue similar o inferior a otras descritas recientemente en colectividades de riesgo.[3]

La tasa anual de infección tuberculosa constituye la mejor medida para evaluar la tendencia del problema de la tuberculosis en una población determinada y para evaluar uno de los grupos más vulnerables de adquirir la enfermedad, que es el de los trabajadores de la salud. El riesgo ocupacional de dichos trabajadores esta determinado directamente por la exposición a pacientes enfermos.[4] En el Hospital Escuela las medidas de bioseguridad no están establecidos y se han observado casos de tuberculosis en estudiantes y residentes de medicina.

El Objetivo de este estudio es estimar el índice de conversión de la Tuberculina entre los Residentes de Medicina del Hospital Escuela, a fin de presentar los resultados a las autoridades correspondientes y proponer de acuerdo a resultados medidas tendientes a disminuir el contagio intrahospitalario.

MATERIALES Y MÉTODOS

Este es un estudio descriptivo prospectivo en el cual participaron 92 médicos generales aspirantes al primer año de residencia de los Postgrados de Medicina del Hospital Escuela, principal hospital universitario de referencia del país. Previo a su ingreso al hospital como tales, se les explicó el objetivo del proyecto, metodología, riesgos y beneficios y se les solicitó su colaboración con el mismo. Se aplicó una encuesta en diciembre del 2003, a fin de evaluar presencia de síntomas respiratorios en particular tos de más de 15 días de evolución (Sintomático respiratorio), antecedentes de aplicación de BCG (Vacuna de Calmette Guerin), y de tuberculosis. Se excluyeron los médicos que rehusaran participar en el estudio. Como requisitos de ingreso al plan de Residencia los aspirantes deben presentar certificado de salud y radiografía de tórax.

Se aplicó prueba de tuberculina a los aspirantes que se presentaron a Clínica de Vacunación del Materno Infantil, donde una licenciada en enfermería entrenada y con experiencia en la aplicación de la prueba de tuberculina, les aplico de acuerdo a la técnica de Mantoux (Antebrazo no dominante, región volar, aplicación intradérmica) 5TU de PPD (Tubersol, Casa Aventis). Se efectuó lectura a las 48-72 horas de la aplicación midiéndose con regla milimetrada el tamaño de la induración.[5] Se definió el resultado de acuerdo a las recomendaciones de la OMS independientemente del Status de aplicación de BCG: menor de 5mm negativo, 5-10mm dudosa y mayor de 10mm positiva.

A las personas con resultados positivos, se les ofreció la oportunidad de iniciar tratamiento profiláctico después de excluir fehacientemente presencia de enfermedad activa. No se repitió la prueba de tuberculina a los negativos ni dudosos por falta de PPD en el país en ese momento. Se aplicó nuevamente la prueba de Tuberculina a los médicos residentes con resultados de PPD menor de 10 mm después de 20 meses de estadía en el Postgrado de Medicina en el Hospital Escuela.

Se calculó el porcentaje de conversión de tuberculina de los residentes con PPD negativa que demostraron un viraje con resultado positivo (mayor de 10 mm) en la segunda prueba. Con el programa de Epi-info, se efectuó análisis de los resultados para investigar significancía estadística aplicando la prueba de t test, con índice de confianza del 95%.

RESULTADOS

Se encuestaron 92 aspirantes a la Residencia de los Postgrados de Medicina. De los 92 residentes a quienes se les realizó la encuesta, 82 se aplicaron la PPD, de ellos 71 se presentaron a la lectura de la prueba. Los 11 residentes restantes no se presentaron a la lectura de la prueba por haberse incorporado al trabajo asistencial o haberse retirado del Programa. De los 71 residentes a quienes se les efectuó lectura de la PPD, 46.4% fueron mujeres y 53.5% varones; el rango de edad fue 24 a 38 años, media de 28.2, mediana 27 y moda de 25 años.

Ninguno(a) de los encuestados tenía síntomas respiratorios ni síntomas generales. Uno era hipertenso, otro con antecedente de sarcoidosis y tres asmáticos. No hubo participantes con antecedentes de Tuberculosis, ni con uso sistémico de esteroides. No hubo encuestados con historia de contactos familiares de Tuberculosis. Solo dos residentes se habían realizado prueba tuberculina previo a este estudio, la cual fue negativa; 29 se realizaron radiografía de Tórax con reporte de ser normal; en 42 no se realizaron dicho estudio. No se practicó prueba de HIV.

De la primera encuesta tuberculínica, 36 (50.7%) presentaron reacción menor de 5mm, 12 (16.9%) presentaron reacción de 5 a 9 mm de induración y 23 (32.4%) tuvieron lecturas igual o mayor de 10 mm.

En relación al antecedente de vacunación con BCG y los resultados de la prueba inicial de tuberculina, de los 71 residentes, 59 (83.1%) tenían dicho antecedente 12 (16.9%) negaron haber sido vacunados con la BCG; de los que se aplicaron la BCG, 19 (32.2%) tuvieron una PPD positiva y 40 (67.8%) fueron negativas. De los que no se aplicaron la BCG, 4 fueron PPD positiva y 8 PPD negativa.

De los 48 residentes con PPD menor de 10 mm, se retiraron 10 del Postgrado y 13 no aceptaron la aplicación de la segunda prueba. A los veinte meses de estadía en el Hospital Escuela, se les aplicó nuevamente tuberculina a los 25 participantes restantes con PPD menor de 10 mm, obteniéndose 7(28%) con lecturas de mas de 10 mm en comparación a la previa (ver cuadro No. 1), 16 (64%) continuaban con lecturas menores de 5 mm y 2

Cuadro No. 1. Resultados de las pruebas de tuberculina en los residentes de los Postgrados de medicina

No.	Postgrado	Rx Tórax	Resultado de PPD			BCG
			Inicial (mm)	Final (mm)	Cambio (mm)	
1	Pediatría		8	23	15	si
2	Medicina Interna	Normal	7	18	11	si
3	Ginecología		5	12	7	si
4	Ortopedia	Normal	5	12	7	si
5	Ginecología	Normal	4	0	-4	si
6	Cirugía	Normal	3	0	-3	si
7	Cirugía		2	0	-2	no
8	Neurología		2	0	-2	si
9	Ginecología		0	0	0	si
10	Medicina Interna		0	0	0	si
11	Medicina Interna	Normal	0	0	0	no
12	Medicina Interna		0	0	0	no
13	Medicina Interna		0	0	0	si
14	Ortopedia		0	15	15	si
15	Otorrinolaringología	Normal	0	0	0	no
16	Medicina Interna	Normal	0	0	0	si
17	Dermatología		0	24	24	si
18	Pediatría		0	14	14	si
19	Medicina Interna		0	0	0	si
20	Ginecología		0	0	0	si
21	Medicina Interna		0	12	12	si
22	Ginecología		0	0	0	si
23	Ginecología		0	14	14	si
24	Ginecología		0	2	2	si
25	Pediatría		0	0	0	si

Rx = radiografía

con PPD inicial de 5 mm que viró a 12 mm (Cambio de + 7 mm). Se constató viraje en el 28% de los residentes lo cual fue estadísticamente significativo, para una t–3.086, p< 0.005.

Los residentes con viraje de 10mm o mas de su PPD de control, fueron de las especialidades de Medicina Interna, dos de ocho que se efectuaron el control (25%), de Pediatría dos de tres que accedieron al control (66.6%), de Ginecoobstericia uno de siete, uno de dos de Ortopedia y uno de Dermatología. Sin embargo 13 residentes no participaron en la reevaluación.

DISCUSIÓN

La tuberculosis, la enfermedad que mayor número de muertes ha ocasionado en toda la historia de la humanidad, continúa causando estragos. En la actualidad sigue siendo la enfermedad infecciosa más importante con la que se enfrenta la humanidad.[6]

La prueba de tuberculina es el método que evidencia la infección latente por tuberculosis (ILTB). La tuberculosis es una enfermedad considerada por la inmunología como un modelo clásicopor excelencia de hipersensibilidad retardada. Con la prueba de tuberculina se pone de manifiesto una respuesta inmunológica mediada por células, que da lugar a una reacción inflamatoria con una infiltración a la dermis.[4] Se basa en el hecho que infecciones por *M. tuberculosis* producen sensibilidad debido a las interacciones entre un microorganismos intracelular y los sistemas de defensa tanto innatos como adquiridos y de la relación entre la inmunidad mediada por células (CMI) y la hipersensibilidad celular retardada (HCR), donde una misma reacción inmunológica básica puede resultar en una respuesta protectora o en daño tisular.[7]

La zona de inflamación de la prueba tuberculina positiva indica que el sistema inmunológico reconoce el antígeno dado que el cuerpo del paciente ha estado expuesto a la bacteria que causa la tuberculosis en algún momento de la vida. En términos generales significa que la persona ha sido infectada con el bacilo de Koch. Una prueba de tuberculina positiva no significa que el paciente padezca de tuberculosis activa, solo significa que su cuerpo ha sido expuesta en algún momento a los antigenos e la micobacterias; no evalúa la inmunidad, sino el grado de hipersensibilidad celular retardada que está inducida y mantenida por bacilos vivos, o sus antígenos, localizados en cualquier punto del organismo del huésped.[7]

Se reconoce que la sensibilidad y especificidad e índice predictivo de la prueba varia de acuerdo a la prevalencia local de la enfermedad, la prevalencia de otras micobacterias, estado de inmunidad de la persona. Así también existen variaciones en términos de las definiciones de positividad. En poblaciones de alta prevalencia se recomienda utilizar la medida de 10mm o más para definir positividad. Por otro lado la vacunación masiva con BCG podría interferir en la interpretación de los resultados ya que se considera una de las causas de falsos positivos de la PPD de tal manera que algunos recomiendan medidas iguales o mayores de 15 mm para definir positividad.[8] Por otro lado es un hecho conocido que esta interferencia declina con la edad. En un metaanálisis para evaluar el impacto de la BCG sobre el resultado de la prueba de tuberculina donde se revisaron 370 estudios, se encontró que la BCG se asocia a test de tuberculina positivos cuando es realizado dentro de los 15 años de la aplicación de la vacuna pero que puede ser interpretada haciendo caso omiso de vacunación si han pasado mas de 15 años.[8] Se han realizado estudios de cohorte con personas de alto riesgo de infección tuberculosa a los cuales se le evaluó la reacción de la prueba de tuberculina, documentándose antecedentes de vacunación de BCG, encontrándose el 21% de positividad,[9] y otros estudios que demostraron el 20% de positividad para adultos.[10] En nuestro estudio donde la población encuestada tuvo promedio de edad de 28 años, se encontró que el 32.2 de los vacunados presentó resultados positivos y el 67% tenían prueba negativa. Los resultados positivos se interpretan entonces como verdaderos positivos dado que la vacunación por BCG en nuestra población se realiza al nacimiento, al año de edad y en el primer grado de escuela por lo que en esta población claramente el lapso de tiempo ocurrido entre la vacunación y la PPD fue mayor de 15 años.

La prueba de tuberculina es utilizada con propósitos de evaluar el impacto a largo plazo de las medidas de control de un Programa en el sentido de que ha medida que se logran menores tasa de incidencia de la enfermedad, se reduce las posibilidades de contagio. El aumento en 10 mm en relación a una prueba previa es indicativo de un contagio reciente. El mayor riesgo de enfermedad sucede

en los primeros dos años de contagio (10%) y declina en años subsiguientes a menos que las condiciones inmunidad se deteriore (como seropositividad para HIV, enfermedad renal crónica, silicosis o enfermedades neoplásica). El control de la tuberculina es una medida efectuada en poblaciones de alto riesgo de contagio en particular en aquellas con riesgo laboral (médicos, enfermeras personal de salud, laboratoristas) y es de utilidad para seguimiento de personas de alto riesgo de desarrollar enfermedad como los ya mencionados.[8]

Este estudio nos da a conocer por primera vez en Honduras, el riesgo ocupacional al que están expuestos los residentes de los diferentes postgrado de medicina, quienes en precarias condiciones de bioseguridad, están en contacto con pacientes con tuberculosis activa. Se realizo prueba de tuberculina a 71(77.2%) residentes de primer ingreso a los Postgrados de Medicina y se pudo efectuar control en el 52% de ellos. Se comprobó que el 32.4% de la muestra tenían tuberculina positiva, lo cual podría ser por contagios en años mas tempranos de la carrera o contagio temprano previo a esta.

Respecto al viraje se encontró que el 28% de los residentes hicieron viraje de su prueba, lo que significa que fueron contagiados en su ambiente laboral. Además significa que estas personas se encuentran en mayor situación riesgo de desarrollar enfermedad activa.[8]

Hay relativamente poca información sobre la positividad de PPD inicial y las tasas de conversión aceptables para un hospital; sin embargo, hospitales grandes han notificado alrededor del 40% de positividad inicial con menos del 5% de conversión anual.[6] Se encontró en nuestro estudio una positividad inicial del 32.3% al momento de ingresar a la residencia, casi igual que otros hospitales, pero la conversión final de 28% es inaceptablemente alta, significó que casi un tercio de los residentes previamente no infectados se contagiaron en las primeros dos años de trabajo dentro del Hospital Escuela. Esta cifra es mayor a la notificada en otros centros; probablemente tenga que ver tanto con las tasa nacional de incidencia de tuberculosis (50/100000), como con deficientes medidas de de bioseguridad en la institución. Ninguno de los residentes aceptaron recibir isoniazida, lo cual nos indica lo complejo que puede ser convencer aun al personal de salud de adoptar tratamientos largos (6-9 meses de Isoniazida) aun sabiendo los beneficios.

Se quiso encontrar información respecto a especialidades con mayor riesgo por el tipo de patología y población que atienden. Medicina Interna responde por 25%, lamentablemente con Pediatría no se pudo sacar conclusiones ya que no se obtuvo colaboración suficiente en el momento del control pero llama la atención que dos de los tres residentes que participaron hicieron viraje de su prueba. Las otras especialidades fueron Ginecología, Ortopedia y Dermatología.

Una limitante a la interpretación de estos resultados podría ser también la falta de información acerca de fenómeno de refuerzo o de "Booster" ya que no fue posible buscarlo entre los residentes con PPD negativo al inicio del estudio. Sin embargo dado la edad y buena constitución física de las personas participantes es más probable que sean verdaderos negativos.[8]

En vista de que la mejor forma de evaluar la eficacia de las medidas de control de la tuberculosis en el Hospital Escuela, es supervisando la tendencia evolutiva del riesgo de infección se recomienda la realización de la prueba de tuberculina como requisito para ingresar a los programas de postgrado, y enfatizar sobre la necesidad de valoración radiológica previa para poder hacer un seguimiento adecuado de los casos con viraje. Se debe evaluar las medidas de bioseguridad del Hospital en particular sus sistema de ventilación y manejo de casos sospechosos de tuberculosis ya que no solo se trata del contagio al personal de salud sino también al contagio de otros pacientes lo cual ha sido documentado en la literatura.[11]

REFERENCIAS

1. **Boletín Oficina Sanitaria Panamericana. Rasgos epidemiológicos de la tuberculosis en el mundo. 1995; 119(6):529.**
2. **Ministerio de Salud Pública. Programa de Control de la Tuberculosis. Departamento de Estadísticas. 2004.**
3. **Rodríguez M. Riesgo Ocupacional de Tuberculosis en Trabajadores Sanitarios. Revista de la Sociedad Española de Salud Laboral en la Administración Pública. 2000. Vol. 1 (1): 11-15.**
4. **Bleike MA. L. La aplicación de la prueba de la tuberculina estándar de la OMS en la fase de eliminación de la tuberculosis. Boletín de la Unión Internacional contra la tuberculosis, 1991, 65:62.**
5. **Caminero Luna JA. Diagnóstico de la Tuberculosis. Arch. Bronconeumol 1996; 32: 85-99.**
6. **Ostrosky-Zeichner, L. *et al.* Tuberculosis en trabajadores de la salud: Importancia de los programas de vigilancia y control.**

Salud pública de México 2000 Vol. 42 (No 1) :48-52.

7. **García LF, Barrera LF, París SC, Vásquez GM, Patiño E, Zabaleta J, Rojas M. La tuberculosis una enfermedad Inmunológica. En Memorias II Congreso de la Asociación Lat. del Tórax ALAT. 2000; Vol 12: 52-53**
8. **Wang l, Turner MO, Elwood RK, Schultzer M, Fitzgerald JM. A meta-analysis of the effect of Bacilli Calmette Guerin vaccination on tuberculin skin test measurements. Thorax 2002; 57:804-804**
9. **Dala E, Velásquez O, Morales D. Reactividad de la tuberculina en niños vacunados con BCG: un estudio prospectivo. Rev. Med Hondur 1989; 57: 220-226.**
10. **Escamilla JM, Morales DL, López RI, Ahumada BL, Orozco RL, Tous VF, Scott JD. Evaluación de la reacción a la prueba de la tuberculina (PPD RT23) en dos grupos de alto riesgo, niños y trabajadores, de tres entidades de asistencia social (HUC-HSP-HINFP) en la Ciudad de Cartagena de Indias, Colombia. Biomédica Instituto Nacional de Salud. Bogota, Colombia. Junio, 2004. Vol. 24, suplemento 1.**
11. **Sutherland I. Acerca del riesgo de infección. Bol Unión Int Tuber Enf Resp 1991; 66:209-212.**

Rev Med Hondur 2006; 74:126-134

Sensibilidad de las bacterias a los antibióticos en el Hospital Escuela de Tegucigalpa en el período 2001-2002

Antibiotic sensibility of the bacterias in the Hospital Escuela of Tegucigalpa during 2001-2002

Filomena Palma y Juana Tábora**

RESUMEN. OBJETIVO: Analizar los resultados del estudio de la sensibilidad a los antimicrobianos de las bacterias aisladas de diferentes muestras clínicas procesadas en el Servicio de Microbiología, Departamento de Laboratorios Clínicos, Hospital Escuela, en el periodo 2001- 2002. MATERIAL Y MÉTODOS: Se analizó los resultados de muestras de orina, exudados y sangre de pacientes hospitalizados ya ambulatorios en las cuales hubo crecimiento bacteriano. RESULTADOS: Se analizó un total de 1595 muestras clínicas, 846 exudados (53.0%), 592 muestras de orina (37.1%) y 157 hemocultivos (9.8%). Las bacterias más frecuentemente aisladas fueron *Escherichia coli* (34.2%), *Klebsiella Pneumoniae* (28.0%), *Pseudomonas aeruginosa* (20.8%) y *Staphylococcus aureus* (17.0%). *Escherichia coli* y *K. pneumoniae* demostraron en general una resistencia baja a moderada (4-58%) a los aminoglicósidos y cefalosporinas. La resistencia de estas bacterias a imipenen y meropenen fue menor a 10%. Pseudomonas aeruginosa demostró resistencia alta a gentamicina (54-79%). Las cepas de *S. aureus* demostraron una resistencia baja a moderada a la oxacilina (22%) y ceftriaxone (14%), y alta a penicilina (94%). No se encontró resistencia a la vancomicina. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES: La resistencia encontrada representó un incremento de la resistencia informada hace más de una década en el Hospital Escuela. El porcentaje de resistencia fue mayor en muestras procedentes de pacientes hospitalizados, aunque no todas las muestras de pacientes hospitalizados representaron una infección nosocomial. Este tipo de análisis debe realizarse de manera sistemática.

Palabras clave: Agentes antibacterianos. Control de infecciones. Estadísticas hospitalarias. Pruebas de sensibilidad microbiana. Resistencia microbiana a las drogas.

ABSTRACT. OBJECTIVE: To analyze the antimicrobial resistance of bacteria isolated from different clinical samples processed at the Clinical Microbiology Service, Clinical Laboratories Department, University Hospital, during 2001 – 2002. MATERIAL AND METHODS: We analyzed the results of urine, exu-

* Microbióloga. Servicio de Microbiología, Departamento de Laboratorios Clínicos, Hospital Escuela, Tegucigalpa.

Dirigir correspondencia a: Filomena Palma: Departamento de Laboratorios Clínicos, Hospital Escuela, Tegucigalpa. Tel. 232-2322, Ext. 309

dates and blood cultures in which there was bacterial growth. RESULTS: One thousand five hundred and five clinical samples were analyzed: 846 exudates (53.0%), 592 urine (37.1%) and 157 blood (9.8%) cultures. The most frequently isolated bacteria were *Escherichia coli* (34.2%), *Klebsiella pneumoniae* (28.0%), *Pseudomonas aeruginosa* (20.8%) and *Staphylococcus aureus* (17.0%). In general, *Escherichia coli* and *K. pneumoniae* showed a low to moderate resistance (4-58%) to aminoglycosides and cephalosporins. The resistance of these bacteria to imipenem and meropenem was less than 10%. *Pseudomonas aeruginosa* showed high resistance to gentamicin (54-79%). The *S. aureus* strains showed a low to moderate resistance to oxacillin (22%) and ceftriaxone (14%), and high to penicillin G (94%). We did not find resistance to vancomycin. CONCLUSIONS AND RECOMMENDATIONS: These data show an increased resistance when compared to University Hospital data from more than a decade ago. The percentage of resistance was higher in samples from hospitalized patients, although no all infections from hospitalized patients meant a nosocomial infection. This type of analysis should be done systematically.

Keywords: Anti-bacterial agents. Drug resistance. Hospital statistics. Infection control. Microbial sensitivity tests.

INTRODUCCIÓN

Los antibióticos son un aliado poderoso del personal clínico y una herramienta efectiva contra las enfermedades infecciosas cuando son administrados de manera correcta. La Organización Mundial de la Salud (OMS) en su informe "Contengamos la Resistencia Microbiana" advierte sobre la peligrosa situación a la que se arriesga el mundo ante la pérdida progresiva de actividad de los medicamentos que un día fueron eficaces en el tratamiento de enfermedades comunes.[1] El informe señala como casi todas las enfermedades infecciosas más importantes están convirtiéndose, lenta pero indudablemente, en resistentes a los medicamentos de uso actual.

El aumento de la resistencia a los antibióticos y la aparición de la resistencia múltiple están ocasionando dificultades serias en el tratamiento de las infecciones bacterianas. Por un lado, ocasionan que la terapia empírica no sea efectiva, retrasan el inicio de tratamiento efectivo y además, conducen al uso de medicamentos más caros y tóxicos. Todo lo anterior está asociado a fallas terapéuticas, hospitalización prolongada o recurrente, aumento en el costo de la atención médica, y aumento en la mortalidad.[2] Por lo tanto, es necesario controlar y prevenir la resistencia bacteriana a través del uso racional de los antibióticos y una reducción en las infecciones adquiridas en el hospital.

Una de las actividades que fortalece el uso racional de antibióticos es la vigilancia de la prevalencia de cepas resistentes. Aunque en el Hospital Escuela se han realizado varios estudios sobre la sensibilidad de las bacterias a los antibióticos, el último informe se publicó hace más de una década,[3] por lo que se consideró importante actualizar la información. Aquí presentamos el análisis de los resultados de los antibiogramas de las bacterias que con mayor frecuencia se aislaron en el centro hospitalario público más importante del país.

METODOLOGÍA

Se analizó manualmente los resultados de los antibiogramas de bacterias aisladas de muestras de orina, exudados y sangre, tanto de pacientes hospitalizados como de ambulatorios, procesadas en el Servicio de Microbiología, Departamento de Laboratorios Clínicos, Hospital Escuela, en el período de abril de 2001 a marzo de 2002. El Hospital Escuela es un hospital de referencia de tercer nivel que brinda atención a pacientes procedentes de todo el país y está localizado en la ciudad capital, Tegucigalpa.

Métodos Microbiológicos. Para la identificación de las bacterias, el Servicio de Microbiología utilizó pruebas bioquímicas esenciales, tales como: Kligler, MIO, Citrato, Fenilalanina, Urea, Lisina y otras adicionales cuando fue necesario. Los antibióticos usados fueron con los que cuenta el cuadro básico del Hospital y el método de determinación de sensibilidad antimicrobiana utilizado fue el de Difusión por Disco.[4] Esta técnica sigue los lineamientos internacionales establecidos en el Método de la OMS que no difiere del conocido método de Kirby–Bauer. La estandarización se realizó bajo los lineamientos del Comité Nacional para Estándares de Laboratorio Clínico de Estados Unidos de América.[5]

El principio del método de Difusión por Disco involucra el uso de una cantidad constante de antimicrobianos en un reservorio (discos de papel) aplicado sobre la superficie del agar en el cual se ha sembrado un inóculo estándar del microorganismo en cuestión. Se forma así por difusión, un gradiente de concentración del antimicrobiano y la sensibilidad del microorganismo estará indicada por el tamaño de la zona de inhibición del crecimiento alrededor del reservorio. El diámetro obtenido depende no sólo de la sensibilidad del microorganismo y la carga del disco, sino también del espesor de la capa del agar, su pH y de la capacidad de difusión de la droga en ese medio, la temperatura, la velocidad de duplicación bacteriana, y el tamaño y fase de crecimiento del inóculo. Para que los resultados sean veraces deben cuidarse la confiabilidad de los procedimientos y realizar controles y estándares con cepas ATCC (American Type Cell Culture). En el período que duró el estudio, se utilizaron las siguientes cepas ATCC: *Eschericha coli* (25,922), *Eschericha coli* (35,218), *Klebsiella pneumonie* (13,883), *Pseudomonas aeruginosa* (27,853), *Staphylococus aureus* (25,923) y *Streptococcus pneumoniae* (49,619). El estándar de turbidez se realizó tomando en cuenta el 0.5 de la escala de Farland, Mc. Se utilizaron los medios Mueller Hinton caldo para obtener crecimiento de la bacteria durante el crecimiento logarítmico, y Mueller Hinton Agar para hacer el extendido del inóculo de la bacteria; a estos medios se les realizó control de pH y grosor de la capa de agar. Se incubó a 35º C en ambiente aéreo por un tiempo de 16 a 18 horas y luego de este período se interpretó los halos y se informó como sensible, resistente o intermedio.

Análisis de datos. Los resultados se presentan como frecuencias y porcentajes de las cepas aisladas de pacientes hospitalizados y ambulatorios y el resultado de la sensibilidad se presenta como sensible (S), resistente (R) e intermedia (I). La resistencia se definió como baja (<20% de cepas resistentes), moderada (20-60%) y alta (>60%).

RESULTADOS

En el período que duró el estudio, se obtuvieron y analizaron los resultados de 1,595 antibiogramas de bacterias aisladas de 846 muestras de exudados (53.0%), 592 muestras de orina (37.1%) y 157 muestras de sangre (9.8%). La mayoría de las muestras procedía de pacientes hospitalizados (73.4%) (Cuadro No. 1). Las bacterias más frecuentemente aisladas fueron *Escherichia coli* (34.2%), *Klebsiella Pneumoniae* (28.0%), *Pseudomonas aeruginosa* (20.8%), *Staphylococcus aureus* (17.0%) (Cuadro No. 1). Adicionalmente se aislaron *Salmonella* spp. (0.3%) y Streptococcus spp. (0.2%) en hemocultivos. A continuación se presentan los resultados por bacteria con un número mayor de 50 aislamientos, separando las muestras por su procedencia de pacientes hospitalizados y de pacientes ambulatorios.

Cuadro No. 1. Tipo de bacteria aislada por procedencia del paciente y tipo de muestra clínica, Servicio de Microbiología, Departamento de Laboratorios Clínicos, Hospital Escuela, 2001 - 2002, n= 1,595.

Bacteria	Pacientes Hospitalizados, n= 1171 n (%)			Pacientes Ambulatorios n= 424 n (%)	
	Orina n=285	Exudados, n=729	Sangre n=157	Orina n=307	Exudados n=117
Escherichia coli	183 (64.2)	94 (12.9)	20 (12.7)	248 (80.8)	--
Klebsiella pneumoniae	79 (27.7)	211 (28.9)	60 (38.2)	44 (14.3)	53 (45.3)
Pseudomonas aeruginosa	23 (8.1)	152 (20.8)	77 (49.0)	15 (4.9)	64 (54.7)
Staphylococcus aureus	--	272 (37.3)	--	--	--

Escherichia coli. En el Cuadro No. 2 se presenta la sensibilidad de las cepas de *E. coli* aisladas de orina de pacientes hospitalizados y pacientes ambulatorios, demostrando resistencia alta a la ampicilina, 83% y 79%, respectivamente; y a trimetoprim-sulfa, 76% y 77%, respectivamente. En los aislados de ambos tipos de muestras clínicas, la amikacina, gentamicina y cefalosporinas de tercera generación, fueron los antibióticos que demostraron menor porcentaje de resistencia (Cuadros No. 2,3). Todas las cepas aisladas fueron 100% sensibles al imipenen.

Cuadro No. 2. Susceptibilidad de *Escherichia coli* aislada en muestras de orina de pacientes hospitalizados y ambulatorios, Servicio de Microbiología, Departamento de Laboratorios Clínicos, Hospital Escuela, 2001 - 2002, n= 431.

	Pacientes Hospitalizados N=183				Pacientes Ambulatorios N=248			
Antibiótico	**S**	**R**	**TOTAL**	**% de Resistencia**	**S**	**R**	**TOTAL**	**% de Resistencia**
Amp	19	90	109	83	32	119	151	79
An	149	21	170	12	230	11	241	15
Gn	140	43	183	23	221	27	248	11
Caz	136	20	156	13	229	10	239	4
Cro	102	10	112	9	176	10	186	5
O s	38	13	51	25	59	8	67	12
Imp	56	-	56	0	55	-	55	0
Sxt	37	120	157	76	51	172	223	77
Fd	106	30	136	22	-	-	-	-

Amp= ampicilina, An= amikacina, Gn= gentamicina, Caz= ceftazidime, Cro= ceftriaxone, O s= o oxacina, Imp= imipenen, Sxt= trimetoprim sulfametoxasol, Fd= nitrofurantoina, S= Sensible, R= Resistente.

Cuadro No. 3. Susceptibilidad de *Eschericha coli* aislada en exudados de pacientes hospitalizados, Servicio de Microbiología, Departamento de Laboratorios Clínicos, Hospital Escuela, 2001 - 2002, n= 94.

	Pacientes Hospitalizados n=94				
Antibiótico	**S**	**R**	**I**	**Total**	**% de Resistencia**
Amp	9	52		61	85
An	80	14		94	15
Gn	71	15		86	17
Caz	58	15	3	76	20
Cro	67	14	2	83	17
Cip	59	23	5	87	26
Pip	28	60		88	68
Imp	17	0		17	0
Sxt	25	66	-	91	72

Amp= ampicilina, An= amikacina, Gn= gentamicina, Caz= ceftazidime, Cip= cipro oxacina, Cro= ceftriaxone, Sxt= trimetoprim sulfametoxasol, Pip= piperacilina, Imp= imipenen, S= Sensible, R= Resistente, I= Intermedio.

Klebsiella pneumoniae. Esta bacteria se aisló de muestras de orina y exudados de pacientes hospitalizados y ambulatorios y de sangre en pacientes hospitalizados. En los aislados de todas las muestras clínicas, la ampicilina demostró una alta resistencia (96-100%) (Ver Cuadros No. 4-6). En los aislados de orina, se demostró resistencia alta al trimetoprim-sulfa, 78% y 50% en pacientes hospitalizados y ambulatorios, respectivamente. La amikacina, gentamicina, ceftriaxone y ceftazidime mostraron resistencia moderada (40-58%) en los aislamientos de orina y exudados de pacientes hospitalizados; en los aislamientos de pacientes ambulatorios se demostró una resistencia baja a moderada a estos antimicrobianos (18-29%). En los aislamientos de todas las muestras clínicas, la ciprofloxa-

Cuadro No. 4. Susceptibilidad de *Klebsiella pneumoniae* aislada en muestras de orina de pacientes hospitalizados y ambulatorios, Servicio de Microbiología, Departamento de Laboratorios Clínicos, Hospital Escuela, 2001 - 2002, n= 123.

	Pacientes Hospitalizados n = 79				Pacientes Ambulatorios n = 44			
Antibiótico	**S**	**R**	**Total**	**% de Resistencia**	**S**	**R**	**Total**	**% de resistencia**
Amp	2	47	49	96	-	31	31	100
An	47	32	79	40	36	8	44	18
Gn	37	42	72	58	36	8	44	18
Caz	33	42	75	56	31	9	40	22
Cro	36	37	73	51	29	10	39	26
Cip	20	5	25	20	6	2	8	25
Mem	24	1	25	4	10	-	10	0
Sxt	16	56	72	78	18	18	36	50
Fd	39	32	71	45	29	15	44	34

Amp= ampicilina, An= amikacina, Gn= gentamicina, Caz= ceftazidime, Cip= cipro oxacina, Cro= ceftriaxone, Sxt= trimetoprim sulfametoxasol, Mem= meropenen, Nit= ¿? , S= Sensible, R= Resistente.

CUADRO No. 5. Susceptibilidad de *Klebsiella pneumoniae* aislada en exudados de pacientes hospitalizados y ambulatorios, Servicio de Microbiología, Departamento de Laboratorios Clínicos, Hospital Escuela, 2001 - 2002, n= 264.

	Pacientes Hospitalizados n=211				Pacientes Ambulatorios n=53			
Antibiótico	**S**	**R**	**Total**	**% de Resistencia**	**S**	**R**	**Total**	**% de Resistencia**
Amp	-	115	115	100		21	21	100
An	111	100	211	47	38	15	53	28
Gn	85	121	206	58	35	14	49	28
Caz	92	109	201	54	34	14	48	29
Cro	75	106	181	58	32	12	44	27
Cip	119	36	155	23	29	8	37	22
Mem	69	3	72	4	31	1	32	3
Pip	68	115	183	63	29	14	43	32
Sxt	67	112	179	62	21	23	44	52

Amp= ampicilina, An= amikacina, Gn= gentamicina, Caz= ceftazidime, Cip= cipro oxacina, Cro= ceftriaxone, Sxt= trimetoprim sulfametoxasol, Mem= meropenen, Pip= piperacilina, S= Sensible, R= Resistente.

cina demostró resistencia baja a moderada (16-25%); el imipenen y meropenen mostraron muy baja resistencia (Cuadros 4-6).

Pseudomonas aeruginosa. Esta bacteria se aisló de muestras de exudados de pacientes hospitalizados y ambulatorios y de sangre en pacientes hospitalizados (Cuadros No. 7,8). En los aislamientos de exudados de pacientes hospitalizados, la amikacina, gentamicina, ceftriaxone y ceftazidime mostraron resistencia de 46 a 63%; en los aislamientos de pacientes ambulatorios demostró resistencia de 58 a 64% a estos antimicrobianos (Cuadro No. 7). Se observó alta resistencia a amikacina y gentamicina (57% y 79%, respectivamente) en los aislamientos de hemocultivos (Cuadro No. 8). También se observó resistencia moderada a ciprofloxacina, meropenen y piperacilina en estos aislamientos (7-17%).

Cuadro No. 6. Susceptibilidad de *Klebsiella pneumoniae* aislada en hemocultivos de pacientes hospitalizados, Servicio de Microbiología, Departamento de Laboratorios Clínicos, Hospital Escuela, 2001 - 2002, n= 60.

	Pacientes Hospitalizados n=60			
Antibiótico	**S**	**R**	**TOTAL**	**% de resistencia**
Amp		37	37	100
An	28	25	53	47
Gn	21	29	60	48
Caz	23	30	53	56.6
Cro	21	20	41	48.7
Cip	15	3	18	16.6
Pip	15	22	37	59
Imp	21	1	22	4.5
Sxt	16	21	37	56.7

Amp= ampicilina, An= amikacina, Gn= gentamicina, Caz= ceftazidime, Cip= cipro oxacina, Cro= ceftriaxone, Imp= imipenen, Sxt= trimetoprim sulfametoxasol, Pip= piperacilina, S= Sensible, R= Resistente.

Cuadro No. 7. Susceptibilidad de *Pseudomonas aeruginosa* aislada de muestras en exudados de pacientes hospitalizados y ambulatorios, Servicio de Microbiología, Departamento de Laboratorios Clínicos, Hospital Escuela, 2001 - 2002, n= 216.

	Pacientes Hospitalizados n=152				Pacientes Ambulatorios n=64			
Antibiótico	**S**	**R**	**Total**	**% de Resistencia**	**S**	**R**	**Total**	**% de Resistencia**
An	68	69	137	50	37	25	62	40
Gn	56	95	151	63	29	35	64	54
Caz	82	70	152	46	41	17	58	29
Cro	31	113	144	48	21	39	60	65
Cip	95	42	137	30	39	14	53	26
Pip	83	60	143	42	42	17	59	29
Mem	30	13	43	30	21	7	28	25

An= amikacina, Gn= gentamicina, Caz= ceftazidime, Cip= cipro oxacina, Cro= ceftriaxone, Pip= piperacilina, Mem= meropenen, S= Sensible, R= Resistente.

Staphylococcus aureus. Las cepas de S. aureus aisladas de exudados en pacientes hospitalizados, no demostraron resistencia a la vancomicina (Cuadro No. 9). Los aislados demostraron resistencia baja (14%) a ceftriaxone, y moderada (20-27%) a oxacilina, eritromicina y trimetoprimsulfa. La resistencia a penicilina fue de 94%. Algunas muestras fueron estudiadas con linezolid y no demostraron resistencia.

Cuadro No. 8. Susceptibilidad de *Pseudomonas aeruginosa* aislada en hemocultivos de pacientes hospitalizados, Servicio de Microbiología, Departamento de Laboratorios Clínicos, Hospital Escuela, 2001 - 2002, n= 77.

	Pacientes Hospitalizados n=77			
Antibiótico	**S**	**R**	**Total**	**% de Resistencia**
An	33	44	77	57
Gn	16	61	77	79
Caz	60	10	70	14
Cro	56	16	72	22
Cip	33	7	40	17
Pip	44	8	52	15
Mem	13	1	14	7
Fd	6	36	42	85

An= amikacina, Gn= gentamicina, Caz= ceftazidime, Cip= cipro oxacina, Cro= ceftriaxone, Pip= piperacilina, Mem= meropenen, Fd= nitrofurantoina, S= Sensible, R= Resistente.

Cuadro No. 9. Susceptibilidad de *Staphylococcus aureus* aislados en exudados de pacientes hospitalizados, Servicio de Microbiología, Departamento de Laboratorios Clínicos, Hospital Escuela, 2001 - 2002, n= 272.

	Pacientes Hospitalizados n=272			
Antibiótico	**S**	**R**	**Total**	**% de Resistencia**
Va	272	-	272	0
E	196	72	268	26.8
Ox	211	58	269	22
P	17	251	268	94
Sxt	194	51	245	20
Cro	194	32	226	14
Lzd	71	-	71	0

Gn= gentamicina, Cro= ceftriaxone, Sxt= trimetoprim sulfametoxasol, Va= vancomicina, E= eritromicina, Ox= oxacilina, P= penicilina, Lzd= linezolid, S= Sensible, R= Resistente.

DISCUSIÓN

Durante el período 2001-2002 las bacterias Gram negativas *E. coli, K. pneumonie* y *P. aeruginosa*, aisladas de muestras de orina, exudados y sangre en el Servicio de Microbiología del Hospital Escuela, demostraron en general una resistencia baja a moderada (4-58%) a los aminoglicósidos (amikacina y gentamicina) y cefalosporinas (ceftriaxone y ceftazidime), especialmente en los aislados de pacientes hospitalizados. La excepción fue la resistencia alta demostrada por *P. aeroginosa* a gentamicina (54-79%). La resistencia encontrada entre estas bacterias representó un incremento de la resistencia informada hace unos 15 años.[3,6] Por otro lado, las cepas de S. aureus demostraron una resistencia alta a la penicilina (94%) y baja a ceftriaxone (14%), representando también un incremento en la resistencia informada anteriormente. La resistencia de esta bacteria a la oxacilina fue moderada (22%), similar a la informada anteriormente.

En los estudios anteriores no se diferenció la procedencia de las muestras clínicas entre pacientes hospitalizados y ambulatorios, lo cual es una limitante para la comparación y determinar la evolución de la resistencia. En nuestro estudio no todas las muestras de pacientes hospitalizados representaron una infección nosocomial. Las cepas de *E. coli* aisladas de orina y exudados tanto de pacientes hospitalizados como ambulatorios, demostraron una resistencia alta a la ampicilina (79-85%), trimetoprim sulfa (72-77%) y piperacilina (68%). Es notorio el incremento en la resistencia de *E. coli* a la piperacilina, la cual fue introducida en el Hospital Escuela en 1987. A inicios de los años 90, la resistencia informada era de 46-49% (Ref. 3, 6). Las cepas aisladas demostraron una sensibilidad del 100% al imipenen, similar a la informada por Simón y colaboradores en 1993 (Ref. 3). La bacteria *Klebsiella pneumoniae*, asociada a infecciones nosocomiales, demostró baja resistencia a imipenen y meropenen (3-4%) y resistencia baja a moderada a ciprofloxacina (17-25%), tanto en aislados de pacientes hospitalizados como ambulatorios. No se cuenta con datos de estudios previos de este último antibótico, pero en 1993 si se informó una resistencia baja (4%) al imipenen.[3] Aislados de pacientes hospitalizados, demostraron resistencia moderada a alta a amikacina, gentamicina, ceftazidima, ceftriazone y piperacilina (40-63%), y de 78% a trimetoprim sulfa, todo lo cual representa un aumento de la resistencia informada en 1993 la cual era inferior a 50% (Ref. 3). La resistencia a

la ampicilina fue de 100% tanto en pacientes hospitalizados como ambulatorios. De igual manera, *P. aeruginosa* ha demostrado un incremento en la resistencia a los aminoglicósidos en pacientes hospitalizados. En nuestro estudio la resistencia encontrada fue de 50-79%, en comparación a 37-49% informado anteriormente.[3,6] Por otro lado, *S. aerus* presentó resistencia baja a trimetoprim sulfa (20%) y ceftriaxone (14%), moderada a oxacilina (22%) y alta a penicilina (94%). El grado de resistencia a oxacilina se ha mantenido en relación a los informes anteriores.[3] Estas cepas no demostraron resistencia a los antibióticos vancomicina y linezolid.

La resistencia a antibióticos, inicialmente un problema en hospitales y países subdesarrollados, hoy día afecta a todo el mundo. Las bacterias tienen hasta ahora poblaciones extensas y mutables, para romper la barrera de los antibióticos. La resistencia microbiana es un fenómeno biológico natural que se ve amplificado muchas veces debido al mal uso que se hace de los antibióticos y a la indiferencia demostrada a las consecuencias de ese hecho.[7,8] El efecto de la resistencia microbiana es que medicamentos que en otro tiempo salvaban vidas pueden acabar teniendo el mismo poder curativo que otro placebo cualquiera. Las causas sociales que favorecen la propagación de la resistencia a los antimicrobianos son paradójicas. En algunos entornos, especialmente en los países más pobres, la subutilización de los medicamentos fomenta la aparición de la resistencia. Por ejemplo, los pacientes no pueden pagar la totalidad del tratamiento para curarse o sólo alcanzan con sus medios a adquirir medicamentos de calidad no garantizada y probablemente los microorganismos más débiles del cuerpo sucumbirán con esas dosis insuficientes, pero los más resistentes conseguirán sobrevivir y multiplicarse.

Se ha reconocido que cerca del 50% de las prescripciones de antibióticos es hospitales es inapropiada y que las infecciones hospitalarias causadas por bacterias resistentes o multiresistentes a los antibióticos están asociadas con mayor mortalidad, morbilidad y estancia hospitalaria prolongada.[9] En un estudio realizado en el Bloque Materno-Infantil del Hospital Escuela sobre el uso de los antibióticos en pacientes hospitalizados, se determinó un uso inapropiado o irracional en 36% de los tratamientos administrados a 300 pacientes en un período de 15 días.[10] Los principales hallazgos incluyeron ausencia de indicación antibiótica, administración de profilaxis antibiótica inadecuada, errores farmacológicos, documentación bacteriológica inadecuada antes de iniciar el tratamiento, selección y combinaciones antibióticas inadecuada, uso de antibióticos tóxicos sin monitorización de sus efectos adversos, cambio de antibióticos frecuentes y erráticos. Se ha discutido que en los hospitales se deben implementar programas dirigidos a optimizar la prescripción de antibióticos, no solo para mejorar el cuidado del paciente individual pero también para reducir los costos hospitalarios y reducir la diseminación de la resistencia.[11] Los comité de infecciones en coordinación con los departamentos de epidemiología y de laboratorio, juegan un papel importante en la implementación de estas acciones. Las estrategias para optimizar la prescripción incluyen, entre otras, la educación al personal clínico que prescribe con énfasis en el uso apropiado, revisión del patrón de prescripción con retroalimentación al personal que prescribe y formulación de políticas de uso de antibióticos.[11,12] Se ha recomendado que una política de uso de antibióticos debería incluir los siguientes aspectos: 1. Acertar desde el principio es clave al menos en los pacientes graves, por lo tanto ninguna política de antibióticos debe poner en riesgo que el tratamiento empírico sea adecuado. El primer objetivo de la política de antibióticos hospitalaria deberá ser, que la mayor proporción de pacientes con infecciones graves reciba una terapia antibiótica empírica adecuada; 2. La dosis importa. La importancia de los factores farmacodinámicos tiene implicaciones para la recomendación de tratamientos empíricos, y para la dosificación y monitoreo del paciente en riesgo; 3. Reducir la duración de muchos tratamientos. Es aquí donde las estrategias basadas en ofrecer recomendaciones a los clínicos una vez que se dispone de mas información clínica y microbiológica tienen su papel, puesto que la mayor parte del personal que prescribe desaprovecha la oportunidad de hacerlo.[13]

Consideramos que estudios de este tipo deben realizarse manera regular y sistemática en todos los hospitales del sistema de salud nacional para conocer nuestros patrones de susceptibilidad y optimizar los recursos. En el Servicio de Microbiología se introdujo el programa WHONET en el año 2003, el cual es una base de datos desarrollada para el manejo de la información microbiológica y el análisis de los resultados de la susceptibilidad.[14] Aunque el presente estudio tiene limitaciones debido a la no disponibilidad de todos los antibióticos durante el período de la evaluación, su importancia radica en que provee informa-

ción actualizada de cómo ha evolucionado la resistencia de los antimicrobianos en los últimos años en el centro asistencial más importante del país.

AGRADECIMIENTO. Se reconoce y agradece la revisión crítica del manuscrito realizada por los Drs. Jackeline Alger, Renato Valenzuela C. y Carlos A. Javier Z., Instituto de Enfermedades Infecciosas y Parasitología Antonio Vidal, Tegucigalpa; y al personal de la Sección de Bacteriología del Servicio de Microbiología Clínica del Hospital Escuela por su trabajo en el procesamiento de las muestras clínicas.

REFERENCIAS

1. **Organización Mundial de la Salud. Contengamos la Resistencia Microbiana. Acción Internacional para la Salud 2000; Año 5, No. 3.**
2. **World Health Organization. Antibiotic resistance: synthesis of recommendatios by expert policy groups. Alliance for the Prudent Use of Antibiotics. WHO/CDS/CSR/DRS/2001.10**
3. **Simón D, S Zelaya, D Padgett y CA Javier. Sensibilidad de las bacterias a los Amtimicrobianos Hospital Escuela 1993. Medicina Clínica 1993; 2: 47-54.**
4. **National Committee for Clinical Laboratory Standard. Manual de Microbiología Clínica. Séptima Edición, Washington D. C., Estados Unidos de Norteamérica, 1998.**
5. **National Committee for Clinical Laboratory Standard. Performance Standard for antimicrobial disk susceptibility tests; approved standard – Seventh Edition. NCCLS document M2 – A7. NCCLS, Wayne, Pennsylvania, USA, 2000.**
6. **Bu Figueroa E, IF Lozano, E Castillo, F Palma. Sensibilidad actual a los antibióticos de las bacterias aisladas en el Hospital Escuela. Medicina Clínica 1992; 1: 107-111.**
7. **Nollette KA. Antimicrobial resistance. J Am Acad Nurse Pract 2000;12(7):286-96.**
8. **Steinberg I. Clinical choices of antibiotics: judging judicious use. Am J Manag Care 2000; 6 (23 Suppl): S1178-88.**
9. **Davey P, Brown E, Fenelon L, Finch R, Gould I, Hartman G, Holmes A, Ramsay C, Taylor E, Wilcox M, Wiffen P. Interventions to improve antibiotic prescribing practices for hospital inpatients. Cochrane Database Syst Rev 2005; 19: CD003543.**
10. **Barrientos JC y Alvarado T. Uso de antibióticos en el Bloque Materno Infantil del Hospital Escuela. Rev Med Hondur 1990; 58: 156-165.**
11. **MacDougall C, Polk RE. Antimicrobial stewardship programs in health care systems. Clin Microbiol Rev 2005; 18(4): 638-56.**
12. **Madaras-Kelly K. Optimizing antibiotic use in hospitals: the role of population-based antibiotic surveillance in limiting antibiotic resistance. Insights from the Society of Infectious Diseases Pharmacists. Pharmacotherapy 2003; 23(12:1627-33.**
13. **Acosta Giraldo J, Cabrera López N, Tejas Rodríguez I. Efecto de una política de control de antimicrobianos en la susceptibilidad de microorganismos. Unidad de Análisis y Tendencias en Salud, Ministerio de Salud Pública, México, 1997.**
14. **World Health Organization. WHONET Software. Completar.**

IMAGEN EN LA PRÁCTICA CLÍNICA

Mielomeningocele

*Karla Maria Cruz Zepeda**

Femenina de 15 años, soltera con antecedentes de masa lumbosacra la cual desde su nacimiento, aumentaba de tamaño pero no era dolorosa. Además con incontinencia vesical, pie equinovaro, sin afectación de la función motora de extremidades y sin hidrocefalia. Vista en Consulta Externa del Hospital de Área de Puerto Cortés y remitida al Hospital Mario Catarino Rivas para su manejo adecuado. Se puede observar claramente la masa formada y el pie equinovaro.

* Médica General Hospital de Área de Puerto Cortés
Dirigir correspondencia a: cruzzepeda@ yahoo.com.mx

Rev Med Hondur 2006; 74:136-138

Litopedión
Reporte de un caso

Litopedhyon
Report of one case

Claudia Contreras, Virgilio Cardona López†*

RESUMEN. El Litopedion es una rara consecuencia del embarazo abdominal, donde, por pasar asintomático y escaparse al diagnóstico médico, el feto y/o sus membranas entran en un proceso de petrificación, ocurren en 0.0045% de todas las gestaciones. Se informa un caso de una paciente de 31 años a quien se le descubrió un Litopedion de término, con medidas óseas en percentiles altos, retenido en el abdomen durante 13 años. La frecuencia de embarazos extrauterinos ha aumentado, sin embargo el diagnóstico de Litopedion es menos frecuente debido a la detección temprana de los embarazos abdominales.

Palabras claves: Embarazo abdominal. Embarazo extrauterino. Feto. Litopedion.

ABSTRACT. The Lithopedion is a rare consequence of abdominal pregnancy, which presents no symptoms, and of which no medical diagnosis can be established, leading therefore, to the calcification of the fetus and its membranes. This abnormality during pregnancy occurs with a frequency of 0.0045%, and it can be easily confused with an ovarian tumor. In this paper a case of a 31 year old patient, with a Lithopedion at term, with long bones meditions in high percentiles, retained in her abdominal cavity for 13 years. Although the frequency of extrauerine pregnancies has increased, a Lithopedion diagnosis is less frequent due to the early detection of abdominal pregnancies.

Keywords: Abdominal pregnancy. Extrauterine pregnancy. Fetal. Lithopedion.

INTRODUCCIÓN

Dentro de la valoración de las masas tumorales pélvicas se debe tener en cuenta un pequeño grupo, correspondiente a una entidad cada vez menos frecuente: el embarazo abdominal retenido calcificado o Litopedion, término derivado del griego *Lithos* que significa piedra y *Paidion* que significa niño. La primera mención de un Litopedion la dio Albucasis (936-1013 DC) y la primera descripción detallada se debe a Spach en 1557 (Ref. 1). Actualmente se han descrito en la literatura mundial más de 300 casos.[2]

El embarazo abdominal tiene una incidencia creciente con una mortalidad perinatal de 0.5% a 18% (Ref. 3). De cada 1,000 embarazos ectópicos, 9.2% son abdominales, lo que corresponde a 10 de cada 100,000 nacimientos. La formación de un Litopedion ocurre en 0.0045% de las gestaciones,[4-5] generalmente en gestantes mayores de 45 años (63% de los casos) con una retención en abdomen

* Medico residente de cuarto año del Postgrado de Patología UNAH. Hospital Escuela.
† Médico Patólogo, Coordinador del Post Grado Patología UNAH. Hospital Escuela.
Dirigir correspondencia al correo electrónico: claudoc05@yahoo.com

desde 4 hasta 60 años (70% más de 5 años y 40% más de los 20 años) y edades gestacionales de 3 a 6 meses (20% de los casos) y mayor de 7 meses (71%) (Ref. 6-9).

PRESENTACIÓN DEL CASO

Paciente de 31 años, casada, ama de casa y procedente de Curaren, Francisco Morazán. Consulta por masa abdominal que apareció inmediatamente después del primer embarazo, hacía 13 años; con aumento de tamaño progresivo. Antecedentes obstétricos. Gesta: 8 Para: 5 Abortos: 3 Hijos vivos: 5. primer parto hacía 13 años y el último parto 2 meses previo a su ingreso. Todos los partos fueron atendidos en casa por partera. Sus ciclos menstruales eran regulares; la paciente no usaba métodos de planificación, no refirió antecedentes patológicos conocidos. Al examen físico se encontró: afebril con signos vitales normales. Abdomen globoso. Al examen ginecológico AFU: 20 cms. Útero: duro (pétreo) no doloroso, no móvil sin signos de irritación peritoneal. En la ecografía pélvica se identificaron partes fetales en fondo de útero, sin evidencia de latido cardíaco. La paciente fue ingresada con diagnóstico de óbito fetal.

Durante su hospitalización permaneció estable, asintomática, afebril, con masa dura pélvica, pétrea, de bordes bien definidos, no dolorosa, sin sangrado transvaginal. Se decidió evacuar el producto aplicándose Misoprostol en fondo de saco para dilatar cérvix. Presentó picos febriles y se continuó con Misoprostol sin respuesta alguna. Posteriormente se realizó laparotomía exploradora. Durante la cirugía se encontró tejido capsular adherido a asas de yeyuno y colon sigmoideo conteniendo feto putrefacto, momificado en descomposición con acumulación de 200 ml de secreción purulenta y fetidez. Útero y anexo derecho normales, anexo izquierdo adherido a la cápsula que contenía el producto. Se realizó histerectomía abdominal total y salpingooforectomía bilateral.

La paciente no presentó complicaciones post-quirúrgicas, permaneció estable, afebril, egresando a los 14 días de su ingreso.

En el estudio patológico se apreció una masa pétrea de 17.8 x 12cms, 1300g de peso, membranas fetales fuertemente adheridas a estructuras fetales en proceso de fibrosis y calcificación, correspondientes a un litopedion el cual presentaba un defecto de cierre hacia la región parietal debido a la presencia de zonas osteolíticas, orbitas, maxilares y huesos del macizo facial de aspecto normal. Columna vertebral completa hiperflexionada, huesos largos de extremidades superiores e inferiores con ausencia de un miembro superior completo (húmero, cúbito, radio y mano) de uno de los lados y de ambos pies. Escápulas visibles, una de ellas separada de su sitio anatómico. (Figura 1). La cápsula se recibió separada del feto; de 19×15×13 cms. de superficie café- violácea, de 2 cms. de grosor con presencia de secreción purulenta fétida en su cara interna (Figura 2). Los cortes histológicos mostraron pared de tejido conectivo con extensas áreas de ulceración, fragmentos óseos degenerados con reacción inflamatoria crónica severa y presencia de microabscesos.

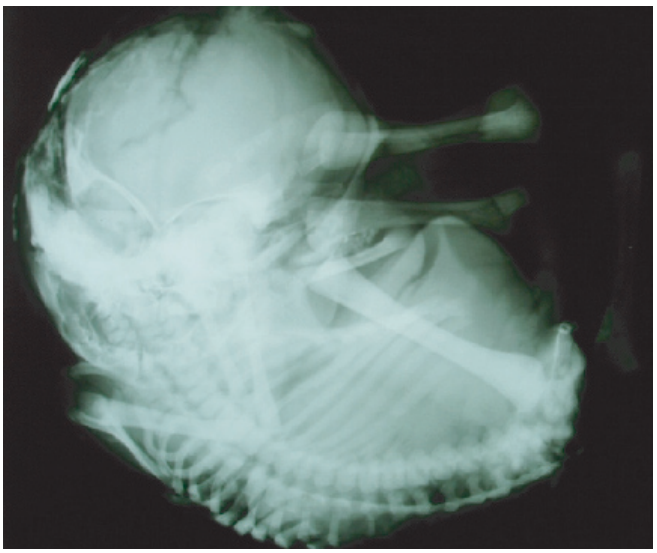


Figura 1. Radiografía ósea del litopedion. Se observan estructuras óseas fetales y tejidos blandos parcialmente calcificados.

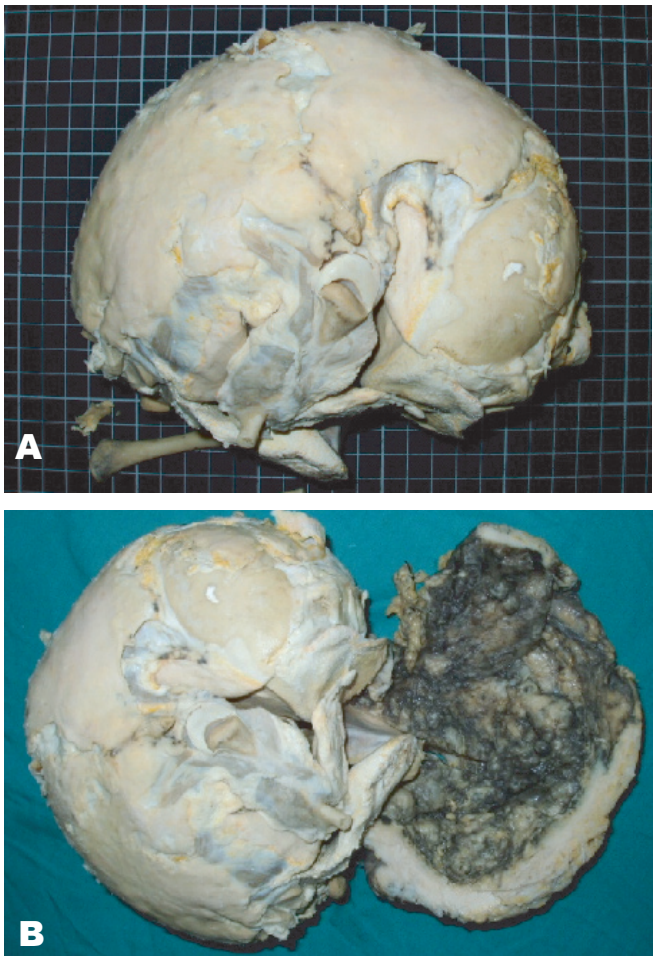


Figura 2. A. Litopedion de término, con medidas óseas en percentiles altos, retenido en abdomen durante 13 años. **B.** Litopedion y cápsula fibrosa con secreción purulenta.

DISCUSIÓN

Existen varias condiciones necesarias para que de un embarazo abdominal se forme un Litopedion: 1) El feto debe tener una supervivencia en abdomen por más de 12 semanas. 2) Permanecer en condiciones asépticas y 3) Tener un ambiente favorable para la calcificación.[10] Después de la muerte fetal se inicia el proceso de petrificación el cual consiste en:

- Esqueletomización, donde los huesos permanecen después de la desintegración y absorción de las partes blandas.
- Adipocere, donde las partes blandas son reemplazadas por ácidos grasos, jabones y ácidos esteáricos.
- Supuración, el feto es destruido después de la formación de un absceso.
- La formación del verdadero Litopedion donde le feto y/o las membranas se calcifican en varios grados.

Según las estructuras calcificadas el Litopedion se puede clasificar en tres tipos, Litokeliposis (26%), donde hay calcificaciones de las membranas; Litokelitopedion (31%) donde el feto y las membranas están calcificadas; y Litopedion verdadero (34%), donde sólo el feto está calcificado.[11-14]

Las pacientes en gestación con cuadros raros de dolor abdominal recurrente o persistente, sin cambios cervicales y muerte fetal, hacen sospechar la presencia de un embarazo abdominal, sobre todo si se asocia con inducción fallida como sucedió en este caso. La radiografía y la ultrasonografía muestran partes óseas en la cavidad abdominal cerca de la columna materna. Si no hay síntomas y escapa al examen médico, puede alcanzar una edad gestacional de término e incluso, el feto puede lograr un desarrollo completo.[15]

REFERENCIAS

1. **Gemke GR, Bratkouskaia KA, Murkhordou AG, Tabachuk NN. 30 year old lithopedion associated with ovarian cyst and large umbilical hernia. A Kush Ginekol Mosk 1991; 4: 60-1.**
2. **Martin JM, Sessums JK, Martin RW, *et al.* Abdominal pregnancy. Curr Concepts Man 1988; 71: 549.**
3. **Atrash HK, Friede A, Hoguel SR. Abdominal pregnancy in the United States: frequency and maternal mortality. Obstet Gynecol 1987; 69: 33.**
4. **Grunstein S, Supron H, Stamlec L. A lithopedion simulating an ovarian tumor. Gynaecology 1968; 165: 38-40.**
5. **Rothschild BM, Rothschild C, Bement LC. Three millennium antiquity of the lithokelyphos variety of lithopedio. A m J Obstet Gynecol 1993; 169: 140-41.**
6. **Spirtos NM, Elsenkop SM, Mishell DR. Lithokelyphos a case report and literature review. J Reprod Med 1987; 32: 43-6.**
7. **Naim A. Retained abdominal pregnancy. Aust N Z J Surg 1996; 6: 175.**
8. **Buchet R. Le tithopedion, rarissime masse pelvique abdominale. J Radiol Electrol Med Nucl 1967; 48: 537.**
9. **Tien D. Lithopedion: general discussion and case report. Chin Med J 1949; 67: 451.**
10. **Bustamante JS, Flóres GO, Rubio EJ, Plata PN. Litopedion en embarazo cervical: comunicación de un caso. Ginecol Obstet Mex 1989; 57: 343-45.**
11. **Deenon HJ, Henderson WD. Ectopic pregnancy, gestaction of eight months-retained 8 years. Am J Surg 1922; 3: 377.**
12. **Chase LA. Lithopedion. Can Med Assoc J 1968; 99: 226.**
13. **Shah-Hosseini R, Eurard JR. Lithopedion a case report. J Reprod Med 1987; 32: 131-33.**
14. **Sfar E, Kchir N, Cheili H, Kharouf M. Une observation rare de grossesse abdominale: le lithopedion. Tunis Med 1993; 71: 283-87.**
15. **Hincapié LC, Navarro-Newball H, Mosquera J, Litopedion, diagnóstico diferencial de un tumor de ovario, informe de un caso. Colômbia Médica 1995; 26: 30-2.**

Rev Med Hondur 2006; 74:139-141

Hernia de Morgagni
Reporte de un caso y revisión de la literatura

Morgagni Hernia
Report of one case and review of the literature

José Ranulfo Lizardo B., José Gerardo Godoy M.*,*
Carlos Humberto Figueroa†

RESUMEN. Se presenta el caso de una paciente femenina de 2 años de edad con historia de neumopatía crónica, cuyos estudios diagnosticaron que se trataba de una hernia diafragmática derecha de Morgagni. Por lo que fue operada en el Hospital de Especialidades del Instituto Hondureño del Seguro Social en forma exitosa. La hernia diafragmática de Morgagni es una patología rara, constituye menos del 5% de todas las hernias diafragmáticas y el presente caso es el primero en reportarse en la literatura médica hondureña.

Palabras clave: Hernia de Morgagni. Hernia de Larrey. Hernia Diafragmática. Hernia retroestructural.

SUMMARY. This is the case of a two year old, female patient with a history of chronic pneumopathy, whose diagnostic studies revealed a right diaphragmatic hernia of Morgagni. This hernia was successfully operated in the Hospital of Specialities of the Honduran Institute for Social Security. The diaphragmatic hernia of Morgagni is a rare pathology that constitutes less than 5% of all the diaphragmatic hernias, and the present case is the first one reported in the Honduran medical literature.

* Cirujano Pediatra, Instituto Hondureño de Seguridad Social.
† Radiólogo Pediatra, Instituto Hondureño de Seguridad Social.
Dirigir correspondencia al correo electrónico: jlizardob@hotmail.com

Keywords: Hernia of Morgagni. Hernia of Larrey diaphragmatic hernia. Retrosternal hernia.

INTRODUCCIÓN

El foramen de Morgagni es un espacio retroesternal que se desarrolla cuando la porción fibrotendinosa de la *pars sternalis*, no se fuciona con el tejido fibrotendinoso que surge de los arcos costocondrales, de tal manera que hay un defecto entre las uniones esternales y costales del diafragma exactamente en la porción anteriomedial del septum transversum y la pared toráxica.[1,2] Este espacio usualmente es llenado con grasa que es cubierta por arriba por la pleura y por abajo por el peritoneo sin embargo este foramen ofrece una vía a través de la cual las vísceras abdominales pueden herniarse a la cavidad toráxica, siendo el colon tranverso y/o el epiplón acompañado de un saco herniario los contenidos mas frecuentemente encontrado.[1-3]

Cuando el hiato ocurre en la unión esternocostal derecha se le define como hernia de Morgagni, en cambio cuando el defecto es en la unión esternocostal izquierda se le llama de Larrey y si existe en ambos lados se trata de una hernia de Morgagni-Larrey.[3,4]

En un 90% de los casos la hernia ocurre en el lado derecho, un 8% en el lado izquierdo y un 2% la hernia es bilateral.[1,2]

De acuerdo a la literatura mundial la hernia de Morgagni-Larrey es una patología sumamente rara, correspondiéndole únicamente un 4.5% de todas las hernias diafragmáticas congénitas[3] de allí la importancia en publicar este primer caso de literatura médica hondureña.

PRESENTACIÓN DEL CASO CLÍNICO

El día 18 de abril del 2005 se ingresó en el Hospital de Especialidades del Instituto Hondureño del Seguro Social una paciente femenina de 2 años de edad con historia de cuadros respiratorios a repetición caracterizado por episodios de tos seca y vómitos que presentaban una duración de 15 días aproximadamente y se repiten cada mes. No había historia de fiebre ni pérdida de peso y al examen físico se observó una paciente en buen estado general, con signos vitales normales, peso y talla adecuado para su edad.

El examen físico fue completamente normal, sin embargo, en vista de esa historia compatible con una neumopatía crónica, se le indicó una radiografía de tórax posteroanterior y lateral observándose en la primera proyección una imagen radiolúcida multiseptada en el ángulo costo frénico derecho y que en la proyección lateral se observaba por atrás del esternón (Ver figuras No. 1 y No. 2).

Con estos datos se sospechó una hernia diafragmática anterior derecha de Morgagni, por lo que se indicó un colon por enema, donde se confirmó la presencia de colon transverso en el hemitórax derecho (Ver figuras No. 3 y No. 4).

La niña fue sometida a una toracotomía postero lateral derecha, encontrando 10cm de colon tranverso que se herniaban a través de un defecto diafragmático anterior de 5cm de diámetro (Ver figura No. 5).

Luego se procedió a reducir el asa intestinal para realizar una hernioplastía diafragmática con seda dos ceros puntos separados y colocación de una sonda pleural. (Ver figura No. 6) Terminando el procedimiento, se trasladó a la Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos, donde se inició la vía oral a las 24 horas postoperatorias y se retiró el sello pleural a las 48 horas trasladándose a Sala de Pediatría B para darse de alta en su tercer día de postoperatorio.

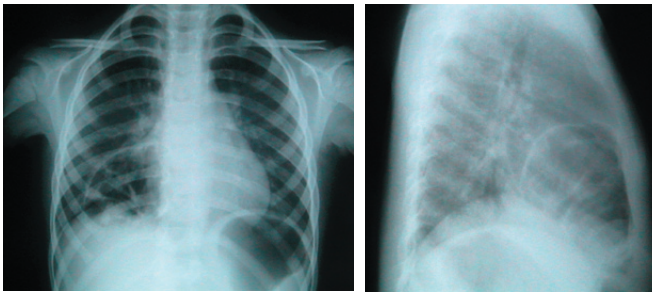


Figura No. 1 y No. 2 . En la radiografía A-P como en la lateral se observa la imagen radiolúcida septada.

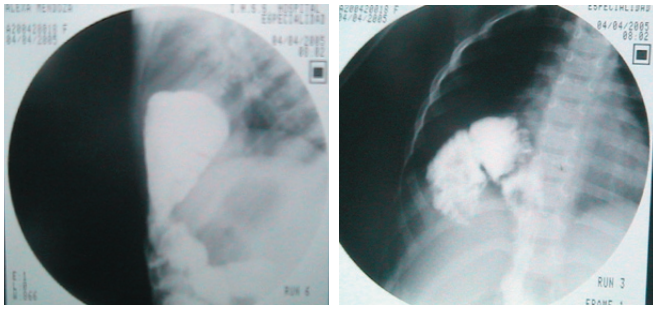


Figura No. 3 y No. 4. En el colon por enema se observa un asa del transverso en el hemitorax derecho.

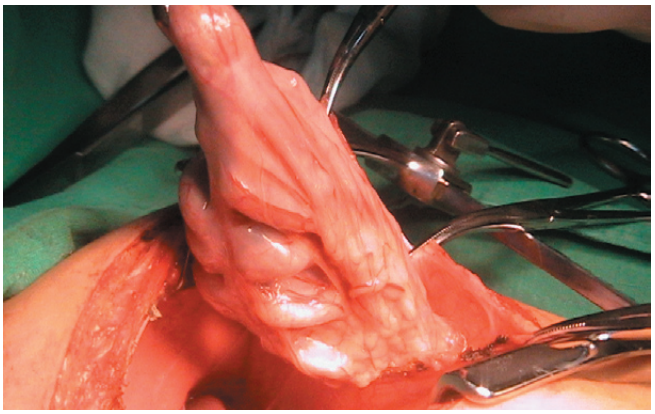


Figura No. 5. En la toracotomía derecha se encontró 10cm de colon transverso.

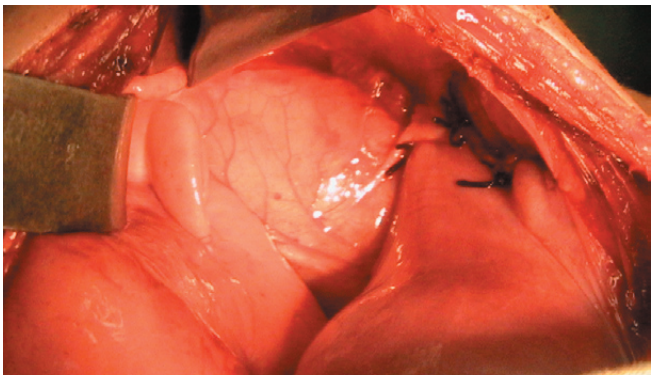


Figura No. 6. se observa el defecto cerrado con seda 00.

La paciente ha sido controlada en Consulta Externa de Cirugía Pediátrica durante un año, encontrándosele completamente asintomática y sus controles radiológicos son normales.

DISCUSIÓN

La incidencia de hernias diafragmáticas en Estados Unidos es de un caso cada 3,509 nacimientos vivos, de los cuales la gran mayoría corresponden a hernias posterolaterales o de Bochdalek y únicamente un 4.5% son defectos anteromediales o llamados de Morgagni, quien la describió por primera vez en 1769.(Ref.1,4,5)

La forma de presentación de la hernia de Morgagni es muy variada desde una dificultad respiratoria severa a un paciente completamente asintomático que es diagnosticado como un hallazgo incidental en una radiografía de tórax o como en el presente caso caracterizado por ataques repetidos de infecciones respiratorias o intermitentes síntomas intestinales.[4-8]

Generalmente el diagnóstico se realiza durante la primera década de la vida sin embargo hay casos que se han diagnosticado durante la vida adulta sobretodo debido al incremento de la presión intrabdominal por condiciones adquiridos como la obesidad y el embarazo,[3] usualmente una radiografía de tórax anteroposterior y una lateral mas un enema de bario, son suficientes para confirmar el diagnóstico de hernia de Morgagni,[3-7] donde se observara asas intestinales en la porción anteromedial de la cavidad toráxica, tal como se evidenció en nuestra paciente sin ser necesario mas estudio.

Aún cuando la mayoría de las hernias diafragmáticas son asintomáticas y el riesgo de encarcelamiento y estrangulación es raro, todos los autores están de acuerdo en que una vez realizado el diagnóstico se debe proceder a realizar la corrección quirúrgica lo más pronto posible, para evitar la posibilidad de una necrosis intestinal.[4-7,9]

En relación con el abordaje la mayoría acepta que las hernias crónicas deben ser resueltas a través de una toracotomía y las hernias agudas por laparotomía, esto debido a que en las hernias crónicas es muy probable que existan adherencias a las estructuras intratoraxicas y se requiere mayor disección tanto del saco herniario como de su contenido,[7] lo cual es más fácil de realizar a través de una toracotomía tal como lo realizamos en este caso.

La cirugía consiste en reducción de la hernia, reseción del saco y sutura del defecto que la mayoría realizamos con puntos separados y sutura no absorvible.

Es importante mencionar que autores como Lima en el año 2000, Azzie y Qahtani en el año 2006 ya han reportado reparación de hernia de Morgagni vía laparascópica con muy buenos resultados.[3,10-11]

Para finalizar podemos concluir que la hernia de Morgagni es una patología extremadamente rara, cuya forma más común de presentación es asintomática, sin embargo, su tratamiento siempre es quirúrgico y ha esto se debe la importancia de publicar este primer caso en la literatura médica hondureña.

REFERENCIAS

1.- **Lau TS, Kim SS, Ledbetter JD and Healey TP. Fraternal Twins with Morgagni hernias. J Pediatr Surg 2005;40:725-727.**
2.- **Harris JG, Soper TR and Kimura KK. Foramen of Morgagni hernia in indentical twins: is this an Inheritable defect? J. Pediatr Surg 1993; 28:177-178.**
3.- **Lima M, Domini M, Libri M, Morabito A, Tani G, and Domini R. Laparoscopic repair of Morgagni-Larry hernia in a Child. J Pediatr Surg 2000; 35:1266-1268.**
4.- **Stolar CJ, Dillon PW: Congenital diaphragmatic hernia and reduction in O´neill JA, Rowemi, Grosfeld JL *et al:* Pediatric Surgery (ed5). St Louis, MO, Mosby 1998; p 832.**
5.- **Holder TM, Ascrath KW. Pediactric Surgery. 2nd Ed. Philadelphia. WB Saunders Company 1993; p 214.**
6.- **Raffensperger JG. Swenson´s Pediatric Surgery. Fifth ed. Norwalk, Connecticut; Appleton & Lance 1990; p 730.**
7.- **Moss RL, Skarsgard ED, Kosloske AM and Smith BM case studies in Pediatric Surgery, New York. Mcgraw-Hill, 2000; p 29-30, 212-213.**
8.- **Berman L, Stringer D, Einsh, *et al* the late presenting Pediatric Morgagni hernia a benign condition. J Pediatr Surg 1989; 24:970-972.**
9.- **Vaos G and Skondras C. Colonic necrosis because of strangulated recurrent Morgagni´s hernia in Child with Down´s Symdrome. J Pediatr Surg 2006; 41:589-591.**
10.- **Azzie G, Maoate K, Beasley S, Retief W, Bensousan A. A simple technique of Laparoscopic full thickness anterior abdominal wall repair of retrosternal (Morgagni) hernias. J Pediatr Surg 2003; 38:768-770.**
11.- **Qahtani AR and Almaramhi H. Minimal Access Surgery in Neonates and Infants J Pediatr Surg 2006; 41:910-913.**

Rev Med Hondur 2006; 74:142-147

Principales cambios en los lineamientos para la reanimación cardiopulmonar del 2005

Mayor changes in the 2005 guidelines for the cardiopulmonar resuscitation

*Federico Ludwig Herrera Alemán**

RESUMEN. Además de las medidas inmediatas básicas en reanimación, el uso de defibriladores y medicamentos son esenciales para alcanzar el éxito en la resucitación. Un ECG de emergencia ha sido hasta ahora necesario para identificar las diferentes arritmias cardiacas del paro circulatorio y asi el tratamiento adecuado. Definiremos el paro circulatorio hiperdinámico como indicación de la desfibrilación. Sólo unas pocas drogas son apropiadas en la resucitación cardiopulmonar, pero en todos los casos de paro cardíaco está indicado el manejo con adrenalina endovenoso o endotraqueal. Mencionaremos la importancia oxigenación como terapia y finalmente describiremos brevemente los principales cambios en los avances en reanimación cardiopulmonar básica y avanzada, basados en los lineamientos internacionales actuales, los cuales han tenido como único fin el de simplificar y estandarizar el manejo de emergencia en reanimación basados en la evidencia. Presentamos también un algoritmo para facilitar la reanimación.

Palabras clave: Adrenalina. Defibrilación. Paro cardíaco. Reanimación. Resucitación cardiopulmonar.

ABSTRACT. In addition to immediate performance of basic life support, the use of defibrillators and drugs is essential in order to achieve a successful resuscitation. An emergency ECG to differentiate the underlying form of circulatory arrest is necessary to choose the indicated therapy. Only in the hyperdinamic form of circulatory arrest defibrillation is indicated. Only a few drugs are appropriate in cardiopulmonary resuscitation but in all cases of cardia arrest epinephrine is the drug of choice that can be applied intravenously as well as endobronchially. We would mention how important is the oxigen Therapie and finally briefly describing the Mayor Changes in the New international Guidelines for Cardiopulmonary Resuscitation which were publicated in order to simplificate and to standarize the emergency Therapie based on evidence. An algorithm for efficient resuscitation is presented.

Key words: Defibrillation. Epinephrine. Heart arrest. Resuscitation.

INTRODUCCIÓN

La resucitación cardiopulmonar y los cuidados en la emergencia cardiovascular son relativamente un campo nuevo. Los datos epidemiológicos son incompletos, y la evidencia de alto nivel es insuficiente para apoyar muchas de las

* Médico. Tegucigalpa, Colonia Miraflores Bl-68, C-1902. o Marsilius Str. 87, 50937 Koln.-Alemania.
Dirigir correspondencia al: Dr. Federico Herrera o al Correo electrónico: e-mail; fludwig05@yahoo.de

recomendaciones. De ahí que la falla cardiaca repentina (sudden cardiac arrest- SCA) se estima es responsable de 250,000 muertes fuera del hospital sólo en los Estados Unidos cada año, desconocemos la estadística aplicada a Honduras pero podemos estimar que los valores, muy probablemente, sean mayores.

Después de décadas de esfuerzo para promover la ciencia de la resucitación cardiopulmonar y su educación, los rangos de sobrevida por falla cardiaca fuera de los hospitales se mantiene mundialmente muy bajo, alcanzando valores del 6 % ó menos, justificando la necesidad de simplificar, facilitar y estandarizar las medidas en reanimación a nivel mundial.[1-4]

Los científicos involucrados en el proceso de evaluación de la evidencia en cuidados de emergencia cardiovascular para el 2005 y la revisión de los lineamientos en resucitación cardiopulmonar y los cuidados en emergencia cardiopulmonar para el 2005 de la Academia Americana del Corazón (AHA), iniciaron y finalizaron el proceso con el cuidado de las limitaciones en la evidencia científica en resucitación, optimistas acerca de los datos recientes que documenta los beneficios de una resucitación cardiopulmonar de alta calidad y determinaron hacer recomendaciones que permitan aumentar la sobrevida tras la falla cardiaca y las emergencias que atentan contra la vida. Trataremos asi en esta revisión de resumir solamente los cambios principales a los lineamientos estandar en reanimación cardiopulmonar realizados en el 2000 y que permitan obtener tras la lectura, una idea resumida pero precisa de estos cambios para su valoración y consideración en los protocolos de emergencia.

Reanimación

Entendemos por medidas de reanimación avanzadas, a aquellas que además de las medidas básicas de reanimación en adultos como en niños, permitan recuperar la adecuada ventilación y circulación espontanea, utilizando otros medios de ayuda incluyendo las técnicas especiales de respiración, el desfibrilador y uso de medicamentos.

Oxigenación

Para la adecuada oxigenación orgánica son necesarias altas concentraciones de oxígeno en el aire respirado. Mediante el uso de un aparato respirador y oxígeno es posible aumentar la concentración de oxígeno en el aire respirado.

Con la bolsa respirador, ya sea a través de una máscara o tubo endotraqueal, alcanza el paciente una Fracción Inspirada de Oxígeno (FIO2) de 0.21 representando una concentración de oxígeno del 21%. Con el subsecuente uso de un reservorio y un aporte de oxígeno de 10-15 L/min. puede elevarse la FIO2 hasta un 0.8 representando un contenido de oxígeno del 80% en el aire inspirado (por ello es muy aconsejable).[5]

El volumen tidal representa el volumen de aire en la vía respiratoria (en ml), que es inspirado y espirado durante una respiración normal. El criterio pragmático para una respiración adecuada, es la observación de la elevación de la caja torácica en cada insuflación. La adecuada oxigenación para valores respiratorios bajos de FIO2 (<40%) exige un volumjen tidal elevado, en comparación con valores altos de FIO2. Por lo anterior se aconseja lo siguiente: para una FIO2 debajo de 0.4 (40%), se aconseja un aumento del volumen tidal de hasta 10-15ml/kg/peso, representando cerca de 700 a 1000ml, con un tiempo inspiratorio de 2 segundos. Para una FIO2 arriba de 0.4, un volumen tidal de 6 a 7ml/kg/peso, representando cerca de 400 a 600ml, con un tiempo inspiratorio de 1 a 2 segundos.

La entubación endotraqueal representa la forma más segura en la via respiratoria, y solamenta deberán utilizarse otros medios (tubo de Guedel) cuando sea imposible entubar o por falta de personal entrenado. Otros medios como el tubo combi, o la máscara laringea necesitan personal entrenado y familiarizado con dichos medios.

El Electrocardiograma

Para diferenciar la forma del paro circulatorio dependiente del tipo de ritmo cardíaco, se exige un electrocardiograma (ECG) de emergencia. Esta diferenciación es necesaria ya que para efectos terapeúticos se ha escogido entre dos grupos básicos: el paro circulatorio hiperdinámico y el hipodinámico.

La forma hiperdinámica es representada frecuentemente por la fibrilación ventricular (FV); ondas ventriculares rápidas e irregulares (300-600/min) sin un complejo ventricular reconocible y sin ninguna contracción cardíaca y con ello una capacidad cardíaca de bombeo inefectiva. En palabras simples, observaremos un ECG con ondas y segmentos, finos o amplios, incoordinados y ningún complejo QRS reconocible, por tanto ni hay pulso, no hay bombeo cardíaco.

Otra forma incluye la taquicardia ventricular sin pulso; complejos ventriculares amplios y de alta frecuencia. El ventrículo se contrae con una frecuencia tan alta (200-300/min) que el llenado cardíaco se vuelve insuficiente para crear un sistema circulatorio, por tanto no hay pulso y no hay bombeo.

La forma hipodinámica es representada por la asistolia, en la cual no hay actividad eléctrica medible, no hay pulso, ni hay bombeo. El ECG se presenta con línea nula. Otra forma es la actividad eléctrica sin pulso donde los complejos ventriculares son amplios y deformados, con actividad eléctrica que no responde a una contracción miocárdica (asistolia mecánica). Hay una disosiación entre la acción cardiaca eléctrica y mecánica.

Tras la sospecha de un paro circulatorio deberán colocarse inmediatamente las paletas de un electrocardiógrafo de emergencia, con electrodos adheridos a las paletas y que facilitan la colocación y uso. Electrodos normales que deben adherirse liberando primero la cinta adhesiva exigen mucha pérdida de tiempo. Las paletas deberán ser colocadas en la forma siguiente:

1.- Paleta derecha, linea paraesternal derecha por debajo de la clavícula.
2.- Paleta izquierda, en la linea axilar media izquierda a la altura del 5to y 6to espacio intercostal, sobre el ápice cardiaco.

No se debe olvidar que detrás de una asistolia es posible que se esconda una fibrilación ventricular de onda muy fina, por ello al leer una asistolia se aconseja basicamente valorar una segunda derivación. Para ello hay solamente que intercambiar de posición las paletas, acción conocida como Cross-Check: 1.- Paleta derecha, en la linea axilar anterior o media a nivel del quinto espacio intercostal izquierdo. 2.- Paleta izquierda, linea paraesternal derecha por debajo de la clavícula.

En el caso de que el paciente sea portador de un marcapasos cardiaco o defibrilador automático, el electrodo se colocará no encima del marcapasos sino a 10 cm de distancia de éste.

Defibrilación

Definida como la eliminación de la fibrilación dentro de los 5 segundo posteriores a la descarga de desfibrilación.

Puesto que las posibilidades de sobrevida de un paciente con FV se reducen en 10 % por cada minuto del intervalo sin terapia, la defibrilación debe realizarse lo más rápido posible. En la defibrilación, de acuerdo a los lineamientos en resucitación del 2000, se aplica un impulso de corriente monofásica de igual intensidad. En la FV o en TV sin pulso, se aplicará una energía eléctrica dirigida al miocardio, por un condensador previamente cargado. Esta energía acciona una depolarización simultanea del miocardio, tras la cual existe la posibilidad de que los nódulos sinusales retomen su función fisiológica tras una repolarización conjunta. Fundamental para tal efecto es el que las paletas, correctamente posicionadas, alcanzen por lo menos tres cuartos del miocardio y que estos estén adecuadamente oxigenados. No se debe olvidar que en la asistolia y actividad eléctrica sin pulso la defibrilación está contraindicada.[6]

Cuadro No. 1. Algoritmo de desfibrilación

Según lineamientos del 2000	**Según lineamientos del 2005**	
1: Choque en serie (monofásico)	**Choque único:**	
	bifásico	**monofásico**
Control de signos vitales	1) 150-200 J	360 J
1) Defibrilación con 200 Joule	reanimación básica por 2 minutos (30:2)	
2) Defibrilación con 200 Joule	adrenalina 1 mg cada 3-5 min.	
3) Defibrilación con 360 Joule	Control de signos vitales	
2: Choque en serie	**Choques posteriores :**	
4) Defibrilación con 360 Joule	2) 150-360 J	360 J
5) Defibrilación con 360 Joule	3) 150-360 J	360 J
6) Defibrilación con 360 Joule	Amiodarona 300 mg iv. si hay persistencia de una FV o TV.	

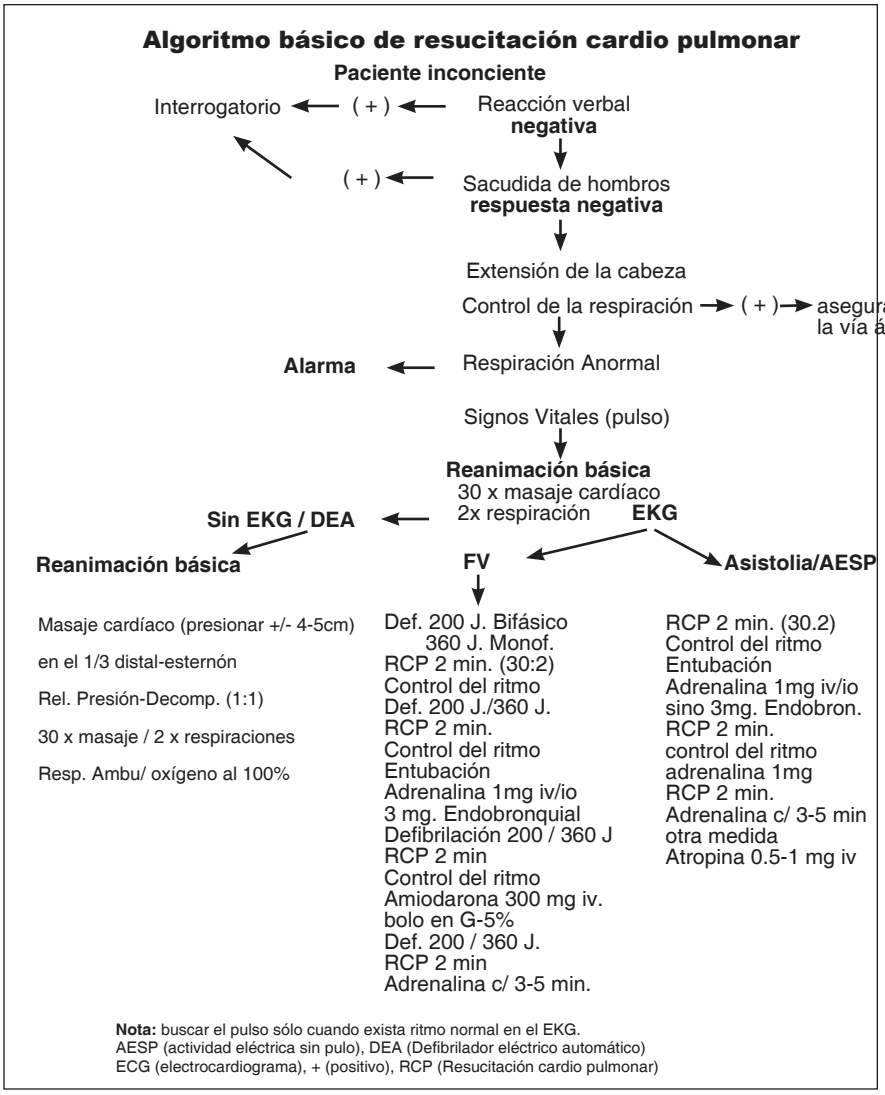
En la actualidad existen defibriladores mecánicos y automáticos. Los automáticos se subdividen en parcial o totalmente automatizados, los últimos son aparatos que se hacen cargo del diagnóstico y del choque sin intervención del usuario, claro está, estos aparatos no están al alcance de todos los hospitales ni han sido aprobados en muchos países europeos.

Están también los defibriladores de impulsos bifásicos, en estos la corriente fluye en una dirección y regresa siempre al mismo punto, con la intención de evitar una nueva fibrilación. La energía utilizada es de 200 Joule siendo asi menor que la energía en un impulso monofásico. La posibilidad del corazón de retomar su función fisiológica espontanea con la utilización de un defibrilador bifásico, parece ser mayor.[7]

Puntos críticos en la Reanimación Cardiopulmonar basados en los nuevos lineamientos internacionales de resucitación

En noviembre del 2005 se publicó el consenso por el Comité Internacional de Liaison en Resucitación (ILCOR), el consenso International del 2005 para la Resucitación Cardiopulmonar y las Ciencias para el Cuidado Cardiovascular de Emergencia con recomendaciones en el tratamiento.

A continuación mencionamos brevemente los puntos críticos del Consenso Internacional, que tuvo como meta en lo posible estandarizar y simplificar la reanimación cardiopulmonar en adultos y niños, tratando igualmente de evitar que protocolos complicados y dificiles recomendaciones influyan en el resultado y éxito de las medidas de reanimación cardiopulmonar.



ERC 2005 Resuscitation 2005;67:(Supl): S1-S189.
ILCOR 2005 Resuscitation 2005;67:157-341.

Separando las discrepancias entre el Consejo Europeo de Resucitación (ERC) y la Asociación Americana de Cardiología (AHA).

Reanimación en adultos

Cambios fundamentales en las medidas de reanimación básicas:

a) La decisión para iniciar las medidas de reanimación se tomarán en el momento en que un paciente no esté conciente o no pueda comunicarse y presente dificultades respiratorias.
b) El masaje cardiaco se aplicará en la mitad esternal inferior.
c) Cada respiración artificial deberá durar un segundo.
d) Para pacientes en parorespiratorio se aplicará una relación compresión-ventilación de 30:2. La misma relación se aplicará para niños cuando la reanimación sea aplicada por una sola persona.

Inmediatamente después de que el paciente entre en parorespiratorio recibirá las 30 compresiones, obviando las 2 respiraciones iniciales estandarizadas previo al masaje.

Cambios fundamentales en la defibrilación automatizada

a) La defibrilación mediante defibriladores externos automatizados(DEA) en centros públicos, será aconsejada en aquellos sitios donde los DEA sean utilizados por lo menos una vez cada 2 años para un parocardiorespiratorio.
b) El personal capacitado para DEA aplicarán las medidas básicas en reanimación hasta poder realizar la DEA.
c) Se aplicará una única descarga de desfibrilación, dependiendo del aparato, 150 J para bifásicos y 360 J para monofásicos e inmediatamente después la reanimación básica por 2 minutos, obviando en este momento la revaloración de la arritmia, los signos vitales o el pulso.

Cambios fundamentales en la reanimación avanzada en adultos

Personal profesional capacitado brindará reanimación básica (en promedio 5 ciclos de 30:2) por 2 minutos en pacientes en parorespiratorio de inicio desconocido. La desfibrilación se realizará inmediatamente en aquellos pacientes en quienes se ha observado la transición al parorespiratorio.

Desfibrilación

En caso de Fibrilación ventricular (FV) o taquicardia ventricular sin pulso (TV) se iniciará con una única descarga e inmediatamente después las medidas de reanimación (30:2). La revaloración de la arritmia, del pulso o signos de vida se hará inmediatamente después de los 2 minutos de reanimación básica. Posteriormente, si se indica, se aplicará una siguiente descarga: Con desfibriladores bifásicos se aplicará una primera descarga de 150-200 J. en la segunda y posteriores descargas 150-360 J. Con desfibriladores monofásicos se aplicará para la primera descarga como para las posteriores una carga de 360 J.

En caso de duda, de si se trata de una fibrilación ventricular fina o asistolia no se aplicará la desfibrilación y en vez se aplicará masaje cardiaco y ventilación obviando en este caso el Cross-Check.

Adrenalina

La adrenalina 1mg (más 9 ml de solución de NaCl al 0.9%) intravenosa se aplicará en caso de persistencia de FV ó TV tras la revaloración después de los 2 minutos de reanimación de la segunda descarga. Mientras persistan la FV y la TV se aplicará una nueva dosis cada 3-5 minutos.

La actividad eléctrica sin pulso(AEP) y la asistolia se tratarán con adrenalina 1mg IV, tan pronto se disponga de una vía endovenosa y se repetirá cada 3-5 minutos hasta alcanzar una circulación espontanea.

Antiarrítmicos

La amiodarona 300 mg en bolo, se aplicará en caso de FV o la TV persistente y después de la tercera descarga eléctrica. Una segunda dosis de 150 mg puede aplicarse en caso de reincidencia o refractariedad de la FV/TV a las descargas. Posteriormente puede aplicarse una infusión de 900 mg en 24 horas.

Terapia trombolítica en el paro respiratorio

La terapia con trombolíticos se considerará cuando el paro respiratorio halla sido provocado muy posiblemente por una embolia pulmonar.

La lisis trombótica puede considerarse de caso a caso en adultos con paro respiratorio después de una resucitación estandar sin éxito, cuando se sospeche la etiología trombótica aguda. Las medidas de resucitación cardiopulmonar serán aplicadas 60 – 90 minutos después de la dosis con trombolíticos.

Cuidados post-resucitación–Terapia hipotérmica

Después de la reanimación, el paciente debe recibir soporte cardiaco así como a la función orgánica. Mantenimiento de la presión arterial, control de la temperatura (particularmente tratar la hipertermia) y de la concentración de glucosa, se recomienda así también evitar la hiperventilación rutinaria.

Adultos en estado inconciente (o en estado de coma) con una circulación espontanea, después de una FV, deberán mantenerse a una temperatura de entre 32 – 34 °C por 12 a 24 horas. Una hipotermia moderada puede ser beneficiosa en adultos en estado inconciente tras un paro cardiorespiratorio pre-clínico con ritmos cardiacos que no necesitan ser desfibrilados. Aún así se necesitan más estudios para la mejor definición de la terapia hipotérmica.[8-12]

Los nuevos lineamientos se han basado en la evidencia, en estudios de laboratorio, clínicos y de experimentación

animal, como consenso entre cientos de expertos con cientos de trabajos al respecto, teniendo como único objetivo el simplificar y estandarizar las medidas en reanimación, queriendo alcanzar asi mayores porcentajes de sobrevida en aquellos pacientes tras un paro cardiorespiratorio. Recomendamos estrictamente apegarse a la bibliografía para aclarar aquellos términos que no hallan sido claramente descritos o que ni siquiera han sido mencionados, pues hemos querido en lo posible resumir la mayor información, con el objeto de brindar así una idea rápida y clara sobre los nuevos lineamientos en reanimación, sobre la importancia del tratamiento rápido y efectivo por personal entrenado para ello. Remarcamos la importancia del uso de defibriladores (principalmente automatizados) en cada centro de atención de emergencias así como el entrenamiento constante de personal que brinde este servicio.

REFERENCIAS

1 **Rea TD, Eisenberg MS, Sinibaldi G, White RD. Incidence of EMS-treated out-of-hospital cardiac arrest in the United States. Resuscitation 2004;63:17-24.**

2. **Fredriksson M, Herlitz J, Nichol G. Variation in outcome in studies of out-of- hospital cardiac arrest: a review of studies conforming to the Utstein guidelines. Am J Emerg Med. 2003;21:276-281.**

3. **Nichol G, Stiell IG, Laupacis A, Pham, B, De Maio VJ, Wells, GA. A cumulative meta-analysis of the effectiveness of defibrillator-capable emergency medical services for victims of out-of-hospital cardiac arrest. Ann Emerg Med. 1999;34(pt 1):517-525.**

4. **Nichol G, Detsky AS, Stiell IG, O´Rourke K, Wells G, Laupacis, A. Effectiveness of emergency medical services for vicitms of out-of-hospital cardiac arrest: a metaanalysis. Ann Emerg Med. 1996;27:700-710.**

5. **Wenzel V, lindner KH, Prengel AW. Beatmung während der kardiopulmonalen Reanimation: Eine Literaturstudie una Analyse von Beatmungsstrategien. Anaesth 1997;46:133-141.**

6. **Larsen MP, Eisenberg MS, Cummins RO, Hallstrom AP. Predicting survival from out-of-hospital cardiac arrest: a graphic model. Ann Emerg Med. 1993;22:1652-1658.**

7. **Schneider T, Martens PR, Paschen H, Kuisma M, Wolcke B, Gliner BE, Russell JK, Weaver WD, Bossaert L, Chamberlain D: Multicenter ramdomized, controlled Trial of 150-J biphasic shocks compared with 200-to360-J monophasic shocks in the resuscitation of out-of-hospital cardiac arrest victims. Circulation 2000;102:1780-1787.**

8. **International Liaison Commitee on Resuscitation:2005 International Consensus on Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care Science with Treatment Recommendations. Resuscitation 2005;67:157-341.**

9. **Kardiopulmonale Reanimation – Aktuelle Leitlinien des European Resuscitation Council. Notfall und Rettungsmedizin 2006;9:4-170.**

10. **2005 American Heart Association Guidelines for Cardiopulmonary Resuscitation (CPR) and Emergency Cardiovascular Care (ECC). Circulation 2005;112(Suppl.):IV 1–IV 211.**

11. **European Resuscitation Council Guidelines for Resuscitation 2005. Resuscitation 2005;67 (Suppl.):S1–S189.**

12. **Eckpunkte der Bundesärztekammer für die Reanimation 2006. Deutsches Ärzteblatt; Ausgabe B:14, 2006;813-814.**

Actividad física, deporte y salud: Desde la perspectiva de género

Alicia Geraldina Rivera, Claudia Molina†, Teresa Videa‡*

INTRODUCCIÓN

Este artículo pretende provocar un espacio de reflexión sobre el rol primordial de la salud en el desarrollo humano, lo iniciamos planteando un análisis sobre el concepto de salud y la necesidad actual de considerarla desde una visión holìstica, luego planteamos cómo la actividad física puede convertirse en una estrategia para mantenerse saludable y continuamos haciendo un breve recorrido histórico que describe cómo la mujer ha tenido que ir abriendo brecha para recibir un trato equitativo en todas las esferas de su vida especialmente en el área deportiva. Tratamos de hacer hincapié en las actividades físicas y deportivas, como una de las vías para alcanzar el "bienestar" tanto individual como familiar.

CONCEPTO DE SALUD

La salud es considerada como un derecho humano fundamental, de gran importancia para lograr el desarrollo social y económico de una comunidad.

El concepto de salud ha variado según el momento histórico y la cultura que lo aborde. Actualmente el concepto mundialmente aceptado es aquel que define **salud** como un estado de completo bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de enfermedad. El termino bienestar incluye diversos aspectos de la vida que llevan a un ser humano a funcionar adecuadamente y a disfrutar de una sobre vivencia digna. Lograr tal estado de bienestar es una tarea difícil y poco operativa, ya que implica complicadas relaciones entre los numerosos y complejos aspectos de la vida. Lalonde postula que en la salud de una población influyen cuatro dimensiones: la biología humana, el medio ambiente, el sistema sanitario y el estilo de vida, de éstos cuatro el que más afecta la salud es el *estilo de vida.* Es por eso que hoy en día se postula por un concepto de salud con un enfoque integral, estamos de acuerdo en la expresión brindada por Daniel Airaska[1] que dice: "estar sano significa estar en sincronía -física y mentalmente- con uno mismo y con el mundo que nos rodea".

En la búsqueda de un concepto de salud muy acorde con esta visión, encontramos el que postula Leininger, quien la define como: "Creencias, valores y formas de actuar reconocidas culturalmente y utilizadas con el fin de preservar y mantener el bienestar de una persona o un grupo y permitir la realización de las actividades cotidianas"[2]

Este concepto integral de salud se apoya fuertemente en la promoción de la salud. Por lo tanto el concepto de salud para la promoción tiene que ser integral y amplio, no solo la ausencia de la enfermedad, ya que implica defender y elevar la calidad y la dignidad de la vida para muchas personas.

Por lo tanto consideramos muy atinente la definición brindada por Franco A. Saul, y colaboradores (1995) sobre Promoción de la Salud, ellos la consideran como: *"el esfuerzo colectivo para llevar la salud y la vida humana a un plano de dignidad, al primer plano de la preocupación colectiva, del esfuerzo y la decisión política, de la creación artística y cultural de la vida cotidiana de los diversos escenarios y niveles en que ocurre y se realiza la vida"*[3]

* Médica Docente Facultad de Ciencias Médicas, UNAH. Coordinadora Maestría en Actividad Física para la Salud.
† Química y Farmacéutica, Egresada Maestría en Actividad Física para la Salud.
‡ Enfermera, Egresada Maestría en Actividad Física para la Salud.
Dirigir correspondencia a: agerivera@yahoo.com

ACTIVIDAD FÍSICA Y SALUD

Al igual que ha sucedido con el concepto de salud, la actividad física ha sido definida bajo el enfoque biologicista como todo movimiento corporal producido por el músculo esquelético que implica gasto de energía y provoca beneficios progresivos para la salud.[4,5]

Sin embargo hay diversos autores que rescatan un enfoque que engloba tres dimensiones: la dimensión biológica, la dimensión personal y la dimensión socio-cultural, y plantean el siguiente concepto:

"**Actividad física** es cualquier movimiento corporal intencional, realizado con los músculos esqueléticos, que resulta de un gasto de energía y en una experiencia personal, y nos permite interactuar con los seres y el ambiente que nos rodea". Es pues, una actividad humana que esta presente en cualquier ámbito de nuestra vida: el trabajo, la escuela, el tiempo libre o las tareas cotidianas y familiares, desde la infancia hasta la vejez.

La relación entre actividad física y salud existe desde la Grecia antigua, las relaciones establecidas han ido variando conforme cambiaba el contexto sociocultural y el tipo de vida que presenta cada pueblo. Es así que la actividad física y los deportes priorizó primero a los jóvenes y después a los niños, al varón sobre la mujer, al normal sobre el discapacitado, hasta que con el evolucionar de la cultura, se ha llegado a comprender que la actividad física es para todos independiente de la edad, el sexo, la religión, la raza, el grado de aptitud física o situación socio-económica. "Es un una necesidad permanente y un derecho de todos"(UNESCO, 1978).

En lo referente a actividad física y la salud se identifican tres grandes perspectivas:

Rehabilitadora: se considera a la actividad física como un medicamento.

Preventiva: La actividad física es utilizada para reducir el riesgo de que se presenten determinadas enfermedades o lesiones. Estas dos perspectivas están estrechamente vinculadas a la enfermedad y a la lesión.

Orientada al bienestar: íntimamente ligada a la salud, como hemos venido expresando a lo largo de este documento esta perspectiva considera que la actividad física contribuye al desarrollo personal y social, como un elemento que mejora la calidad de vida; es aquella actividad física que nos divierte, nos llena de satisfacción, nos hace sentirnos bien, nos ayuda a conocernos mejor, unirnos a los demás y a la naturaleza. Estas tres perspectivas no son excluyentes se encuentran interrelacionadas.

LA MUJER Y SU PAPEL EN LA PROMOCIÓN DE LA SALUD A TRAVÉS DA LA ACTIVIDAD FÍSICA

Históricamente la mujer ha tenido que ir alcanzando espacios en los diferentes ámbitos de la vida: en el trabajo, en los estudios y en su inserción en la sociedad, el alcanzar lugar en estos campos se favoreció al lograr espacios en los campos deportivos.

Según Elisa Torre Ramos la "persona como ser social y cultural desde el nacimiento es receptora de las habilidades, conocimientos, creencias y costumbres del medio social en el que se desarrolla y a través del cual toma contacto y se acomoda a las normas de la sociedad", este es un proceso al que se la ha denominado socialización y esta influenciado por una variedad de factores personales y sociales.[6]

Los seres humanos, independientemente del género social que se nos ha asignado podemos sentir y expresar los mismos sentimientos y valores, pero la sociedad se encarga de sellarnos con ciertos estereotipos que a veces nos impiden expresar lo que pensamos y sentimos. Cada uno de estos individuos a medida que avanza en edad va expresando sus sentimientos, comportamientos y actitudes femeninas o masculinas de acuerdo a la influencia y a la cultura que han ido recibiendo de la sociedad en que conviven. La expresión sexual o sexualidad impregna todos y cada uno de los actos de la vida cotidiana. Las instituciones sociales que se encargan de la socialización primariamente son la familia y la escuela, es en estas donde también se promocionan o se condenas las actividades recreativas y deportivas según el género. Además de estas participan como agentes socializadores el grupo de amigos, los medios de comunicación masiva, la iglesia, las organizaciones deportivas menores.

A lo largo de la historia el papel de la mujer ha estado en desventaja en relación con el que la sociedad ha asignado a los hombres. Inicialmente a las mujeres se les asignó el trabajo básico para la supervivencia y la sostenibilidad, es decir aquel que implica trabajo, producción, acciones y

transacciones necesarias para dar sustento, bienes y supervivencia a las personas y las familias, lo que incluye el manejo de la casa y la naturaleza, trabajo que por lo general no es remunerado. A partir de mediados del siglo XVIII, la industrialización, las mejoras en las vías de comunicación, los avances científicos y tecnológicos provocaron cambios en la formas de vida. Las reivindicaciones femeninas se hacen notorias con los movimientos sufragistas del Siglo XIX, es en esta misma época que se permite su ingreso a los procesos educativos, poco a poco van ganando espacio en el ámbito laboral, donde a pesar de la labor realizada se les asignan salarios menores que los asignados a los hombres. Los puestos de trabajo a los que se accedía inicialmente eran los de servicio doméstico y el trabajo en las fábricas, estas posibilidades variaban según la clase social de las mismas mujeres, luego se les asignó labor en las oficinas ya que este se consideraba un trabajo rutinario y sedentario propio para mujeres.

En el siglo XX, la primera guerra mundial y la segunda guerra mundial permitieron que las mujeres se incorporaran en mayor número al trabajo productivo, para reemplazar a los hombres que habían marchado al frente. Durante esta época formaron la Primera Liga Internacional de Mujeres por la Paz y la Libertad. Al finalizar la guerra la presión social, las hace regresar a casa a cumplir con su papel de madres (reproducción), pero el crecimiento económico de la posguerra acelera la inserción profesional y deportiva de las mujeres. Esto dió pie para el movimiento femenino postulara el papel de la mujer independiente, con educación superior y económicamente autónoma, esto fue duramente debatido por los hombres e incluso por algunas mujeres, pero gradualmente se ha ido reduciendo la brecha existente entre el rol masculino y femenino.

En lo que respecta a la incorporación de la mujer en actividades deportivas no generó un debate notorio, ya que en ese momento otras reivindicaciones femeninas ocupaban un papel más prioritario. La sociedad al inicio acepto la incorporación de las mujeres a las actividades físicas y deportivas pero con un fin sanitario: mejorar la salud de las madres y de los futuros hijos, esta visión se ha conservado a lo largo de los años. Inicialmente solo se permitió la participación de las mujeres en los Juegos Olímpicos en deportes como el golf y el tenis.

En los países industrializados durante la década de 1920 se permitió que las mujeres modificaran su vestuario y apariencia, se abandonó el uso del corpiño y se acortaron las faldas y los cabellos, estas comodidades de la moda permitieron que el cuerpo femenino tuviera una gran libertad de movimiento y facilitaron la incorporación de las mujeres en los deportes. Se amplió la oportunidad de participar en otras disciplinas en los Juegos Olímpicos, aún con la oposición del restaurador de los Juegos Olímpicos modernos Pierre de Coubertin, por lo que la Federación Deportiva Femenina Internacional organizó los primeros Juegos Olímpicos para mujeres en Paris. En las Olimpiadas de 1928 participaron además del tenis y del golf, en tres pruebas de atletismo. A raíz de la segunda guerra mundial se suspenden los Juegos Olímpicos y es hasta 1946 que se vuelve a permitir la participación femenina y se cancelan los Juegos Femeninos. A partir de 1948 cuando la ONU declara la igualdad entre los sexos, los estados miembros se ven en la responsabilidad de velar por que desaparezcan las desigualdades en todos los ámbitos incluyendo el deportivo. Es así que en los Juegos Olímpicos de los últimos 12 años la participación femenina es masiva.

Autoras como Simona de Beauvoir y Betty Friedan afirman que la inferioridad femenina no es biológica sino que social y que las mujeres por ello viven encadenadas a las labores domésticas, y las que reciben salario se sienten culpables por salir del hogar, estos sentimientos están presentes al momento de decidirse a incorporarse en las prácticas de actividades físicas y ejercicios y otras actividades recreativas.[7]

En las ultimas décadas, y sobre todo ahora en los primeros años del siglo XXI, los mitos de inferioridad de las mujeres van desapareciendo, son hoy más las mujeres que en forma responsable y autónoma toma la decisión de incorporarse a diferentes actividades sean estas profesionales, artísticas, recreativas y deportivas, aunque es importante mencionar que la oposición esta presente sobre todo en medios de comunicación masiva donde se hace mención a la participación femenina solamente como figura decorativa y no resaltando el papel primordial que ha tenido la mujer en el desarrollo de diversas aspectos, por ejemplo la mujer en el campo deportivo ha transformado la práctica incorporando un conjunto de acciones donde la inteligencia motriz y el uso inteligente del espacio han aumentado el nivel de competencia de diversos deportes donde la condición física por si sola no lo logra. Además las mujeres juegan un rol importante en promocionar las actividades físicas con fines de salud y recreación, tanto a nivel de su núcleo familiar, como en otros grupos de su ámbito social.

ACTIVIDAD FÍSICA, DEPORTE Y GÉNERO

Al igual que en otra esferas de la vida cotidiana, actualmente en el área de la actividad física, el deporte y la recreación también se trata de redefinir lo que se concibe como masculinidad, y feminidad, se rompe con los conceptos tradicionales, ya que estos no son estáticos ni atemporales, cambian con la historia, son construidas por la cultura, de tal manera que lo que era femenino y masculino en otra época, y en otra cultura no es lo mismo para nosotros hoy y en nuestro país. Se plantea por ejemplo que los hombres pueden mostrar sus emociones, debilidades e inseguridades, algo que antes era un tabú para ellos, las mujeres que incursionan en deportes o actividades masculinas no lo imitan tácitamente sino que lo acondicionan a las características fisiológicas de su sexo. En otras palabras el género se individualiza.

Es importante recalcar que el deporte hoy en dia se ha vuelto muy variado y existen actividades que pueden ser ejecutadas por la población en general, según Nuria Puig el deporte: "se ha diversificado mucho de manera que puede adaptarse a gustos muy variados. De ser un sistema cerrado con códigos y valores uniformes ha explosionado convirtiéndose en un sistema abierto que da entrada a colectivos con motivaciones diferenciadas. En deporte se reflejan sensibilidades contemporáneas (salud, diversión, amor a la naturaleza…) Se considera que forma parte de los bienes culturales a los que toda persona puede acceder con el fin de que el derecho a la igualdad este garantizado".[12]

La práctica de la actividad física y el ejercicio se esta convirtiendo en este momento, tanto para hombres y mujeres, en países industrializados como en países subdesarrollados como el nuestro, en un estilo de vida. Esta participación va orientada a lograr una mejor apariencia física, otras veces a mejorar el estado de salud, o buscar diversión o para encontrar nuevas amistades.

REFLEXIONES

Los programas de actividad física conducen a mejorar la calidad de vida, pueden ser realizados por todas las personas no importando la edad ni el sexo, lo adecuado es que desde el ámbito familiar y escolar se estimule la participación en forma conjunta, incluyendo a chicas y chicos, con habilidades y con poca habilidad, en buena condición física o aquellos con sobrepeso, tratando de construir una historia compartida, donde todos aprendamos a escucharnos, a respetarnos, a tomar en consideración al otro, a pactar, a cooperar y atender necesidades y gustos de los otros.

En el espacio escolar se hace necesario replantear la forma de realizar la Educación Física resaltando la función que el cuerpo y el movimiento tienen en el desarrollo de la personalidad, la promoción de la salud, adaptación al medio físico y social, desarrollo de las habilidades motrices, de la estética corporal, función lúdica, función expresiva y comunicativa, en la adquisición de la disciplina, en la adquisición del conocimiento y percepción del propio cuerpo.

El atender a los seres humanos de ambos sexos masculino y femenino en forma igualitaria requiere de una toma de conciencia profunda, personal, que luego se refleje en los documentos, en las actividades físicas, en el campo, en el conocimiento, en los medios de comunicación, pero eso es un compromiso individual que se busca en el propio cuerpo, se trabaja dia a dia, a pesar de las dudas, de los fracasos, hay que intentarlo sobre todo por aquellas y aquellos que vienen tras nosotras.

REFERENCIAS

1. **Airaska D. Actividad Física y Salud. (Parte I) Aspectos Introductorios http://sobre entrenamiento.com/PubliCE/Index.htm.**
2. **Piqué Prado E. Mujer y Salud, desde una perspectiva de género. Metas. Madrid, España No. 53. Marzo. 2003.**
3. **Franco AS, Ochoa J. D, Hernández A M. La Promoción de la Salud y la Seguridad Social. Corporación Salud y Desarrollo. Santafé de Bogota 1995.**
4. **Hoegher W. "Principles and Labs for Fitness and Wellness". USA. Seventh Edition, Thomson/ Wadsworth. 2004.**
5. **OMS. "Por tu salud muévete" Dia Mundial de la salud. Departamento de Prevención de Enfermedades no Transmisibles y Promoción de la Salud. Ginebra, Suiza 2002.**
6. **Torre E. "Factores personales y sociales vinculados a la práctica físico-deportiva desde la perspectiva de Género" Apunte. Educación Física y Deportes, INEFC. No 70, 2001. pp.83-89.**
7. **García Bonafé. "El siglo XX. La revolución deportiva de las mujeres." Apunts Educación Física y Deportes INEFC No 64. 2001, pp. 63-68**
8. **Álvarez B G, Cano S, Fernández G. E *et al* "Guía para una Educación Física no sexista" Secretaria de Estado de Educación. Ministerio de Educación y Ciencia. Reedición. España 1991.**
9. **Asins C. "Educar, ¿contra qué?" Apunts. Educación Física y Deportes INEFC No 56. 1999; pp. 107-109.**
10. **Fernández A. Taller Mujer y Economía. Córdoba, 1999.**
11. **Martínez L, García A. "Reflexionar sobre el género desde escenas de práctica escolar" Apunts. Educación Física y Deportes, INEFC No 69. 2002; pp. 119-123.**
12. **Puig Nuria,"Proceso de individualización, género y deporte" Apunts. Educación Física y Deportes, INEFC No 59. 2000; pp. 99-102.**

El médico y el arte de recetar

*Arnulfo Bueso Pineda**

La receta, en su aceptación más sencilla, es una órden escrita por el profesional médico para dispensar medicamentos a un paciente. Es de elemental ética que el médico no ofrezca indicaciones de viva voz.

Cuando se elabora un receta ya existe la responsabilidad de haber hecho un diagnóstico a conciencia, haber valorado el pronóstico de una dolencia y no dudar de la eficacia de lo que se prescribe. Semejante compromiso que pone a prueba el saber del profesional, puede llevar al fracaso si no se tiene suficiente conocimiento de la farmacología.

En general la receta debe escribirse en presencia del enfermo, lo cual aumenta su confianza hacia el médico. Lo más importante es escribir sin vacilaciones, sin borrones o correcciones. Sabemos que tachar, borrar o romper recetas frente al enfermo no es procedente, pero quizá uno de los puntos más aflictivos es que nuestros colegas tienen múltiples errores de ortografía. Más de algún paciente se ha preguntado si en las escuelas de medicina recibimos clases para escribir así, pensando que hacemos de la receta un tabú que a veces ni los farmacéuticos entienden. En general quien no puede escribir con letra legible, bastaría que lo hiciera con letra de molde. Empero, también hay quienes escriben *ex-profeso* en forma confusa. Nuestras facultades de medicina han menguado en la responsabilidad de enseñar a prescribir, aunque esto debería ser uno de los mayores compromisos de ética médica.

PARTES DE UNA RECETA

1. SUPERSCRIPCIÓN. Comprende el nombre del paciente, dirección, fecha y edad. Esta última es muy importante, e igual debe hacerse con las órdenes para estudios especiales, para la aplicación de LA LEY DE TERCERA EDAD u otros fines. Es obligatorio que el farmacéutico utilizando una viñeta especial, también escriba el nombre del enfermo. La superscripción también incluye el símbolo $R_{\times}$, pero no R_x, que es una abreviatura de *recipe* que en latín expresa: "tómese".

2. INSCRIPCIÓN. Constituye el cuerpo de la receta y cuando se hacía las de tipo magistral, se especificaba el nombre y cantidad de los ingredientes. A guisa de recordatorio, una receta constaba de:

- Base. Medicamento principal
- Coadyuvante. Sustancia de ayuda
- Correctivo. Para contrarrestar efectos de los anteriores.
- Excipiente. Es un vehículo, líquido, para disolver, para aumentar volumen o para diluir.

Actualmente la prescripción no es más que el acto de escribir nombres patentados o genéricos si así se desea.

3. SUSCRIPCIÓN. Son instrucciones que utilizaba el médico para el farmacéutico: mídase, disuélvase, hágase tantas píldoras, tantas cápsulas, etc.

* Médico.
Dirigir correspondencia a: Dr. Arnuldo Bueso Pineda, Teletón, Santa Rosa de Copán.

4. SIGNATURA. También se llama transcripción, esto último cuando se quiere utilizar signatura como firma del médico. Pero signatura en realidad se refiere a instrucciones para el enfermo y viene del latín signa; escríbase, márquese o rotúlese.

CLASES DE RECETAS

Existe la gran clasificación en oficiales y no oficiales. A estas últimas se les ha llamado magistrales o improvisadas y es el libre albedrío del médico el que decide lo que indicará al paciente. Las Oficiales están registradas en el U.S.P. (Phamacopea United States) o en el N.F. (National Formulary).

Es importante enfatizar que en una u otra de estas recetas sobretodo con los afanes de la comercialización, las mismas tienen tendencia al "perdigonzazo", es decir, a utilizar recetas con múltiples componentes. El médico suele ser presa de un mercado a veces inescrupuloso y no exista duda, que muchos recetamos o lo hemos hecho aún sin saber claramente lo que indicamos.

La universidad no ha dado la importancia que merece la relación médico-farmacéutico. En nuestro medio la Carrera de Farmacia aún está enciernes, no tiene aún investigación de impacto. El profesional farmacéutico que se ha convertido en un vehículo de la mercadotecnia, y el médico que ha aceptado sus embelesos, muchas veces receta productos que no conoce o cuyo control de calidad también se desconoce.

Los formularios para recetar deberían expresar el compromiso social del médico, pero sucede que en los afanes comerciales de que hemos hablado, suele verse los escritorios de los galenos antiborrados con múltiples estilos de talonarios, en los cuales puede existir las más grotesca propaganda; cuando lo ideal a nuestro criterio es que el médico debería de utilizar su propia papelería. Dejaríamos la excepción de quienes son co-dueños de farmacias o los que utilizan formularios de hospitales o centros de salud, nacionales o priv ados.

EL ARTE DE RECETAR ES UN COMPROMISO DE ÉTICA MÉDICA

Rev Med Hondur 2006; 74:154-157

Problemática actual del ejercicio médico

*Carlos Rivera Williams**

El Siglo XX es llamado el siglo de la tecnología porque en el se han hecho más descubrimientos que en todos los siglos anteriores juntos, desbordando el concepto de la llamada medicina clásica en la que el ser humano era el epicentro del mundo y el paciente era el protagonista principal transformándose en la llamada "Medicina de Laboratorio" eminentemente utilitaria e impersonal en la que se rompe la relación médico paciente y el ser humano es únicamente un objeto constituido por células.

El tremendo avance de la biotecnología, la ingeniería genética y la medicina genómica en las que los trasplantes de órganos, los "bebés probetas", los "cultivos de embriones humanos" para las células madres y otras manipulaciones genéticas, implican problemas religiosos, morales y éticos. Por lo tanto debe ponerse al día a todos los médicos, por los problemas medico-legales que implican y cuyas consecuencias podemos ver en factores propios de nuestros tiempos como el afán existista, mercantilismo, aumento de costos de exámenes y medicamentos, escasez de recursos, equipamiento, horarios de trabajo en lo que algunos médicos tienen dos y hasta tres empleos con traslape de los mismos, falta de especialistas en algunas ramas y exceso en otras, citas a los pacientes desde seis meses hasta un año etc.. Todo esto hace al médico más vulnerable y lo expone a las criticas en los medios escritos, orales y televisivos, que nos ha llevado a demandas de mala práctica que año por año se van haciendo más frecuentes en nuestro país y que es motivo de honda preocupación para el Colegio Médico quien desde hace diez años ha dispuesto de un fondo para ayuda en el aspecto legal de los médicos colegiados. El porcentaje de las demandas por mal praxis se dan en todas partes tanto en el sector público como en el sector privado y se ve lo mismo en atenciones de urgencias como hospitalarias siendo más notables en orden decreciente: ginecología y obstetricia, cirugía general, traumatología, anestesia, etc.

A este respecto debemos distinguir lo que es claramente una negligencia de lo que es un error en la atención. Debemos educar a nuestros médicos protegiéndolos de aquellos que se lucran con nuestros problemas empujándonos a la medicina defensiva y al ajusticiamiento del acto médico con el elevado costo que ello implica a nuestra sociedad.

PROFESIÓN MÉDICA Y FUNCIÓN ÉTICA

Los médicos utilizamos nuestros conocimientos en la solución de problemas específicos aplicando no solo nuestra sapiencia sino también viendo al paciente como ser humano y dándole un enfoque social a la asistencia reconociendo que la medicina no es una ciencia exacta y que por tanto los médicos somos seres humanos falibles con problemas personales, familiares, etc. y es por ello que debemos reconocer nuestros errores y fallas éticas, así como la deficiencia en nuestra preparación, lo cual constituye el primer paso para recuperar nuestra posición privilegiada de garantes de la salud de todo el pueblo hondureño.

Debemos prevenir al médico de los cambios socioculturales haciéndonos las interrogantes siguientes: ¿Es la salud una industria?, ¿Se ha roto la relación médico- paciente?,

* Pediatra. Asociación Médica Pediática, Hospital Materno Infantil, Tegucigalpa.
Dirigir correspondencia a: Dr. Carlos Rivera Williams correo electrónico: aspehon.@yahoo.com

¿Peligra o es el fin del paternalismo médico?, ¿Hay consentimiento informado?, ¿Hay autonomía del paciente?, ¿Los deberes y derechos del paciente son mayores que los del médico? Todo lo anterior nos empuja inexorablemente a la medicina defensiva poniendo a veces en pugna la relación de lealtad que tenemos con el paciente.

La responsabilidad médica, las negligencias los errores en la práctica (iatrogenias), faltas a la ética y demandas por mal praxis, debemos considerarlos diariamente en nuestro quehacer profesional. Al reconocer que somos imperfectos, como todo ser humano debemos hacernos la siguiente interrogante: ¿hasta donde se puede permitir que nos equivoquemos?. El ejercicio profesional médico en Honduras cruza por una enorme crisis, por una parte el sistema de salud pública se encuentra colapsado, carente de medios suficientes y adecuados, con hospitales semidestruidos y presupuesto de salud insuficiente; por otra parte el sector privado con sus cantos de sirena proponiendo la privatización de nuestro sistema de salud que por una parte favorece a unos pocos médicos, pero que va en contra de la mayoría que vendría a engrosar la lista de médicos desempleados cuyo número actualmente llega a los 2,300 haciendo un 40% de todos los médicos colegiados.

Debemos pues optimizar el ejercicio médico y mejorar la salud y todo su entorno con esquemas transparentes, éticos y sin barreras o ganancias políticas y sin trabas sociales, religiosas, étnicas, etc.; que sean factibles económicamente y técnicamente, con valores humanos y sociales, de dignidad y respeto para el equipo de salud y para los beneficiarios. El pueblo hondureño debe saber que el objetivo del acto médico es prevenir, curar y rehabilitar, como también consolar y proteger no solo la integridad física sino también social y espiritual, protegiendo su dignidad, privacidad y derecho a la seguridad jurídica y social del enfermo. Con estos fines se establece la relación médico-paciente, que es un convenio tácito basado en la confianza de que el paciente acatará las indicaciones y decisiones medicas y el personal contrae todos los deberes y compromisos de procurar lo mejor para el enfermo.

El médico cuenta así con una triple responsabilidad: responsabilidad administrativa (médico funcionario), responsabilidad ética y responsabilidad profesional propiamente dicha tanto civil como penal.

El núcleo central de la responsabilidad médica es la noción del "Cuidado Debido", cuando se llega a problemas judiciales, la Lex Artis, el daño, el principio de confianza y la asesoría legal dan al tribunal el criterio valorativo para cada caso considerando que los hechos controversiales son de naturaleza biológica o de tenor médico.

Como punto fundamental el Colegio Médico debe enfatizar que todos estos conflictos deben ser analizados con prudencia y dignidad no ventilándose en los medios de comunicación enlodando así a la persona antes de hacer una investigación o dar un veredicto. Debe siempre considerarse con ecuanimidad los deberes y derechos, tanto de pacientes como de médicos sin ocultar responsabilidades o negar derechos a justicia a quien corresponda.

SOLUCIONES POSIBLES

1. Mejorar la calidad de la enseñanza

a.) Acreditación de los Centros Formadores. La acreditación debe ser considerada como una herramienta que permita a la Escuela de Medicina superar sus actuales fallas y bajo ningún punto debe ser vista como una intromisión en su autonomía académica.

Los Doctores Carlos Javier y Efraín Bu coordinaron en el pasado Congreso Médico Nacional la mesa redonda sobre educación médica concluyendo que ésta ha sufrido un grave deterioro en los últimos años, debiendo hacerse una revisión de la misma pues la idoneidad del médico está en relación directa aparte de su calidad humana de base y su vocación, con los conocimientos, destrezas y principios éticos y legales que adquiere durante su formación universitaria.

Por su propia naturaleza la Medicina tiene directa relación con la vida y bienestar del ser humano y ello exige una sólida introducción en ciencias biológicas, con docentes calificados, laboratorios bien dotados y otros adelantos como la medicina basada en evidencias. Además requiere un importante y fundamental entrenamiento clínico, que es clave y que en la actualidad adolece de evidentes dificultades en nuestro país. Se han efectuado los estudios y el Colegio Médico espera que a la brevedad se materialicen los propósitos de acreditación de parte de la comisión de transición de la Universidad.

b.) Enseñanza Ética-Bioética y Responsabilidad Legal en pre y post grado.

La reactivación de estas materias es imprescindible, sobre todo porque nuestras actuaciones en el diario quehacer tienen repercusión individual, así como también referencia pública jurídica y social.

Es fundamental para la actividad profesional, el respeto, el análisis crítico de los avances biotecnológicos y su aplicación en la medicina y en el marco de la ley. Debemos considerar que estamos siempre frente a un ser humano que necesita ayuda, "Ponerse en los zapatos del otro", tratar de llegar al consentimiento informado dentro de la Lex Artis, en una práctica humana técnicamente eficiente, eficaz y oportuna.

Todas estas necesidades deberán insertarse en un marco adecuado de status de enseñanzas, no por cumplir sino porque se estiman necesarias tanto en la Ética tradicional, la Bioética y la responsabilidad legal del médico, siendo este último aspecto de triste actualidad, muy real y que a través de las demandas por Mal praxis daría para otro largo artículo. Además debe recalcarse las especialidades involucradas, los sistemas de atención, los estudios jurídicos al respecto, cazadores de supuestas negligencias, etc.

Debe enseñarse como se hacen bien las cosas humanas y técnicamente, con humildad, calidad, calidez y ética, así como también entregarnos las pautas legales de nuestro quehacer, con los elementos necesarios, para que si somos atacados, nos defendamos con criterio, prudencia, fuerza, justicia y verdad.

2. Mejorar la Calidad de los Profesionales

a.) Certificación de especialidades médicas: involucra un trabajo planificado de universidades, Centro Nacional de Investigación Contínua (CENEMEC), sociedades científicas, Facultad de Ciencias Medicas, Colegio Médico, Instituto Hondureño de Seguridad Social, otras Autoridades de Salud y Sociedad Civil.

Se debe considerar el examen médico nacional, la situación de médicos titulados en el extranjero, revisión de Convenios obsoletos, estudios de la realidad epidemiológica en las especialidades, (normarlas y considerar especialidades en déficit, así como su distribución geográfica), estímulos profesionales, respeto por las necesidades de la población y las expectativas profesionales, políticas integradas de salud, costos reales, colaboración pública y privada, equipos y evaluación del especialista y del centro formador (certificación del mismo), etc.

Esta es una labor ardua pero que debe abordarse a la brevedad y que el Colegio Médico de Honduras ha reiterado a las autoridades pertinentes. A este respecto hay que recordar que a pesar de que en el postgrado quien pone el dinero es el Ministerio de Salud y el Instituto Hondureño de Seguridad Social, es la Universidad que impone sus criterios, lo que ha dado por resultado que tengamos excesos de especialistas por un lado y carestía en otros dejándose a un lado el criterio de que el país debe formar el tipo de médicos y especialistas que necesita.

b.) Formación Contínua

Es responsabilidad ética del médico el estar al día en el conocimiento, o lo más cercano a ello, para que así el paciente y la sociedad reconozcan su capacidad técnica y valorización ética para tomar decisiones en el acto de la sanación. Esta materia debería ser encabezada por el Colegio Médico a través de CENEMEC y a través de las Sociedades Científicas como se hace en la actualidad, dando a las autoridades de salud el más amplío apoyo y reconocimiento a dicha labor.

c.) Estimular la presencia de Comités de Ética, bien normados, en Hospitales, Clínicas, Sociedades Científicas y en todo centro de prestación de salud pública y privada.

Es evidente la necesidad de estos comités en áreas especialmente sensibles como UCI, cirugías complejas, quimioterapia, trasplantes, reproducción asistida, consejo genético, diagnostico pre-natales, etc.

Debe existir el Comité de Etica Clínica, dependiente en su gestión de la autoridad del establecimiento, con miras a realizar la investigación correspondiente y establecer sus límites jurisdiccionales.

3. Control Ético del Médico

a) Recuperar la función ética para el Colegio. La función ética debe hacerse efectiva sobre todos los médicos del país y a este respecto el Colegio Médico de Honduras ha elaborado el código de ética y Deontología el cual enviará para su conocimiento a todos los Médicos del país en fecha próxima. Este Código se fundamenta en caros y

elevados principios: beneficencia, no hacer daño, respeto a la persona y justicia entre otros; los que deben ser permanentes en el quehacer médico, con el paciente o su familia, con sus pares, con otros profesionales de la salud y la sociedad toda.

La evolución de los derechos personales y de la Bio-tecno Medicina, debe en un marco general, hacer que se ejecuten las adecuaciones pertinentes, considerando la legislación y la jurisprudencia, sobre todo en relación a dilemas bioéticos, publicidad medica, sanciones, etc.

Este código, en constante revisión por el Colegio Médico de Honduras, debe ser acatado por todos los colegas afiliados a nuestro gremio y por los estudiantes de medicina desde el inicio de la carrera.

b) Reformulación de los procedimientos de sumarios, sanciones, tribunales de ética nacional y regionales independientes o dependientes del tribunal de honor.

En este aspecto se pretende evitar o aminorar los juicios y demandas por Mal praxis, hacer que el ejercicio de nuestro arte y ciencia sea cada día más ético y responsable y que la sociedad así lo perciba. El Colegio Médico debe impulsar reformas de fondo y forma en los procesos de los sumarios y sanciones efectivas a los médicos que incurrieron en faltas éticas, agilizándolos con respuestas expeditas, técnicas y fluidas, reformulando tareas en su seno, incluso creando tribunales de ética nacional y regionales.

4. Garantías y derechos básicos del gremio Médico.
Es necesario abordar y reiterar:

a) La revalidación estricta de títulos obtenidos en el extranjero.
b) Revisión de los tratados o Convenios bilaterales.
c) Un examen médico nacional o certificación medica que se haría cada cinco años a todos los médicos del país sobre todo a los que trabajan lejos de los centros importantes no con carácter punitivo si no más bien para actualizar sus conocimientos. Se harían de acuerdo a una programación elaborada por los organismos empleadores coordinada por el Colegio Médico de Honduras.
d) Respaldo legal frente a la judicialización o demanda legal del Acto Médico.

Ante el crecimiento desmesurado del número de demandas y querellas civiles y criminales en contra de hospitales, centros médicos, clínicas y médicos en general y siendo causas importantes es su génesis aspectos diversos tales como factores económicos exitistas, o proyectos que llevan falsas expectativas o propaganda que pudiesen ocasionar deterioro de la relación médico paciente o médico familiar o problemas de consentimiento informado adecuado, hemos propuesto la creación de una oficina especializada. En este organismo participarían el Colegio Médico, abogados, psicólogos y otros profesionales relacionados. Sería de carácter público y autónomo y estudiaría las posibilidades de consejo y arbitraje en las controversias médico-pacientes. Estas entidades de arbitraje son de probado éxito en otros países (CONOMED-México), solucionando muchos problemas antes de llegar a esferas judiciales. Ello facilitaría desde ya la mirada al tema en el ámbito jurídico y más aún en el marco de la reforma penal próxima a implantarse. En Estados Unidos país con mayor número de mal praxis en el mundo donde hay abogados cazamédicos, en Colombia, Argentina y Brasil donde hay también médicos graduados de abogados y especializados en mal praxis que colaboran con sus respectivos Colegios Médicos en el abordaje y solución de dichos problemas, los tribunales de arbitraje son ampliamente conocidos y utilizados.

Finalmente, queremos insistir que es necesario llegar en conjunto a un análisis superior de la situación, dándole en un enfoque social, sanitario y de educación de la población en relación a su visión de la salud y el ejercicio de la medicina y de sus verdaderos y factibles deberes y derechos que deben conducir a mejorar la relación medico-paciente. En esta forma se alejaría así el fantasma de la mal praxis y el prejuicio de que si bien el don más preciado que Dios le dió al ser humano es la salud y que los médicos somos garantes de la misma algunas veces fallamos conciente o inconscientemente y la salud en esos casos pues ¡está enferma!.

Rev Med Hondur 2006; 74:161-163

Fortalezas y debilidades del Colegio Médico Hondureño. Sus actores

*Carlos Rivera Williams**

Aunque usted no lo crea mi querido colega, los dos mayores logros que datan de la fundación del Colegio Médico de Honduras (CMH), están dadas por cinco o seis palabras que fueron agregadas después de la aprobación de la Ley de Colegiación Profesional Obligatoria emitida en 1962, por el gobierno del Dr. Ramón Villeda Morales y ratificada posteriormente por otro gobierno en 1964. Vamos a los hechos: La ley original de colegiación profesional obligatoria establecía en su articulo primero que cualquier colegio profesional, se podía constituir con un mínimo de 30 profesionales del mismo gremio, sin especificar cuantos colegios de la misma profesión podían existir al mismo tiempo. De esta forma y así fue interpretado, podía haber colegio medico, de abogados, ingenieros, etc. En San Pedro Sula, Tegucigalpa, etc. con solo reunirse 30 colegas del mismo gremio. En esa forma fue aprobado tanto en el ejecutivo, como en el Congreso Nacional de aquella época, sin fijarse en que la proliferación de colegios profesionales en las principales ciudades era un hecho político que únicamente satisfacía ambiciones locales pero que favorecía la politización y división de los mismos conduciéndolos al fracaso desde su inicio. Era un verdadero óbito fetal.

Los primeros en fijarse en tal monstruosidad jurídica fueron los abogados y los médicos fundadores cuya primera junta directiva estaba presidida por el gremialista Dr. Gilberto Osorio Contreras, pediatra del Hospital San Felipe y Decano de la Escuela de Medicina. de hecho la solicitud de modificación fue presentada por el CMH y aprobada en sesión extraordinario del Congreso Nacional, presidida por el Dr. Modesto Rodas Alvarado, en Septiembre de 1963, agregando un nuevo articulo en que se señalaba, que la sede de los colegios era la capital del país es decir, Tegucigalpa. Con sólo este agregado se impedían los localismos, de tener otro colegio en San Pedro Sula, Comayagua, etc. En los que no estuvieron de acuerdo era en la obligatoriedad del Seguro de Vida para los asociados como lo pedía el CMH arguyendo los legisladores que era una medida impositiva que no se miraba bien en un país democrático.

De todas formas no pudo aprobarse por no haberse publicado en el diario oficial La Gaceta debido al golpe de Estado Militar del 03 de Octubre de 1963 que dejó en el aire la aprobación de dicha ley. Sin embargo tanto la junta directiva como la Comisión que redactó la Ley Orgánica del CMH los doctores Nicolás Odeh N, Eugenio Matute C, Mayo Carrasco y en especial el Dr. Julio C. Batres, quien ideó y redactó él articulo cuarto de la Ley Orgánica, que creaba en el inciso (f), lo que el llamó Auxilio Mutuo para el seguro médico obligatorio, innovación que únicamente el CMH presentaba y que hacía la diferencia con los demás colegios. Todos ellos consideraron importante la obligatoriedad en la redacción de ese artículo.

Sé solicitó pues a la Junta Militar de Gobierno la aprobación con las redacción arriba señalada que obligaba a todo mundo a pagar dicho auxilio mutuo; basta decir que la Ley fue aprobado de un solo "PENCAZO", expresión folklórica que acostumbraba decir el General Oswaldo López Arellano, Jefe de Estado de esa época. En este momento cabe señalar los nombres de otros distinguidos

* Pediatra. Asociación Médica Pediátrica, Hospital Materno Infantil, Tegucigalpa.
Dirigir correspondencia a: Dr. Carlos Rivera Williams correo electrónico: aspehon.@yahoo.com

colegas que actuaron como "Lobby's Men" para que se aprobara la Ley. Fueron los Ministros de Educación, el mencionado Dr. Matute Canizales y el Ministro de Salud, Abraham Riera y posteriormente presidente del CMH lo mismo que el Dr. Cesar Zúñiga, y sobre todo el Dr. Virgilio Banegas, dos veces Presidente del CMH por méritos propios, lo mismo por el Dr. Mayo Carrasco que ya en esa época hablaba de un estatuto médico; todos ellos eran personajes prominentes en los partidos políticos tradicionales pero nunca mezclaron los intereses gremiales con la política vernácula y su ejemplo ha sido emulado por las ulteriores directivas, lo cual representa otra fortaleza.

En resumen, estos dos hechos históricos de jurisprudencia en lo relativo a la redacción y aprobación de la Ley de Colegiación Profesional Obligatoria y de nuestra ley Orgánica, marcan un hito decisivo en nuestro colegio, el primero porque al evitar la atomización del mismo nos unifica y el segundo al establecer la obligación de pagar nos dan la fuerza económica tan necesaria en toda institución de derecho público. Así al darnos unidad y fuerza logran la fortaleza más grande que tiene el CMH y que nos ha permitido afrontar con éxito todas las luchas gremiales que hemos tenido desde entonces. Las que hemos financiado con el auxilio mutuo el cual también paga los diversos programas sociales, universitarios y éticos que desarrolla el CMH.

El año 1969 nuestro Colegio pasa a la historia por tres hechos:

1.- Por haber apoyado con patriotismo la guerra de Honduras contra invasores salvadoreños desplazándose todos los colegas por todo el suelo patrio y participando activamente en los principales frentes de batalla. En segundo lugar se organiza y se pone a funcionar desde 1,970 con una administración separada del CMH el de "régimen de retiro de CMH que actualmente tiene 2,500 socios y 70 pensionados y un fondo par préstamos de mas de 80 millones de lempiras. Todo esto se debe a la junta directiva de aquella época, presidida por la recia figura de otro gran colega el Dr. Custodio López quien actualmente se desempeña como Comisionado de los Derechos Humanos de Honduras. En este periodo se agrega la función social a las tres que ya tenia el colegio medico, reforzándose así la proyección de muestro Colegio ante nuestro pueblo; que es eminentemente pobre y enfermo.

Para 1,980 en el período que fungió como presidente el Dr. Cesar Castellanos Madrid se entabla la gran lucha por la aprobación del Estatuto del Médico empleado, donde se logra mejores condiciones económicas para el gremio médico en las instituciones del estado y en IHSS y en el que queda plasmado que además de derechos tenemos obligaciones fundamentales siendo la principal el **cumplimiento irrestricto de nuestro trabajo**, a este respecto cabe señalar que los médicos hemos sido cumplidores de la ley y esto ha redundado en la salud de nuestro pueblo. La aplicación del estatuto de 1985 constituye otra de las grandes fortalezas del CMH.

Estos tres hechos en especial el primero y el tercero constituyen sendas fortalezas del Colegio Médico de Honduras ya que fuimos el único gremio que lanza un manifiesto público en defensa de la Soberanía Nacional, meses antes del alevoso ataque de la oligarquía salvadoreña y también fuimos el único gremio profesional que nos hicimos presentes en el campo de batalla durante la invasión del 10 de Julio de 1969 participando activamente en todos los frentes y en especial en la batalla del Ticante, La Arada y Ocotepeque. Antes de ello participamos en los hechos bélicos cuando Nicaragua quiso apoderarse de Cruta en el departamento de Gracias a Dios en Febrero de 1957, durante la dictadura de Anastasio Somosa. Nuestro acercamiento al pueblo hondureño ha sido enorme y lo hemos rubricado en los desastres naturales, cuando el huracán Fifí en 1976 y el Mitch en 1998. Estos y otros mas son hechos relevantes que nos ligan a nuestro pueblo y que hacen la diferencia a la hora de luchar por nuestros derechos.

En la década de los ochenta el Colegio Médico incursiona en el aspecto empresarial con la construcción del Centro Comercial Centroamérica y en los Noventa con la construcción del Centro Social. El primero ha logrado salir adelante con algunos problemas e irregularidades en el camino y actualmente se autofinancia, no así el segundo que funciona con pérdida. por consiguiente debemos reevaluar estos hechos para en el futuro no hacer inversiones dejándonos llevar por situaciones emotivas pensando mas bien en provecho económico y social para todos los colegiados.

Durante la gestión del Dr. Felicito Montalbán Toscano se actualizan todas las Leyes y Reglamentos del Colegio Médico y se lucha por garantizar sus conquistas en espe-

cial para los médicos jubilados creándose un fondo para la atención médica de los mismos lo cual es una fortaleza.- Su lucha ha sido continuada en nuestros últimos años por la Dra. Odessa Henríquez quien se enfrentó al gobierno de turno quién pretendía privatizar la medicina a través del accionar de un licenciado en finanzas con desconocimiento absoluto de las necesidades y programas de salud. Al final este personaje renunció por incompetente y el gobierno comprendió que es más fácil que un médico aprenda de administración que un simple administrador se convierta en un experto en salud.

De toda esta relación podemos también señalar las debilidades, la primera de las cuales está implícita nada menos que en la Ley del Estatuto del médico empleado ya que en su aplicación tenemos varios casos de las tres verdades legales: La mía, la tuya y la de todos los demás queriendo algunos colegas tener su propio estatuto diferente al de los otros, interpretándolo cada quien a su manera y conveniencia por su puesto haciendo uso de artimañas e influencia lo cual nos lleva a la segunda debilidad como es el crecimiento del sector de los médicos desempleados que actualmente supera la escalofriante cifra de 2,000 médicos del total de 6,300 en todo el país y que sigue peligrosamente aumentando mientras no se ponga en acción un verdadero Plan de Salud en todo el país que permita emplear a todos los médicos en los lugares más alejados de nuestra Nación a donde debemos ir sin poner excusas ni trabas.

Es necesario pues hacer una revisión de nuestro estatuto que haga una distribución mas justa de los empleos a nivel Nacional, desconcentrando y descentralizando las políticas de salud, siempre y cuando sea el Estado el garante de la misma, evitando la privatización; tal como lo señala la Constitución. Los concursos deben ser vigilados estrictamente para evitar que las influencias puedan más que los documentos curriculares y evitar otras desviaciones.

Por último debemos mencionar la gran debilidad que nos impone la medicina moderna y a la cual no somos ajenos en el sentido de que los grandes avances en la bio-tecnología han alejado al médico del paciente volviéndose la medicina más impersonal e impulsando al materialismo simple lo cual ha llevado al éxito a muchos colegas y a otros al fracaso ya que han proliferado en todo el mundo las demandas por mal practice , lo cual es un gran peligro para nuestro gremio que se verá incrementado en este nuevo milenio si no se establecen los correctivos que básicamente son tres: **Primero:** Mejorar los planes de estudio de la carrera médica recalcando contenidos sociales, historia de la medicina, ética profesional, etc. tanto en el pre-grado como en el post -grado.- **Segundo:** Insistir en la relación médico paciente más estrecha propiciando la medicina familiar y todo aquello que redunde en una mayor integración del médico con la sociedad. **Tercero:** Propiciar la solidaridad con los colegas que son injustamente acusados de mala Praxis.- El Colegio Médico de Honduras tiene el programa de ayuda legal a los mismos, desde el año 2000 y debe buscarse la manera de establecer seguros médicos contra esta epidemia que nos trae el nuevo milenio, además debe darse conferencias y cursos sobre los problemas de la mala práctica a todos los colegiados del país en especial a los mas vulnerables como cirujanos, anestesistas, etc.

Esto es en resumen las grandes fortalezas del Colegio Médico de Honduras que nos permitirán afrontar los grandes retos de este nuevo siglo.- Hemos resaltado la personalidad de algunos actores sin menoscabo de la del resto de nuestros dirigentes, ya que en el Colegio Médico todos somos protagonistas.

REFERENCIAS

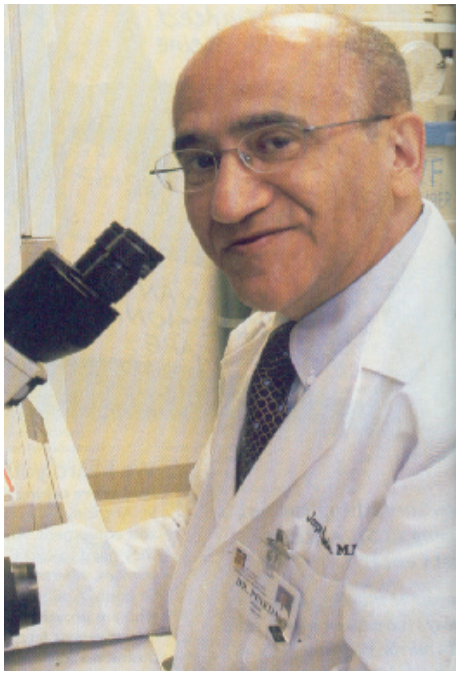
Revista Médica Hondureña 75 Años
Producida por : BIMENA
D:RMH75/revista.exe

Rev Med Hondur 2006; 74:161-162

Médico hondureño entre los mejores de los Estados Unidos

*Asdrúbal Montes Mairena**

Cada año la compañía *Best Doctors* Inc. Líder en evaluación del conocimiento medico desde hace 20 años, realiza una recopilación de los mejores doctores de los Estados Unidos. Los escogidos representan únicamente el cuatro porciento (4%) del total, los cuales fueron identificados por sus propios colegas en 39 diferentes especialidades medicas, a través de la encuesta denominada *"Best Doctors 2005"* realizada a mas de 50,000 doctores en las ciudades más importantes de Los Estados Unidos, la encuesta se basa en una simple pregunta a los médicos *"Si usted o algún ser querido necesitara de un doctor en su especialidad a quien escogería"*



La Revista *St Louis Magazine,* publico los resultados en el mes de agosto del año 2005, los listados de los 592 mejores médicos según la encuesta *"Best Doctors 2005"* en St. Louis, Missouri, en la cual Reconocen al medico Hondureño, Jorge A. Pineda Montes, entre uno de los diez mejores del estado de Missouri, Estados Unidos y el único reconocido en el área de infertilidad y endocrinología de la reproducción.

El Dr. Pineda Montes, es autor de múltiples artículos de investigación básica relacionados con la síntesis de hormonas por el tejido gonadal (ovárico y testicular), a escrito también sobre endometriosis y otros temas relacionados a la infertilidad femenina publicados en prestigiosas revistas medicas norteamericanas; Ha participado como conferencista en varios congresos americanos e internacionales.

The New England Journal of Medicine, publicó en el mes de julio del año 2005, el más reciente articulo en que colabora el Dr. Jorge A. Pineda, en el se reporta el primer caso exitoso de transplante de tejido ovárico entre hermanas gemelas idénticas, ambas de 24 años de edad. Una de las ellas era estéril y presentaba menopausia prematura desde los 14 años. Posterior al trasplante de tejido ovárico donado por su hermana, recupero su función menstrual, concibió espontáneamente y luego dio a luz una niña saludable a las 38 semanas de gestación. Por esta investigación y trabajos relacionados subsiguientes, recibieron premios al mejor articulo corto en el *Congreso de La Sociedad Americana de Reproducción Humana (ASRM) y también en La Sociedad Europea de Endocrinología de la Reproducción.*

Según el Dr. Pineda, los estudios que han realizado en gemelas idénticas han demostrado que es posible restaurar función hormonal y capacidad de reproducción normal si el tejido donado es compatible. Esta observación abre

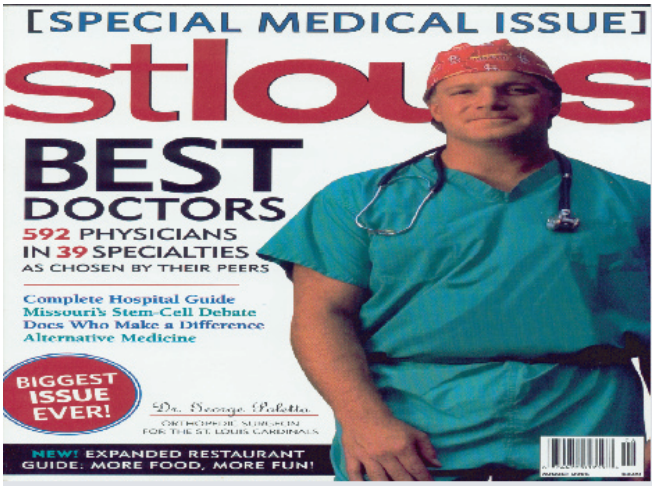
* Médico.
Dirigir correspondencia a: Dr. Asdrúbal Montes Mairena, correo electrónico: asdrubal_ montes@yahoo.com

la alternativa de poder preservar el tejido de un ovario en pacientes jóvenes que se han diagnosticado con ciertas formas de cáncer antes de someterlas a quimioterapia (que frecuentemente destruye los folículos) para luego tener la posibilidad de reimplantarlo en la misma paciente después de completado su tratamiento, restaurando su fertilidad.

El Dr. Pineda, nacido en Tegucigalpa en 1946, Recibió su titulo en Medicina y Cirugía en la Universidad Nacional Autónoma de Honduras (UNAH), es especialista en Ginecología y Obstetricia con subespecialidad en Infertilidad y Endocrinología de la Reproducción, en Washington University de St. Louis Missouri. Actualmente es profesor clínico, asociado a esta misma universidad, es Jefe de la División de Infertilidad y Endocrinología de la Reproducción en el Hospital St. Luke's, en ST. Louis, Missouri, donde reside y ha realizado su practica profesional desde 1981. Además es miembro de la Sociedad Americana de Obstetricia-Ginecología (ACOG), Sociedad Americana de Reproducción Humana (ASRM), Sociedad Americana de Reproducción Asistida (SART), Instituto Americano de Ultrasonido Medico (AIUM) y otras.

El reconocido medico manifestó que el apoyo de su familia en especial, y el de su padre él medico Hondureño, Dr. Francisco Montes Guerrero[+] fueron fundamentales para el logro de sus metas y recomienda a los jóvenes médicos hondureños, "*la búsqueda del continuo enriquecimiento del conocimiento y la dedicación al trabajo sin comprometer la integridad y sin perder sensibilidad humana hacia el paciente".*

En respuesta a nuestra pregunta de cómo alcanzó este éxito en el gran país del norte, respondió con mucha humildad *"nos toco demostrar dedicación y conocimientos, deseo de aprender más y trabajar más que el promedio para ser tomado en cuenta. Cuando uno cree en sí mismo y sabe lo que quiere, todo lo demás cae por su propia cuenta. Yo y muchos otros salimos de la escuela de Medicina con muy buena formación básica y gran experiencia médico practica, esto fue una gran ventaja; creo que mis conocimientos fueron superiores al promedio porque mis amigos de siempre y compañeros de estudio fueron también alumnos excelentes, muchos de los cuales se han destacado en Honduras a su regreso al país, algunos estudiaron en Norte América, México y otros en América del Sur. En fin, como te digo: los países, las universidades y las especialidades pueden ser diferentes, pero el denominador común en este caso es el deseo de salir adelante, de sobresalir y de ser el mejor o estar entre los mejores y lograrlo con méritos propios"*



Revista StLouis magazine. Agosto 2005.

REFERENCIAS

1. **StLouis Magazine. Special Medical Issue. August 2005; 106-8. www.stimag.com**
2. **The New England Journal of Medicine (N. Engl J. Med), July 7, 2005; 353: 58-63. www.nejm.org**

Rev Med Hondur 2006; 74:163-166

Leishmaniasis[1]

Base de Datos Medline. Búsqueda hasta Septiembre 2006, artículos de revisión (review papers).

1. Cardo LJ. Leishmania: risk to the blood supply. Transfusion 2006; 46(9):1641-5.
2. Barsoum RS. Parasitic infections in transplant recipients. Nat Clin Pract Nephrol 2006; 2(9): 490-503.
3. Dey A, Singh S. Transfusion transmitted leishmaniasis: a case report and review of literature. Indian J Med Microbiol 2006; 24(3): 165-70.
4. Chappuis F, Rijal S, Soto A, Menten J, Boelaert M. A meta-analysis of the diagnostic performance of the direct agglutination test and rK39 dipstick for visceral leishmaniasis. BMJ 2006; 333(7571): 723 (Epub 2006 Aug 1).
5. Perez-Victoria FJ, Sanchez-Canete MP, Seifert K, Croft SL, Sundar S, Castanys S, Gamarro F. Mechanisms of experimental resistance of Leishmania to miltefosine: Implications for clinical use. Drug Resist Updat 2006; 9(1-2): 26-39.
6. Kishore K, Kumar V, Kesari S, Dinesh DS, Kumar AJ, Das P, Bhattacharya SK. Vector control in leishmaniasis. Indian J Med Res 2006; 123(3): 467-72.
7. Selvapandiyan A, Duncan R, Debrabant A, Lee N, Sreenivas G, Salotra P, Nakhasi HL. Genetically modified live attenuated parasites as vaccines for leishmaniasis. Indian J Med Res 2006; 123(3): 455-66.
8. Garg R, Dube A. Animal models for vaccine studies for visceral leishmaniasis. Indian J Med Res 2006; 123(3): 439-54.
9. Khamesipour A, Rafati S, Davoudi N, Maboudi F, Modabber F. Leishmaniasis vaccine candidates for development: a global overview. Indian J Med Res 2006; 123(3): 423-38.
10. Singh N. Drug resistance mechanisms in clinical isolates of Leishmania donovani. Indian J Med Res 2006; 123(3): 411-22.
11. Croft SL, Seifert K, Yardley V. Current scenario of drug development for leishmaniasis. Indian J Med Res 2006; 123(3): 399-410.
12. Jha TK. Drug unresponsiveness & combination therapy for kala-azar. Indian J Med Res 2006; 123(3): 389-98.
13. Cruz I, Nieto J, Moreno J, Canavate C, Desjeux P, Alvar J. Leishmania/HIV co-infections in the second decade. Indian J Med Res 2006; 123(3): 357-88.
14. Bhattacharya SK, Sur D, Karbwang J. Childhood visceral leishmaniasis. Indian J Med Res 2006; 123(3): 353-6.
15. Sundar S, Chatterjee M. Visceral leishmaniasis - current therapeutic modalities. Indian J Med Res 2006; 123(3): 345-52.
16. Singh RK, Pandey HP, Sundar S. Visceral leishmaniasis (kala-azar): challenges ahead. Indian J Med Res 2006; 123(3): 331-44.
17. Singh S. New developments in diagnosis of leishmaniasis. Indian J Med Res 2006; 123(3): 311-30.
18. Salotra P, Singh R. Challenges in the diagnosis of post kala-azar dermal leishmaniasis. Indian J Med Res 2006; 123(3): 295-310.
19. Berman J. Visceral leishmaniasis in the New World & Africa. Indian J Med Res 2006; 123(3): 289-94.
20. Bern C, Chowdhury R. The epidemiology of visceral leishmaniasis in Bangladesh: prospects for improved control. Indian J Med Res 2006; 123(3): 275-88.
21. Malla N, Mahajan RC. Pathophysiology of visceral leishmaniasis - some recent concepts. Indian J Med Res 2006; 123(3): 267-74.
22. Saha S, Mondal S, Banerjee A, Ghose J, Bhowmick S, Ali N. Immune responses in kala-azar. Indian J Med Res 2006; 123(3): 245-66.
23. Alvar J, Croft S, Olliaro P. Chemotherapy in the treatment and control of leishmaniasis. Adv Parasitol 2006; 61: 223-74.
24. Schwartz E, Hatz C, Blum J. New world cutaneous leishmaniasis in travellers. Lancet Infect Dis 2006; 6(6): 342-9.
25. Loiseau PM, Bories C. Mechanisms of drug action and

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).

drug resistance in Leishmania as basis for therapeutic target identification and design of antileishmanial modulators. Curr Top Med Chem 2006; 6(5): 539-50.
26. Hemingway J, Beaty BJ, Rowland M, Scott TW, Sharp BL. The Innovative Vector Control Consortium: improved control of mosquito-borne diseases. Trends Parasitol 2006; 22(7): 308-12 (Epub 2006 May 18).
27. den Boer M, Davidson RN. Treatment options for visceral leishmaniasis. Expert Rev Anti Infect Ther 2006; 4(2): 187-97.
28. Soto J, Soto P. Miltefosine: oral treatment of leishmaniasis. Expert Rev Anti Infect Ther 2006; 4(2): 177-85.
29. Lipoldova M, Demant P. Genetic susceptibility to infectious disease: lessons from mouse models of leishmaniasis. Nat Rev Genet 2006; 7(4): 294-305.
30. Titus RG, Bishop JV, Mejia JS. The immunomodulatory factors of arthropod saliva and the potential for these factors to serve as vaccine targets to prevent pathogen transmission. Parasite Immunol 2006; 28(4): 131-41.
31. Schaub GA. Parasitogenic alterations of vector behaviour. Int J Med Microbiol 2006; 296 Suppl 40:37-40 (Epub 2006 Mar 10).
32. Agrawal S, Rai M, Sundar S. Management of visceral leishmaniasis: Indian perspective. J Postgrad Med 2005; 51 Suppl 1:S53-7.
33. Salotra P, Singh R. Rapid & reliable diagnostic tests for visceral leishmaniasis. Indian J Med Res 2005; 122(6): 464-7.
34. Garcia-Almagro D. [Cutaneous leishmaniasis] Actas Dermosifiliogr 2005; 96(1):1-24. Erratum in: Actas Dermosifiliogr 2005; 96(4):269.
35. Golenser J, Domb A. New formulations and derivatives of amphotericin B for treatment of leishmaniasis. Mini Rev Med Chem 2006; 6(2): 153-62.
36. Berman JD. Development of miltefosine for the leishmaniases. Mini Rev Med Chem 2006; 6(2): 145-51.
37. Minodier P, Noel G, Blanc P, Uters M, Retornaz K, Garnier JM. [Management of cutaneous leishmaniasis in adults and children] Med Trop (Mars) 2005; 65(5):487-95.
38. Lainson R, Rangel EF. Lutzomyia longipalpis and the eco-epidemiology of American visceral leishmaniasis, with particular reference to Brazil: a review. Mem Inst Oswaldo Cruz 2005; 100(8): 811-27.
39. Croft SL, Sundar S, Fairlamb AH. Drug resistance in leishmaniasis. Clin Microbiol Rev 2006; 19(1): 111-26.
40. Rotureau B. Ecology of the Leishmania species in the Guianan ecoregion complex. Am J Trop Med Hyg 2006; 74(1): 81-96.
41. Sundar S, Rai M. Treatment of visceral leishmaniasis. Expert Opin Pharmacother 2005; 6(16): 2821-9.
42. Olliaro PL, Guerin PJ, Gerstl S, Haaskjold AA, Rottingen JA, Sundar S. Treatment options for visceral leishmaniasis: a systematic review of clinical studies done in India, 1980-2004. Lancet Infect Dis 2005; 5(12): 763-74.
43. Kouyialis S, Archontakis S, Bilinis C, Nikolaou S, Stavropoulou E, Samaras C, Sarafoglou C, Nicolaou I, Parasi A, Minadaki M. Report of an atypical case of leishmaniasis presented as acute tonsillitis in an immunocompetent patient. Scand J Infect Dis 2005; 37(11-12): 916-8.
44. Murray HW, Berman JD, Davies CR, Saravia NG. Advances in leishmaniasis. Lancet 2005; 366(9496): 1561-77.
45. Berman J. Clinical status of agents being developed for leishmaniasis. Expert Opin Investig Drugs 2005; 14(11): 1337-46.
46. Basu MK, Ray M. Macrophage and Leishmania: an unacceptable coexistence. Crit Rev Microbiol 2005; 31(3): 145-54.
47. Gramiccia M, Gradoni L. The current status of zoonotic leishmaniases and approaches to disease control. Int J Parasitol 2005; 35(11-12): 1169-80.
48. Roscoe M. Leishmaniasis: early diagnosis is key. JAAPA 2005; 18(7): 47-50, 53-4.
49. Basset D, Faraut F, Marty P, Dereure J, Rosenthal E, Mary C, Pratlong F, Lachaud L, Bastien P, Dedet JP. Visceral leishmaniasis in organ transplant recipients: 11 new cases and a review of the literature. Microbes Infect 2005; 7(13): 1370-5.
50. Hailu A, Musa AM, Royce C, Wasunna M. Visceral leishmaniasis: new health tools are needed. PLoS Med 2005; 2(7): e211.
51. Berman J. Miltefosine to treat leishmaniasis. Expert Opin Pharmacother 2005; 6(8): 1381-8.
52. Rocha LG, Almeida JR, Macedo RO, Barbosa-Filho JM. A review of natural products with antileishmanial activity. Phytomedicine 2005; 12(6-7):514-35.
53. Korzeniewski K, Olszanski R. Leishmaniasis among soldiers of stabilization forces in Iraq. Review article. Int Marit Health 2004; 55(1-4):155-63.
54. Barsoum RS. Parasitic infections in organ transplanta-

tion. Exp Clin Transplant 2004; 2(2): 258-67.
55. Coler RN, Reed SG. Second-generation vaccines against leishmaniasis. Trends Parasitol 2005; 21(5): 244-9.
56. Singh S, Dey A, Sivakumar R. Applications of molecular methods for Leishmania control. Expert Rev Mol Diagn 2005; 5(2): 251-65.
57. Olivier M, Gregory DJ, Forget G. Subversion mechanisms by which Leishmania parasites can escape the host immune response: a signaling point of view. Clin Microbiol Rev 2005; 18(2): 293-305.
58. Sinha PK, Pandey K, Bhattacharya SK. Diagnosis & management of Leishmania/HIV co-infection. Indian J Med Res 2005; 121(4): 407-14.
59. Wilson ME, Jeronimo SM, Pearson RD. Immunopathogenesis of infection with the visceralizing Leishmania species. Microb Pathog 2005; 38(4):147-60.
60. Davis AJ, Kedzierski L. Recent advances in antileishmanial drug development. Curr Opin Investig Drugs 2005; 6(2): 163-9.
61. Khan SJ, Muneeb S. Cutaneous leishmaniasis in Pakistan. Dermatol Online J 2005; 11(1): 4.
62. Weina PJ, Neafie RC, Wortmann G, Polhemus M, Aronson NE. Old world leishmaniasis: an emerging infection among deployed US military and civilian workers. Clin Infect Dis 2004; 39(11): 1674-80.

SITIOS WEB

1. http://www.cdc.gov/ncidod/diseases/submenus/sub_leishmania.htm
2. http://www.dpd.cdc.gov/dpdx/HTML/Leishmaniasis.htm
3. http://www.who.int/leishmaniasis/en/
4. http://www.who.int/topics/leishmaniasis/es/
5. http://www.who.int/tdr/diseases/leish/default.htm
6. http://www.paho.org/spanish/ad/dpc/cd/leishmaniasis.htm

REVISTA MEDICA HONDUREÑA

1. Escolan KP, Rivera M, Alger J. Falla terapéutica del antimoniato de meglumina en el tratamiento de la leishmaniasis. Informe de un caso. Rev Méd Hondur 2005; 73: 172-8.
2. Aguilar Paz E. Importancia de un signo diagnóstico clínico diferencial de los granulomas crónicas nasales. Rev Méd Hondur 1999; 67(1): 52-6.
3. Martel B, Corrales Padilla H, Ponce C, Ponce E de. Criocirugía como alternativa terapéutica en leishmaniasis cutánea atípica. Rev Méd Hondur 1997; 65(2): 62-4.
4. López A, Molina CA de, Bueno A, Fuentes F. Leishmaniasis visceral en niños: la experiencia en 35 casos. Rev Méd Hondur 1991; 59(3): 123-9.
5. Dala Sierra E, Velasquez Garcia O, Matamoros F. Leishmaniasis visceral en lactantes: análisis de 29 casos. Rev Méd Hondur 1989; 57(1):4-13.
6. Nuernberger SP, Ramos CV. Leishmaniasis visceral: Informe del primer caso en Honduras. Rev Méd Hondur 1974; 42(4): 234-41.
7. Corrales Padilla H, Laínez H. Leishmaniasis cutánea diseminada. Rev Méd Hondur 1968; 36(2):142-8.
8. Fernández E. Leishmaniasis en Honduras. Rev Méd Hondur 1967; 35(2): 83-8.

REVISTA HONDURAS PEDIATRICA

1. López A, Montes F, Colindres E. Leishmaniasis visceral en niños. Rev Hondur Pediatr 1987; 11(2): 14-9.

DOCUMENTOS SECRETARIA DE SALUD, OPS/OMS, UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE HONDURAS

1. Ponce C, Ponce E de. Las leishmaniasis en Honduras. Organización Panamericana de la Salud, Serie de Diagnósticos No. 12, Tegucigalpa. 1993, 36 p.
2. Ponce C. Leishmaniasis en Honduras: Prevalencia y diagnóstico. Cosenza H, Kroeger A (compiladores). Enfermedades parasitarias de mayor prevalencia y transmitidas por vectores en Centroamérica. Universidad Nacional Autónoma de Honduras, Tegucigalpa, 1992. p.159-72.
3. Ruiz Moradel O, Guardado Murillo IC. Prevalencia de leishmaniasis cutánea y mucocutánea en la población de Santa María del Carbón y sus áreas de influencia. 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.29.
4. Ponce C, Ponce E. Las leishmaniasis. Universidad Nacional Autónoma de Honduras. Unidad de Investigación Científica. Memoria. Primera Jornada Científica Facultad de Ciencias Medicas Ecología y Salud Hu-

mana. Tegucigalpa, Graficentro Editores, 1994. p.13.
5. Honduras. Ministerio de Salud Pública. - Normas para la prevención y control de las leishmaniasis. Tegucigalpa; Ministerio de Salud Pública; sept. 1993. 16 p.

TESIS PARA OPTAR AL GRADO DE DOCTOR EN MEDICINA

1. Villalvia Peña C, Saenz Avilés GE. Situación de leishmaniasis tegumentaria en áreas inaccesibles de Honduras. 616.9364*V71h, 1992.
2. Sánchez Ponce CH, Seaman Rodas JC. Estudio comparativo en el tratamiento de leishmaniasis cutánea con glucantime y metronidazol en el municipio de San Luis, Departamento de Santa Bárbara. 616.9364*S19, 1992.
3. Godoy Colindres NM, Suazo Suazo JA. Prevalencia de infección por leishmaniasis mediante la prueba intradérmico de montenegro en personal militar de la Base Naval de Amapala, junio a octubre 1990. 616.9364*G58, 1991.
4. Zelaya Antúnez JD, Soto Mejía W, Oliva Ortez OA. Incidencia de leishmaniasis cutánea en las aldeas del Ocote, El carril, municipios de Olanchito y Jocón, Departamento Yoro, y en sus áreas de influencia en el período de julio a diciembre de 1990. 616.9364*Z49, 1991.
5. Figueroa J, Rodas Aguilar LA, Almendarez Urbina JG. Prevalencia de leishmaniasis cutánea y mucocutánea en el área No. 5 de la Región Sanitaria No. 3,1990. 616.9364*F47, 1991.
6. Gonzáles Sierra JM, Rivas Pérez ME. Prevalencia de leishmaniasis cutánea en Tomala, Cortes, 1988-1989. 616.9364*G64, 1989.
7. Spire Jr. GD. Termoterapia en el tratamiento de Leishmaniasis Cutánea en Olancho Oriental. 616.9364*S85, 1988.
8. Sierra Santos MA. Leishmaniasis visceral: Estudio epidemiológico de 65 Casos en Honduras. 618.929364*S57, 1986.
9. Domínguez NO. Estudio comparativo en el tratamiento de la leishmaniasis cutánea con glucantime y metronidazol. 616.9364*D64, 1985.
10. Maradiaga Solano NI. Incidencia de leishmaniasis cutánea, Hospital General San Felipe y Hospital Escuela, Tegucigalpa, D.C. período 1971-1981. 616.9364*M29, 1982.
11. Pineda de Herrera ZJ, Herrera Cardona CA. Preliminares en el estudio de la leishmaniasis cutánea en el área recuperada del departamento de El Paraíso, Honduras, C.A. 616.9364*P64, 1976.
12. Handal AE. Estudio estadístico de la leishmaniasis mucocutánea en Honduras. 616.93643*H23, 1959.

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 htpp://www.icmje.org. Una versión en español aparece en la Revista Médica Hondureña 2004;72: 35-56.

INSTRUCCIONES GENERALES

Etica 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.

Etica de la Investigación

El Consejo Editorial se reserva el derecho de proceder, de acuerdo a las Normas de Etica del Comité de Etica 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 los 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 Medica 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 revisión por pares y realizada por el consejo editorial. Algunos artículos son sometidos a arbitraje externo. Sí 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 ori-ginales 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 mas 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 míni-

mas 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.

AGRADECIMENTO

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 incluyendo las referencias electrónicas, 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 sólo figuran en el texto entre paréntesis. Para ver ejemplos de formatos, visitar: http://www.nlm.nih.gov/bsd/formats/recomendedformats.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 presentarse de acuerdo a los requisitos internacionales con toda la información por ejemplo:

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:

Abood 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 en formato electrónico deben incluir la siguiente información: **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

SEGURO TOTAL S. DE R. L.
LO MEJOR EN ASESORIA DE SEGUROS
ESTIMADO AGREMIADO DEL COLEGIO MEDICO DE HONDURAS
ESTAMOS AL SERVICIO EN LA PROTECCION DE SUS SERES QUERIDOS
Y CON TARIFAS ESPECIALES EN :
SEGURO DE VIDA
MEDICÓ HOSPITALARIO
SEGURO DE INCENDIO
CORREDURÍA SEGURO TOTAL S. DE R.L. EDIFICIO FLORENCIA CUBÍCULO 109 Y 112 TEL 239-1649 Y 239-6481
FAX 239-4412 TEGUCIGALPA, M.D.C. Y EDIFICO CMU CONTÍGUO A CLÍNICAS LOS ANDES TELEFAX 504-3735
TERCER PISO SAN PEDRO SULA.
segurototal@cablecolor.hn

CENTRO DE EDUCACION MEDICA CONTINUA

CREDITOS CENEMEC

NOMBRE: _____

Numero de Colegiación _____

Folio _____

1.-Es falso en relación al informe brindado por el artículo "Índice de conversión de la tuberculina en Residentes de Medicina"

a.- La conversión fue definida como un aumento de 10 mm en relación a la prueba efectuada 20 meses atrás.
b.- El 28% de los residentes demostraron conversión de la test de tuberculina.
c.- La conversión reciente de la prueba de tuberculina indica contagio reciente.
d.- La conversión de la prueba significa que la persona esta enferma y debe recibir tratamiento completo combinado de Isoniacida, rifampicina, etambutol y pirazinamida
e.- Los profesionales de salud tienen mayor riesgo de contagio de la tuberculosis en comparación a la población.

2.-Respecto al articulo intitulado "Sensibilidad de las bacterias a los antibióticos en el Hospital Escuela en el periodo 2001-2002". Tegucigalpa

a.- La bacteria mas frecuentemente aislada en muestra de orina de pacientes manejados en el Hospital Escuela fue la *Klebsiella pneumonaie*
b.- La *Escherichia coli* aislada en cultivos de orina de pacientes ambulatorios muestra resistencia alta a la ampicilina(79%) y Trimetropin sulfa (77%)
c.- La Escherichia coli aislada en cultivos de orina de pacientes hospitalizados tiene alta resistencia a amikacina.
d.- La *Pseudomona aeruginosa* demostró moderada tasas de resistencia a la gentamicina (63%) en pacientes hospitalizados.
e.- El *Staphylococcus aureus* presentó resistencia baja a oxacilina.

3.- En relación al caso clínico Litopedion lo siguiente es correcto:

a.- Es una complicación que se presenta frecuentemente en embarazos abdominales
b.- Se presenta con mayor frecuencia en embarazadas adolescentes
c.- La retención del producto en el 70% es de menor de cinco años
d.- El litopedion se desarrolla cuando el feto y/o las membranas se calcifican, después de la muerte fetal,
e.- Ocurre cuando solo las membranas están calcificadas.

4.-En relación al articulo Hernia de Morgagni lo siguiente es correcto:

a.- Ocurre por defecto entre la unión esternal-costal derecha del diafragma
b.- Ocurre defecto herniario en el lado izquierdo del diafragma
c.- Es la hernia diafragmática mas frecuente
d.- En el caso presentado se sospecho la presencia de hernia por los hallazgos radiológicos de abdomen

e.- La corrección quirúrgica se efectúan solo si el paciente sufre una complicación de estrangulamiento de asas intestinales.

5.-El Dr. Jorge Fernández, editorialista de este número se refiere a que:

a.- Los más grandes logros alcanzados en salud se deben a la tecnología sofisticada
b.- Los logros en salud se deben a procesos de mejoría en saneamiento, nutrición, vacunación
c.- La generalización de las superespecializaciones es la intervención más eficiente para mejorar la salud de la población
d.- La políticas neoliberales de privatización de la medicina fortalece la atención integral a las poblaciones mas vulnerable
e.- La práctica de la medicina en los servicios públicos para el tratamiento de enfermedades crónicas es eficiente

6.- Respecto al artículo "El arte de recetar", del Dr. Arnulfo Bueso Pineda, no se considera ético incorporar en la receta:

a.- Suscripción: nombre, edad y fecha
b.- Inscripción: Nombre, presentación, cantidad y dosificación del medicamento
c.- Signatura o trascripción: Firma del médico y sello
d.- Publicidad a determinado producto*

7.- Respecto al artículo "Problemática actual del ejercicio médico", el Dr. Carlos Rivera Williams, se enfatiza sobre la problemática de la mala praxis y propone todas las siguientes soluciones, excepto:

a.- Mejorar la calidad de la enseñanza a través de la acreditación de las escuelas formadoras
b.- Enfatizar en la formación medica la etica-bioetica y responsabilidad legal en pre y postgrado.
c.- La educación médica continua con certificación de títulos y recertificacion periodica especialidades médicas.
d.- Conformación de comités de ética en diferentes instituciones de salud.
e.- Comprar un seguro de médico contra demandas

8.- En el artículo "Fortalezas y debilidades del Colegio Medico de Honduras, lo siguiente es cierto, excepto:

a.- La Unidad gremial es una fortaleza que fue prevista en la misma ley organiza del Colegio Médico de Honduras.
b.- El auxilio mutuo para el seguro médico es obligatorio.
c.- La Ley Orgánica del Colegio Medico de Honduras fue elaborada en el Congreso Nacional*
d.- La ley del Estatuto del Medico empleado establece no solo los derechos sino también los deberes del medico empleado.
e.- El creciente desempleo médico es producto de un imbalance entre la cantidad de médicos formados, la oferta de plazas laborales, mala distribución de oportunidades, ausencia de un Plan de Salud.

9.- En el artículo especial sobre "actividad física, deporte y salud: Desde la perspectiva de género" se dice lo siguiente:

a.- La actividad física puede plantearse como estrategia de promoción a la salud
b.- El concepto de salud se refiere a ausencia de enfermedad
c.- El factor mas importante que afecta la salud es el sistema sanitario
d.- La participación de la mujer en actividades deportivas fue limitada hasta la declaración de Versalles.
e- Por razones biológicas algunos deportes no pueden ni deben ser realizados por mujeres

RESPUESTAS

1.- La respuesta es d. El tratamiento combinado con isoniacida, rifampicina etambutol y pirazinamida se deja para los pacientes con cuadro clínica, radiología y baciloscopía positiva. Las personas con reciente conversión de la tuberculina deben recibir Isoniacida por 6-9 meses a fin de evitar el mayor riesgo de desarrollar enfermedad en un futuro, especialmente en los primeros dos años tras la conversión.

2. La respuesta es b. La bacteria mas frecuentemente aislada de todos los cultivos fue la Escherichia coli, seguida de la Klebsiella Pneumonia, Pseudomona y Staphylococcus aureus, este ultimo obtenido solo de exudados de pacientes hospitalizados. Tanto en pacientes hospitalizados como ambulatorios, el germen mas frecuente aislado en orina fue la E coli. En el articulo se definió de acuerdo a aspectos microbiológicos, los criterios de resistencia baja, menos del 20%, moderada de 21-60% y alta cuando la resistencia demostrada era mayor del 60%. Según esa definición se encontró alta resistencia a la ampicilina, trimetropin sulfa y nitrofurantoina.(79%, 77%,) siendo de 83% en muestra de orina de pacientes hospitalizados. La resistencia a amicacina fue de 12%. En relación a la Pseudomona aeruginosa esta demostró alta resistencia a gentamicina (mas de 60%) en pacientes hospitalizados y moderada resistencia a amicacina (50%), ceftacidine (46%), ceftriaxone (48%), cipro oxacina, piperacilina y meropenen. En pacientes ambulatorios la resistencia es menor excepto para ce oaxone. El Staphylococcus aureus demostró resistencia moderada a oxacilina (22%), eritromicina (26%), Ceftriaxone (14%) alta a penicilina (94%) y ausencia de resistencia a la vancomicina y linezolid.

3.-La respuesta es d. El litopedión es una complicación rara de embarazos extrauterinos, ocurriendo en el 0.0045% de las gestaciones. Es mas frecuente en embarazadas mayores de 45 años. Se ha reportado duración de la retención del producto en el abdomen de 4 a 60 años tiempo en el cual ocurre la esqueletomización (desintegración de de partes blandas), adipocere reemplazo de las partes blandas por ácidos grasos, jabones y ácidos esteáricos), supuración y calcificación del feto y/o las membranas. Cuando solo las membranas son calcificadas se denomina litokeloliposis, cuando solo el feto esta calcificado se denomina lipopedión y cuando ambos presentan dicho proceso se denomina litokelitopedión.

4.- La respuesta es a. La hernia mas frecuente de diafragmas son posterolaterales o de Bochdalek. La Hernia de Morgagni es rara y ocurre el defecto herniario en la región antero medial derecha. Cuando ocurre en el lado izquierdo se denomina de Larrey. En este caso se sospecho el diagnostico por la imagen radiológica de tórax donde se evidenciaba formación hiperlúcida multiseptada en el ángulo costofrénico derecho. La corrección quirúrgica debe efectuarse una vez ha sido confirmado el diagnóstico

5.- La respuesta es b. Los logros mas importantes en materia de salud obtenidos en países pobres han sido en posibles en la medida que se mejora las condiciones de vida de las persona, con programas exitosos de vacunación, y nutrición y cuidado materno infantil, de medio ambiente y atención primaria de salud.

6.- La respuesta es d. No se considera ético recetar en forma verbal. Después de efectuar el diagnostico medico procede la prescripción del tratamiento, hecha en forma escrita en un recetario, con la mayor seriedad sentido de responsabilidad, y compromiso profesional. La publicidad en el recetario resta seriedad al acto de recetar y no se considera ético.

7.- La respuesta es e. En su articulo, el Dr. Rivera Williams hace un análisis de posibles causas del deterioro de la relación medico paciente y crecimiento de las demandas por mal praxis. Para prevenir y afrontar esta situación propone diversas acciones encaminadas al fortalecimiento en la formación y ejercicio medico y enfatiza en los beneficios de la creación de comités de ética en diferentes hospitales clínicas, escuelas formadoras de profesionales de la salud, así como la conformación de un organismo multidisciplinario de estudio y arbitraje de los casos de demandas médicas.

8.- La respuesta es c. La unidad , es una de las principales fortalezas del colegio Médico de Honduras ha sido garantizada por la misma Ley Orgánica del Colegio Medico de Honduras, y fue elaborada una comisión integrada por los Doctores, Julio C Batres, Nicolas Odeh Nasralla, Eugenio Matute Canizales, Mayo Carrasco y aprobada en el Congreso Medico Nacional, habiendo sido figuras prominentes en este proceso los docores Abraham Riera, Cesar Zúñiga, Virgilio Cardona, Mayo Carrasco.

9.- La Respuesta es a.
En el articulo especial sobre “Actividad física, deporte y salud: Desde la perspectiva de género”, la Dra. Rivera expresa que se reconoce que la actividad física puede plantearse como estrategia de promoción a la salud ya que la salud es definida no solo como ausencia de enfermedad sino como un completo bienestar físico, síquico y social. Aunque el sistema sanitario tiene repercusiones en la salud, el factor mas importante que afecta la misma es el estilo de vida. La participación de la mujer en actividades deportivas fue limitada hasta la II Guerra Mundial, de tal manera que no se aceptan la existencia de limitaciones por cuestiones de género.

Compartimentación ecológica

Técnica: acrílico sobre tela
Delmer Mejía

Nació en Santa Rosa de Copán el 24 de noviembre de 1954, hijo de dos educadores: Elías Neftalí Mejía y Aurora Dubón de Mejía. Estudió en el Instituto Salesiano Santo Domingo Sabio, de aquella ciudad, la carrera de Perito Mercantil y Contador Público. Inmediatamente después de concluir la educación media en 1973 y siguiendo sus inclinaciones artísticas manifestadas desde su niñez, se trasladó a Tegucigalpa donde siguió los estudios en Bellas Artes, los que culminó en 1975.

Delmer Mejía ha tenido tres etapas en su desarrollo artístico. La primera, se manifiesta a través de cuadros dominados por la búsqueda de la definición personal, en los que asoman las influencias de sus maestros. De 1975 a 1980, el artista practica el realismo crítico, de contenido social, en el que, como es propio de tal escuela, predominan las intenciones comunicativas sobre los esfuerzos plásticos. Es a partir de 1980 cuando Delmer llega a un neofiguravitismo expresionista, es decir, el tratamiento estético de las figuras dentro de un discurso previamente establecido por el artista donde se invierten los valores: primero el esfuerzo plástico y después la intención discursiva. Un ejemplo excelente del lenguaje particular desarrollado por Delmer es su cuadro "Compartimentación ecológica". Se trata de una obra desarrollada en tres planos horizontales: el primero comprende unas casas a la orilla del mar, ambos elementos expresados no de modo tan manifiesto; el segundo es un ave de metal, un pájaro carpintero, que irrumpe en el centro de la obra de modo amenazante; y el tercero está constituido por unas sierras circulares, una figura humana que las maneja y fragmentos de madera distribuidos en todas direcciones. Se trata, pues, de un reclamo plástico nítidamente expresado: los pájaros carpinteros de metal que le ponen fin a la naturaleza frente a nuestros propios ojos.

(Resumen tomado Honduras: visión panorámica de su pintura) de: Longino Becerra y Evaristo López Rojas

CONTENIDO

I.- EDITORIAL

Relación Médico Paciente: ¿Ciencia, arte y tecnología en crisis?

Jorge A. Fernández 118

II.- TRABAJOS CIENTÍFICOS ORIGINALES

1.- Índice de conversión de la tuberculina en médicos residentes del Postgrado de Medicina

Teresa Ferrufino, Cecilia Varela-Martínez 120

2.- Sensibilidad de las bacterias a los antibióticos en el Hospital Escuela de Tegucigalpa en el período 2001-2002

Filomena Palma, Juana Tábora 126

III.- IMAGEN EN LA PRÁCTICA CLÍNICA

1.- Mielomeningocele

Karla María Cruz Zepda 135

IV.- CASO CLÍNICO

1.- Litopedión

Claudia Contreras, Virgilio Cardona López 136

2.- Hernia de Morgagni

José Ranulfo Lizardo B., José Gerardo Godoy M., Carlos Humberto Figueroa 139

V.- REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

1.- Principales cambios en los lineamientos para la reanimación cardiopulmonar del 2005

Federico Ludwing Herrera Alemán 142

VI.- ARTÍCULO ESPECIAL

1.- Actividad física, deporte y salud: desde la perspectiva de género

Alicia Geraldina Rivera, Claudia Molina, Teresa Videa 148

VII.- ARTÍCULO DE OPINIÓN

1.- El médico y el arte de recetar

Arnulfo Bueso Pineda 152

2.- Problemática actual del ejercicio médico

Carlos Rivera Williams 154

VIII.- HISTORIA DE LA MEDICINA HONDUREÑA

1.- Fortalezas y debilidades del Colegio Médico de Honduras: sus actores

Carlos Rivera Williams 158

2.- Médico hondureño entre los mejores de los Estados Unidos

Asdrúbal Montes Mairena 161

VIII.-ACTUALIZACIÓN BIBLIOGRÁFICA, SITIOS WEB Y REFERENCIAS LOCALES

1.- Leushmaniasis 163