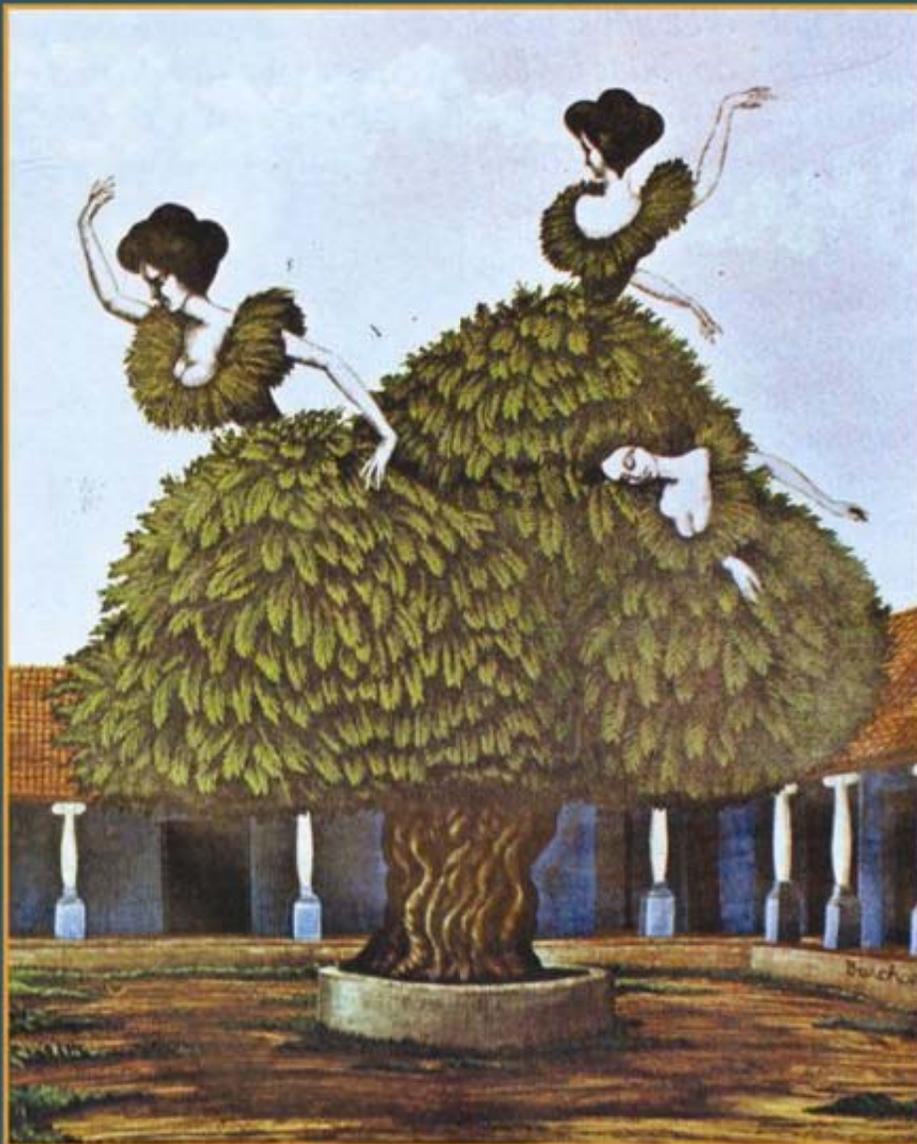




PUBLICACION CIENTIFICA
DEL COLEGIO MEDICO
DE HONDURAS

Revista MEDICA Hondureña

VOLUMEN 76 - No. 1 Enero, Febrero, Marzo, 2008



- La calificación de las publicaciones en Revistas Médicas
- Evaluación del sistema de vigilancia epidemiológica de la malaria
- Imagen de cirrosis y hepatocarcinoma
- Caso clínico de páncreas anular
- Tratamiento de la membrana timpánica perforada.
- Revisión sobre Pitiriasis versicolor
- El trastorno de déficit de atención e hiperactividad



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

Revista **MEDICA** Hondureña

Vol. 76, No. 1 Enero, Febrero, Marzo 2008 pp. 1-50

CONSEJO EDITORIAL

NICOLÁS SABILLÓN VALLECILLO
DIRECTOR GENERAL

SILVANA VARELA MARTÍNEZ
SECRETARIA

CUERPO DE EDITORES

GUSTAVO ÁVILA MONTES
REYNA DURÓN
EDNA JANETH MARADIAGA
SENIA OCHOA RUEDA
JORGE PINEDA MURCIA
NELLY JANETH SANDOVAL

EDITORES ASOCIADOS

JACKELINE ALGER
IVÁN ESPINOZA SALVADÓ
CECILIA ELENA VARELA MARTÍNEZ
JOSÉ R. 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

La calificación de las publicaciones en revistas médicas: reformas al reglamento de concursos

En la XLVII Asamblea General Ordinaria del Colegio Médico de Honduras, celebrada en la Ciudad de Tegucigalpa los días 14 y 15 de febrero del 2008, se reformaron varios capítulos del Artículo No 20 del Reglamento de Concursos, que tienen que ver con las actividades de la Revista Médica Hondureña. Estos capítulos son: Calificación de Documentos; Calificación al Mérito y Calificación de Publicaciones.

En lo que respecta a la Calificación de las Publicaciones, la propuesta aprobada recogió varios aspectos señalados en la Asamblea de CENEMEC realizada en agosto del año 2007. Entre estos aspectos sobresale uno que se refiere a los puntos CENEMEC otorgados a las publicaciones en revistas médicas, para fines de concurso, los cuales son inferiores a los otorgados a otros tipos de actividades que tienen menos complejidad. Por ejemplo, la participación como ASISTENTE al Congreso Médico Nacional es acreditada con 2 (dos) puntos oro y la participación como EXPOSITOR a este evento es acreditada con 2.5 (dos punto cinco) puntos oros; mientras que por cada Trabajo Científico Original en publicaciones científicas se reconocía un punto. Viendo esta desproporcionalidad y considerando que se debe estimular la investigación y la publicación de artículos, especialmente en nuestra Revista, la asamblea de CENEMEC resolvió conformar una comisión para revisar los Reglamentos y que se hiciera una propuesta a la Asamblea General Ordinaria del Colegio Médico en el año 2008.

A continuación se presenta lo aprobado por la Asamblea, en relación a las publicaciones en revistas médicas.

CALIFICACION DE PUBLICACIONES

1. La calificación en puntos de las publicaciones en las revistas médicas, para todos los autores, se hará de acuerdo al cuadro No. 1.

Es pertinente hacer algunas consideraciones a lo anterior. En lo que respecta a las publicaciones, en el Reglamento reformado el puntaje está de acuerdo a si la revista donde se publica es nacional o internacional; además si está indizada o no en Base de Datos Internacional. Actualmente la Revista Médica Hondureña es la única revista médica nacional que está indizada en una de estas Bases (LILACS). El otro aspecto a considerar es que el puntaje también está de acuerdo a la categoría del artículo, de tal manera que el Científico Original es el que tiene más puntos. En lo que respecta a la autoría, a todos los autores de un artículo se les proporciona igual puntaje, lo anterior basado en que, según las normas internacionales, todas las personas designadas como autores deben cumplir con los requisitos de autoría, los cuales son haber contribuido *sustancialmente* a: 1. La concepción y diseño del estudio, adquisición de datos o análisis e interpretación de estos. 2. Redacción del artículo o la revisión crítica de una parte importante de su contenido intelectual. 3. Aprobación final de la versión a publicar. Dicho de una forma más clara, para ser autor se debe participar en el trabajo en grado suficiente para asumir responsabilidad pública por su contenido (Requisitos Uniformes de los Manuscritos propuestos para Publicación en Revistas Biomédicas. Revista Médica Hondureña 2004; 72 (1): 35-56). Consideramos que a fin de evitar que los artículos sean enviados al Consejo Editorial con

Cuadro No. 1. calificación en puntos de las publicaciones en las revistas médicas

Tipo de artículo	Revista Médica Nacional		Revista Médica Internacional	
	Indexada en BDI*	No Indexada en BDI	Indexada en BDI	No Indexada en BDI
ORIGINAL <i>Sin límite</i>	7	5	8	5
Caso Clínico				
Revisión Bibliográfica				
Artículo Especial				
La Práctica Clínica y El Laboratorio	4	3.5	5	3.5
Comunicación Corta <i>Sin Límite</i>				
No Incluido en lo anterior.				
Imagen en la Práctica				
Artículo de Opinión Historia de la Medicina	3	2.5	3.5	2.5
Cartas al Editor <i>Sin Límite</i>				
Internet** <i>Sin límite</i>	1		1	

*BDI: Base de Dato Internacional Reconocida (LILACS, Scielo, Medline, entre otras).

** En sitios de instituciones reconocidas internacionalmente (OPS, OMS, entre otras)

una larga lista de autores, solo con el propósito de obtener puntos, es fundamental que los autores cumplan con los requisitos de autoría. Además aparecer como autor sin cumplir dichos requisitos es una falta ética grave. En este aspecto también hay que considerar que un puntaje no es suficiente para valorar el esfuerzo y la dedicación que conlleva la realización y publicación de un trabajo de investigación, máxime en nuestro medio.

En relación a la Calificación de Documentos se incorporó un artículo sobre los cuestionarios del contenido de los cuatro (4) números que constituyen cada volumen de la Revista Médica Hondureña; los cuales se acreditan con cero punto cinco (0.5) puntos, sin límite.

En el Capítulo de Calificación al Mérito se incorporó un artículo que refiere que por ejercer cargos del Consejo Editorial de la Revista Médica Hondureña, se acreditará cero punto cinco (0.5) puntos por año, sin límite.

Esperamos, tal como lo manifestaron varios colegas, que estas modificaciones aprobadas contribuyan a mejorar cada día más nuestra Revista, mediante la participación cada vez más activa del gremio médico.

Dr. Nicolás Sabillón V.
Director

Evaluación del sistema de vigilancia epidemiológica de la malaria en el Municipio de Tocoa, Colón, Honduras, Agosto 2004

Evaluation of the malaria epidemiologic surveillance system in the District of Tocoa, Colon, Honduras, August 2004.

Catalina Sherman,* Jackeline Alger,† Laura Julia Salgado,‡
Marco A. Pinel,|| José O. Solórzano,¶ Gloria Suárez.§

RESUMEN. ANTECEDENTES. El sistema de vigilancia epidemiológica de la malaria (SVEM) de Honduras inició en 1942. En la actualidad, aproximadamente el 80% de la población habita en zonas con algún riesgo de transmisión y el Municipio de Tocoa, Departamento de Colón, es uno de los municipios con mayor incidencia. **OBJETIVO.** Describir y evaluar el SVEM del Municipio de Tocoa. **METODOLOGIA.** En agosto 2004 se entrevistó a personal de la red de Colaboradores Voluntarios (Col.Vol.), del Área Municipal y del Hospital de Tocoa para investigar las características del SVEM. Se visitaron todas las Unidades de Salud (US, n= 12) y aleatoriamente se entrevistó 1-2 Col.Vol. de cada US. Se estimó el valor predictivo positivo (VPP) para 2001-2003 y se calcularon frecuencias y promedios de algunos atributos. **RESULTADOS.** El SVEM utiliza dos definiciones de caso y la información fluye

por dos vías. Mediante indicadores detecta tendencias y evalúa impacto; determina ocurrencia de casos en tiempo, lugar y persona, con una aceptabilidad del 70%. Pueden transcurrir hasta 37 días entre la toma de la muestra y el resultado. El VPP promedio fue de 19%. Se carece de normas técnicas y material informativo. No existe una base de datos a nivel local y el análisis es realizado manualmente. **CONCLUSIONES.** Aunque el SVEM es moderadamente aceptable, flexible y representativo, tiene bajo VPP, el flujo de la información es complicado y no suministra información oportuna. El sistema debe ser fortalecido a través de la unificación de criterios y provisión de normas técnicas a todos los niveles.

Palabras clave. Honduras. Malaria. Sistemas de información. Vigilancia epidemiológica.

* Bióloga Epidemióloga de Campo, Dirección de Vigilancia de la Salud, Secretaría de Salud de Honduras.

† Médica Parasitóloga, Servicio de Parasitología, Departamento de Laboratorios Clínicos, Hospital Escuela.

‡ Médica Salubrista, Programa Nacional de Prevención y Control de la Malaria, Secretaría de Salud de Honduras.

|| Médico Salubrista, Consultor de Centros de Control y Prevención de Enfermedades, Tegucigalpa, Honduras.

¶ Médico Salubrista, Dirección de Vigilancia de la Salud, Secretaría de Salud de Honduras.

§ Médica Epidemióloga, Consultora de Centros de Control y Prevención de Enfermedades, San Salvador, El Salvador.

Dirigir correspondencia a: Catalina Sherman Dirección General de Vigilancia de la Salud Secretaría de Salud, Tegucigalpa. Email: shermankaty@gmail.com

ABSTRACT. BACKGROUND. The Honduras malaria epidemiologic surveillance system (MESS) started in 1942. At present, approximately 80% of the population lives in areas with some transmission risk and the Tocoa District, Colon Department, is one of the districts with higher incidence. **OBJECTIVE.** To describe and evaluate the MESS of Tocoa District. **METHODOLOGY.** In August 2004, personnel of the community volunteer collaborators (CoVol) network,

Health District Area (Health Units and Environmental Unit) and Tocoa Hospital (Clinical Laboratory and Statistics Department), were interviewed to investigate the characteristics of MESS. All Health Units (HU, n= 12) and randomly selected 1-2 Col.Vol. per HU were visited. The positive predictive value (PPV) for the period 2001-2003 was estimated and frequencies and averages of some attributes were calculated. RESULTS. The MESS has two case definitions and the information flows through two routes. Throughout indicators it detects tendencies and evaluates impact; determines the occurrence of cases in time, place and person, with 70% acceptability. It could happen up to 37 days between taking the blood sample and the result. The average PPV was 19%. The personnel lack technical guidelines and informative material. There is no local data base and the analysis is performed by hand. CONCLUSIONS. Although MESS is fairly acceptable, flexible and representative, it has low PPV, the information flow is complicated and does not provide opportune information. The system must be strengthened by unifying criteria and by providing technical guidelines to all levels.

Keywords. Epidemiologic surveillance. Honduras. Information systems. Malaria.

INTRODUCCIÓN

La malaria, enfermedad causada por protozoarios del género *Plasmodium*, constituye un riesgo a nivel mundial para 3,200 millones de personas en 107 países. Aproximadamente el 66% de la población en África, el 49% en Asia, incluyendo Europa del Este, y el 14% en las Américas, viven en situación de riesgo.¹

En Honduras, la malaria es endémica en una gran parte del territorio nacional. Para el año 2006, el 70% de los casos totales de malaria y casi el 100% de los casos de malaria por *Plasmodium falciparum* se concentraron en 16 municipios ubicados en el estrato de alto riesgo, con incidencia parasitaria anual (IPA) > 10/1000 habitantes y 10 municipios en estrato de mediano riesgo, con IPA 5-9.9/100 habitantes.² En el período 2003-2005, el Departamento de Colón ha contribuido con 20-30% de los casos de malaria en Honduras (3,800 – 4,960) y el Municipio de Tocoa ha contribuido con 15-25% (640 – 1600 casos) de los

casos de malaria del Departamento de Colón.² Entre los factores de riesgo que se han identificado como determinantes de la transmisión de la malaria en este municipio, están las condiciones ecológicas (precipitación pluvial, temperatura y humedad), sociodemográficas y culturales de la región.³ Hasta el año 2005, el Municipio de Tocoa pertenecía a un área de salud de la Región Departamental No. VI (Departamentos de Atlántida, Colón, Islas de la Bahía y Yoro). En la actualidad, el municipio pertenece a un Área Municipal de la Región Departamental de Salud de Colón.

La vigilancia epidemiológica es un proceso dinámico que recoge información para la acción. Un sistema de vigilancia epidemiológica, incluyendo uno que vigile la malaria, debe observar de manera permanente la ocurrencia y distribución de las enfermedades y debe ser simple, flexible, oportuno, sensible, representativo y aceptable.⁴ Un sistema de vigilancia en salud pública se evalúa con la finalidad de contribuir a asegurar que los problemas de importancia se monitoreen de forma eficaz y eficiente, asimismo evaluar la información proporcionada para poder corregir y mejorar la provisión de servicios.⁵ El sistema de vigilancia de la malaria en la Secretaría de Salud de Honduras inició en 1942 con el propósito de detectar y tratar los casos, documentar la distribución de la enfermedad por especie parasitaria y evaluar las estrategias de control.⁶ Con el objetivo de describir y evaluar el funcionamiento del Sistema de Vigilancia Epidemiológica de la Malaria (SVEM) de un municipio de un área endémica de Honduras, se seleccionó el Municipio de Tocoa. Se espera que el reconocimiento de las fortalezas y debilidades del Sistema sirva para formular recomendaciones encaminadas a su mejoramiento, modernización y a un manejo eficiente de sus recursos a nivel nacional.

MATERIAL Y MÉTODOS

Ubicación geográfica. El Municipio de Tocoa, conformado por 18 aldeas y 91 caseríos, tiene una extensión territorial de 912.5 km². Limita al norte con el Municipio de Trujillo, al sur con los Municipios de Gualaco y San Esteban del Departamento de Olancho, al este con el Municipio de Bonito Oriental y al oeste con los Municipios de Saba y Sonaguera. Su población es de 53,191 habitantes, de los cuales 54% vive en el área urbana y 46% en el área rural.⁷

Parámetros de evaluación. Se utilizó la Guía de Evaluación de Sistemas de Vigilancia (CDC, Atlanta, GA, EUA) y se evaluaron los atributos cualitativos (simplicidad, flexibilidad, representatividad y oportunidad) y cuantitativos (aceptabilidad, sensibilidad, valor predictivo positivo o VPP), de acuerdo a lo definido en la guía para evaluación de sistemas de vigilancia de salud pública del CDC, Atlanta, Georgia.^{5,8}

Evaluación del Sistema de Vigilancia Epidemiológica de la Malaria. En el mes de agosto del año 2004 se visitó el 100% de las Unidades de Salud (US) del Municipio de Tocoa (n= 12) y aleatoriamente se seleccionaron 1-2 Colaboradores Voluntarios Comunitarios (Col.Vol.) de cada US, quienes están organizados en una red de Puestos de Notificación Voluntaria (PNV). Se realizaron 39 entrevistas, 22 a personal de las US (encargada del sistema de información de malaria, personal de laboratorio, coordinador de la Unidad Ambiental, estadígrafas de Área y Hospital, médicos y enfermeras auxiliares) y a 17 ColVol, para obtener información que permitiera determinar la simplicidad, flexibilidad y aceptabilidad del sistema. Se revisaron tres archivos diferentes del año 2003 (167 Formularios de Notificación de Sospechosos para Diagnóstico de Malaria o Formularios E-1, en la actualidad denominado M-1), los cuales recogen la información del primer contacto del paciente con el personal que brinda la atención, con el propósito de obtener información sobre sensibilidad, representatividad y oportunidad del sistema. Información adicional fue solicitada a los técnicos de estadística y laboratorio en el Municipio de La Ceiba, Departamento de Atlántida, para establecer el flujo de la información desde los diferentes niveles (local, regional, central). Para la evaluación del VPP, se compararon la información de casos sospechosos y casos confirmados del período 2001-2003.

Plan de análisis. La información recabada fue ingresada en bases de datos diseñadas en el programa EpiInfo 3.3.2. (CDC, Atlanta, GA, EUA). Para el análisis se usaron algunas estadísticas básicas (proporciones y promedio) y se construyeron cuadros con el programa Excel. La sensibilidad se estimó a partir de la fórmula $VP / VP + FN$, donde VP es el número de individuos con resultados verdaderos positivos y FN es el número de individuos con resultados falsos negativos. El VPP se calculó usando la fórmula $VP / VP + FP$, donde FP es el número de individuos con resultados falsos positivos.

RESULTADOS

Descripción del sistema

El SVEM del Municipio de Tocoa se desarrolla a partir de los registros de los Col.Vol. en la red de PNV y en las US. Comprende toda la población del municipio, en especial aquella ubicada en las zonas de alto riesgo. Habitualmente a todo caso sospechoso que acude a los PNV y a las US (Hospital o Centro de Salud) se le llena un formulario de Notificación de Casos/Formulario E-1 y se le toma una muestra de sangre (prueba de gota gruesa). Existen en el Municipio de Tocoa alrededor de 120 Col.Vol., quienes a través de los años han sido un elemento clave en la detección de los casos de malaria. La mayoría es del sexo femenino y se desempeñan sirviendo gratuitamente en su comunidad. Los Col.Vol. tienen la ventaja de ser residentes en el lugar donde ocurren los casos y existen el vector y la población susceptible.

Como apoyo a la vigilancia de la malaria, los Col.Vol., se encargan de la toma de muestras de sangre a personas febriles actuales y recientes, del registro de información (llenado del formulario E-1), de administrar el tratamiento, de la referencia de casos especiales de malaria a un nivel de atención superior y de la canalización de la muestra de sangre y del formulario, todo de acuerdo a los lineamientos técnicos del Programa de Malaria. Cada PNV es visitado por un Técnico en Salud Ambiental (TSA), con una periodicidad variable pero generalmente de una vez al mes, con el propósito de recoger todas las muestras y abastecer de medicamentos e insumos. Cada TSA tiene un área geográfica asignada del municipio a su cargo.

De las 12 US del Municipio de Tocoa, solamente el Hospital de Tocoa (Laboratorio Clínico) y la Unidad de Diagnóstico de Malaria Municipal (Centro de Salud de Tocoa) procesan muestras de sangre para el diagnóstico de laboratorio de la malaria. Las 10 US restantes remiten sus muestras de gota gruesa a esta última unidad. Ambas unidades de diagnóstico deben enviar semanalmente al Laboratorio Regional ubicado en el Departamento de Atlántida (actualmente ubicado en el Municipio de Trujillo), el 10% de las muestras negativas y el 100% de las positivas, para control de calidad del diagnóstico microscópico, para una primera etapa de verificación. En una segunda verificación, las muestras deben ser enviadas a la Sección de Malaria del Laboratorio Nacional de Vigilancia de la Salud en Tegucigalpa. El porcentaje de concordancia en

los diagnósticos realizados de este laboratorio con el Laboratorio Central ha sido de 98.3%. En toda la red de PNV y en las US, exceptuando el Hospital de Tocoa y la Unidad de Diagnóstico de Malaria Municipal, a todo caso sospechoso se le provee de tratamiento antimalárico antes de conocer el resultado de laboratorio.

Parte de la información (fecha de toma de muestra, nombre del paciente, edad y localidad de residencia) obtenida en los formularios de notificación de casos/formulario E-1, es vertida en el Informe Diario del Microscopista/Formulario L-1 (Actualmente ML-2). Los formularios L-1 son transferidos a la encargada del Sistema de Información de Malaria, quien introduce manualmente la información en los siguientes formularios: a) Reporte epidemiológico semanal de malaria por US; b) Telegrama epidemiológico semanal o mensual de malaria por localidad; c) Consolidado por municipio y grupos de edad y d) Casos de malaria por localidad, US, sexo y grupos de edad. Al momento de la evaluación no existía una base de datos para ingresar la información, la cual es trabajada manualmente.

Se encontró que solamente el 41% de los Col.Vol., el 29% de las enfermeras y el 50% de los médicos, mencionaron los síntomas cardinales (fiebre, escalofríos y sudoración) de la enfermedad, el resto mencionó por lo menos un síntoma cardinal, algún síntoma acompañante y otros síntomas no descritos en la definición clínica; alrededor del 40% de los Col.Vol., manifestaron haber recibido su última capacitación tres años atrás y las enfermeras auxiliares (US) expresaron no haber recibido capacitaciones sobre el tema; se encontró que se está confundiendo los síntomas del dengue con los de la malaria; y en ausencia del Col.Vol., los parientes de este también toman muestras, 82% (9) señalaron que sus hijos y 18% (2) que sus esposos.

El análisis de la información depende del gerente de turno. Durante la presente evaluación, se determinó que hasta la semana epidemiológica 10, la informacionera analizada los días lunes por el Equipo Municipal. El Equipo incluía miembros de la Unidad de Análisis, jefe de Área Municipal de Salud, jefe de Unidad Ambiental y la enfermera jefe de Área Municipal. La información se analizaba en el formato "Monitoría del alerta semanal" con los eventos más relevantes del reporte epidemiológico.

Objetivos del sistema

El SVEM tiene los siguientes objetivos: describir el comportamiento de la malaria con base en tiempo, lugar y persona; detectar y tratar oportunamente todos los casos para disminuir el riesgo de adquirir la enfermedad y evitar la mortalidad por esta causa; identificar grupos y áreas de alto riesgo; identificar los factores de riesgo de la enfermedad para la aplicación de las medidas de prevención y control; evaluar el impacto de las medidas de prevención y control; y proporcionar información a las autoridades.

El SVEM utiliza una serie de indicadores conocidos como malariométricos y que incluyen los siguientes: Índice Anual de Exámenes de Sangre (IAES= No. de muestras tomadas/población en riesgo x 100), Índice de Láminas Positivas (ILP= No. láminas positivas/total de muestras examinadas x 100), Incidencia Parasitaria Anual (IPA, No. casos/población en riesgo x 1000 habitantes), Incidencia Parasitaria Anual de *P. falciparum* (IPAF, No. casos positivos por *P. falciparum*/población en riesgo x 1.000 habitantes).

Definición de caso

Se cuenta con dos tipos de definición clínica de caso de malaria, una suministrada por la Dirección General de Vigilancia de la Salud y otra por el Programa Nacional de Prevención y Control de la Malaria. La primera define que malaria es *la enfermedad caracterizada por fiebre intermitente con escalofríos que por lo regular se acompaña de cefalalgia y náuseas que termina con sudoración profusa. Después de un lapso sin fiebre, se repite el ciclo de escalofríos, fiebre y sudores todos los días, en días alternos o cada tercer día.* Los casos se clasifican en dos categorías, caso sospechoso y caso confirmado. El caso sospechoso se define como *enfermedad compatible con la definición clínica de caso en un residente o visitante de una región donde el paludismo es endémico.* Caso confirmado se define como *enfermedad compatible con la definición clínica de caso y confirmado por laboratorio.*⁹

Por otro lado, la definición suministrada por el Programa de Malaria define como caso clínico a *la enfermedad caracterizada por fiebre intermitente con escalofríos y sudoración que puede acompañarse de cefalalgia, náuseas, vómitos, hiporexia y malestar general. Después de un lapso sin fiebre se repite el ciclo de escalofríos, fiebre y sudores todos los días, en días alternos o cada tercer día.* También los clasifican en dos categorías, caso sospechoso y caso confirmado. El caso sospechoso se define como *enfermedad compatible con*

la definición clínica de caso en un residente, visitante o emigrante, donde la malaria es endémica. El caso confirmado se define como enfermedad compatible con la definición clínica de caso y confirmado por 1) laboratorio (a través de gota gruesa u otra prueba validada por la Secretaría de Salud), incluyendo los pacientes asintomáticos o 2) clínico-epidemiológico (residente, visitante o emigrante de una región endémica de malaria, con nexo epidemiológico con uno o más casos de malaria confirmados por laboratorio).¹⁰

Flujo de la información

La información de malaria fluye por dos vías desde el nivel local hasta el nivel central (ver Figura No. 1).

Atributos

Simplicidad: Aunque el sistema de vigilancia cuenta con personal entrenado para la toma y el diagnóstico de las muestras de sangre, con personal capacitado para la recolección de datos, análisis y difusión de informes, existen dos tipos de definición clínica de caso de malaria y los datos fluyen por dos vías desde el nivel local al nivel central: a) Desde los puestos de Notificación Voluntaria y Unidades de Salud al Programa Nacional de Malaria del Nivel Central y b) De las Unidades de Salud al Departamento de Estadística del Nivel Central. El formulario de notificación de casos (E-1) solo registra cuatro síntomas (dolor de cabeza, escalofríos, fiebre, sudoración), presenta una serie de abreviaturas sin una leyenda de sus significados,

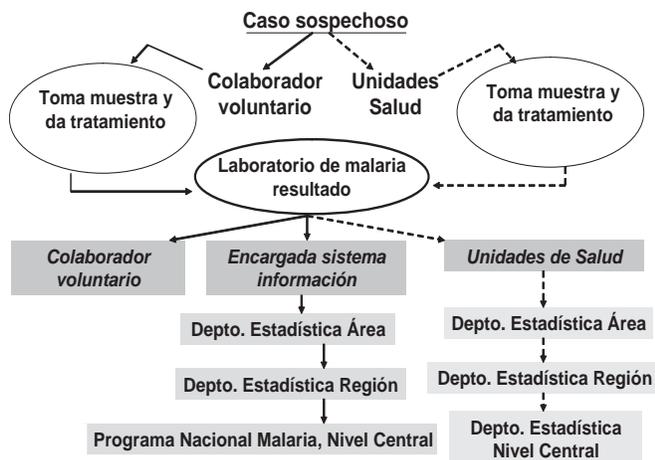


Figura No. 1. Flujograma de la información desde el nivel local hasta el nivel central. Existen dos rutas: 1- Desde los puestos de Notificación Voluntaria y Unidades de Salud al Programa Nacional de Malaria del Nivel Central y 2- De las Unidades de Salud al Departamento de Estadística del Nivel Central.

se desconoce si ha sido modificado, qué y cuándo. No registra si el paciente se tomó otra muestra de sangre en la misma semana epidemiológica y dónde. Los datos obtenidos durante investigaciones puntuales (búsqueda activa de casos) son ingresados al sistema de vigilancia pasiva. En entrevistas con los encargados de las US, el 60% (9/15) manifestó que los pacientes que visitan al Col.Vol., a veces también visitan la US de su localidad u otra, por la rapidez en la atención y en los resultados. Es infrecuente el envío de muestras semanalmente (10% de muestras negativas y el 100% de las positivas) al Laboratorio Regional para una primera verificación de concordancia.

Flexibilidad: Durante la evaluación del SVEM no se encontró que el sistema hubiese cambiado introduciendo nuevas variables.

Aceptabilidad: El 70% de las personas involucradas en el funcionamiento del sistema manifestaron que es aceptable aún cuando solo el 6% (2/34) de los sitios visitados dispone de la Norma Técnica de Malaria. Solamente el 6% (1/17) de los Col.Vol., tiene el Manual del Colaborador Voluntario y el 12% (2/17) el rotafolio. Solamente el 7% (3/11) de las Unidades de Salud visitadas cuenta con un mapa con información acerca de la ubicación de los Col. Vol. en su área de influencia. El incumplimiento eventual en la vigilancia, se debe a la falta o falla en los equipos de telecomunicación (teléfono o fax), transporte y aspectos administrativos.

Sensibilidad y VPP: Dentro de los atributos cuantitativos evaluados, no fue factible calcular la sensibilidad porque no está disponible o no existe información acerca de los casos que no son captados por el SVEM y que son captados por otros establecimientos. Aunque no se puede decir que se tiene una definición de caso demasiado sensible y el VPP muy bajo. Utilizando los datos del período 2001-2003, el VPP promedio fue 19.4% con un rango de 13.9-29.8% (ver Cuadro No. 1).

Representatividad: El sistema determina la ocurrencia de la enfermedad a través del tiempo y su distribución en la población por persona, tiempo y lugar, lo cual es evidenciado en los informes de vigilancia (semanales, mensuales) producidos por las US del Municipio de Tocoa.

Oportunidad: El número de días transcurridos entre la toma de la muestra y el recibo de la muestra en el laboratorio osciló entre 0-37 días. El número de días transcurridos

Cuadro No. 1. Valor Predictivo Positivo del Sistema de Vigilancia Epidemiológica de la Malaria, Municipio de Tocoa, Departamento de Colón, periodo 2001 - 2003

Año	Total de muestras tomadas	Resultado del diagnóstico microscópico de la malaria		Valor Predictivo Positivo (%)
		Resultado Positivo (A)	Resultado Negativo (B)	
2001	21,038	6,264	14,774	29.8
2002	40,326	5,591	34,735	13.9
2003	21,829	3,156	18,673	14.4

$$VPP = A/A+B$$

dos entre el recibo de la muestra en el laboratorio y el diagnóstico fue de 0-4 días. El tiempo de retroalimentación (Laboratorio – Col.Vol. /US) no está consignado en el 100% de los formularios. No existe una base de datos que consolide toda la información del formulario de notificación de casos (E-1) y genere automáticamente resultados conforme a indicadores establecidos, por lo que el análisis se realiza manualmente. Actualmente la encargada del sistema de información de malaria en Tocoa, está separada físicamente del Departamento de Estadística (Unidad de Análisis) y en su ausencia la información se rezaga, debido a la escasez de recursos de reemplazo, asimismo la carencia de equipo y materiales (computadoras, impresoras, tinta, disquetes, archivos, perforadoras, engrapadoras y otros) limita la agilidad del sistema. Los retrasos también están relacionados con algunas dificultades con los medios de telecomunicación, transporte, huelgas, vacaciones de los empleados y escasez de recursos humanos de relevo.

DISCUSIÓN

Con el presente estudio se evaluó el Sistema de Vigilancia Epidemiológica de la Malaria (SVEM) en uno de los municipios más maláricos del país, el Municipio de Tocoa del Departamento de Colón, en la costa atlántica de Honduras. Este municipio también se caracteriza por haber recibido importante apoyo financiero y técnico para abordar el problema de la malaria desde que esta comenzó a emerger como problema de salud pública en los inicios de los años 90s. Más recientemente, el municipio se ha beneficiado por el financiamiento del Proyecto Fondo Global Honduras.^{3,11} A través de la evaluación del SVEM en el Municipio de Tocoa se detectaron sus fortalezas y debilidades.

El SVEM es moderadamente aceptable, representativo y flexible pero es relativamente complejo y no es oportuno. El sistema es aceptable, medido por el grado de cumplimiento en los formularios, informes y difusión de la información, pero se debe proveer de todo lo necesario, documentos e insumos de oficina y laboratorio, a todos los establecimientos involucrados en la vigilancia. Si bien la enfermedad no se describe con la exactitud deseada, el sistema si determina su ocurrencia de forma representativa. El sistema se considera flexible porque podría adaptarse a las necesidades cambiantes de la información o a las condiciones de operación con poco costo adicional de tiempo, personal o fondos asignados, aunque hasta la fecha de evaluación no se habían introducido cambios importantes. Por otro lado, aunque puede ser relativamente sencillo, su operación se complica porque utiliza dos definiciones de caso y dos vías para la canalización lo que ocasiona duplicidad y discordancia de la información.^{9,10} Entre las causas de su falta de oportunidad, podemos señalar que el Departamento de Estadística carece de suficiente equipo y materiales (computadoras, impresoras, tinta, disquetes, archivos, perforadoras, engrapadoras y otros) para la elaboración de informes. En ausencia de fax o transporte, el reporte epidemiológico de malaria puede tardar hasta dos semanas en llegar desde el Departamento de Estadística del Area Municipal a los diferentes niveles.

Aunque los atributos de aceptabilidad, representatividad y flexibilidad del SVEM permiten la aplicación de medidas de prevención y control, así como la evaluación del impacto de las intervenciones realizadas, su complejidad y el carecer de oportunidad lo limitan para identificar los factores de riesgo asociados a la ocurrencia de la enfermedad y para un uso eficiente de la información. Los

datos proporcionados por el SVEM se han utilizado para mantener informada a las autoridades sanitarias, la comunidad, las organizaciones cooperantes y a los medios de comunicación. Sin embargo, el SVEM no puede utilizarse de manera eficiente y oportuna para medir el riesgo de las comunidades a enfermar de malaria mediante el cálculo de indicadores ya establecidos. Desde los años 60s, los indicadores malariométricos utilizados por el SVEM se han utilizado en el continente americano a través del Programa Regional de la Malaria de la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud desde inicios de la implementación del Programa Regional.¹²

La reducción importante del VPP en el período 2001-2003 se podría deber a un incremento en la toma de muestra de casos febriles de etiología diferente a la malaria. En cuanto al VPP, un valor bajo indica que se están investigando casos que no son casos de malaria. El hecho de que menos de la mitad del personal institucional y comunitario entrevistado pudiera identificar los signos y síntomas cardinales de la malaria y de que hubiese confusión con la sintomatología producida por el dengue, indica una clara necesidad de capacitar específicamente en este tema. Aunque el patrón básico de la infección clínica es el paroxismo malárico caracterizado por escalofrío, fiebre, y sudoración, el cuadro clínico producido por la malaria varía ampliamente entre infecciones individuales y en sus características generales entre diferentes regiones endémicas. Las diversas condiciones clínicas se producirán dependiendo de varios factores, entre otros podemos citar, la especie de *Plasmodium*, la densidad parasitaria, la evolución de los síntomas, la inmunidad, y la presencia de enfermedades concomitantes.¹³ En Honduras ya se han realizado esfuerzos por describir las características clínicas y epidemiológicas de la malaria y esta información local debe ser tomada en cuenta en las capacitaciones.¹⁴⁻¹⁶

Basados en las pautas para la evaluación de los sistemas de vigilancia y los resultados obtenidos en este estudio, es posible que la operación del SVEM se pueda simplificar si se unifica y socializa la definición de caso y se establece una sola ruta de flujo de la información. Una mayor simplicidad del sistema contribuiría a aumentar su oportunidad. Actualmente, los responsables de la ejecución de las medidas de prevención y control no pueden realizar intervenciones rápidas debido a la extemporaneidad de los datos (tiempo transcurrido entre el inicio y el informe del

evento). Otros aspectos que contribuirían a mejorar la oportunidad incluyen la revisión y ajuste de los diferentes formularios para colecta de datos, diseño de una base de datos para introducir la información del formulario E-1 y que incluya además otros datos de importancia epidemiológica como malaria en gestantes, casos de malaria complicada y grave y vigilancia de la respuesta terapéutica a los antimaláricos. Una limitante importante en la oportunidad de la información es la acumulación de muestras en la red de PNV debido al tiempo transcurrido entre las visitas del TSA. Una vez que las muestras se reciben en la Unidad de Diagnóstico, pueden existir atrasos adicionales en el tiempo transcurrido para completar el diagnóstico microscópico y el tiempo del traslado del resultado de nuevo hacia el PNV. Este último tiempo no se puede estimar a partir del formulario E-1 pero si será posible describirlo con la versión actualizada, el formulario M-1.

Asimismo, el personal de las Unidades de Diagnóstico está siendo capacitado y fortalecido para reducir el tiempo de diagnóstico hasta un máximo de 3 días.¹⁷ Se recomienda desarrollar en el Col.Vol., el sentido de alerta capacitándolo para que informe a su US el incremento en el número de casos febriles y fallas en la respuesta terapéutica, así como en la organización de la comunidad para la canalización oportuna de muestras y de resultados, hacia y desde la Unidad de Diagnóstico. Esta información así como información clínica y epidemiológica básica debe ser incluida en el Manual de Capacitación del Colaborador Voluntario.¹⁸ La provisión de suficientes recursos humanos y materiales, que garanticen el flujo de la información todo el año, y la capacitación en paquetes computacionales a los encargados de manejar la información, también contribuirían a mejorar la oportunidad del sistema.

La identificación de las fortalezas y debilidades del SVEM a través de la evaluación del sistema, contribuirá a promover su desarrollo. Las evaluaciones y análisis sistemáticos de la información producida a través de la vigilancia también son deseables como un mecanismo de fortalecimiento y como un mecanismo de difusión de la información para la prevención y control.¹⁸ Hay múltiples ejemplos del tipo de información que se puede producir a través de un sistema de vigilancia epidemiológica de la malaria.²⁰⁻²⁴ Esperamos que el SVEM de Honduras se desarrolle en un sistema eficiente en la medida que pueda ser fortalecido, especialmente en este período en que cuenta con el financiamiento del Proyecto Fondo Global en Honduras.

AGRADECIMIENTO. El equipo investigador agradece por su colaboración a todo el personal institucional y comunitario del Municipio de Tocoa y de La Ceiba que durante las visitas y entrevistas proporcionó la información solicitada. Agradecemos a Edmon F. Maes, PhD, y Victor M. Caceres, MD, MPH, Division of Global Public Health Capacity Development, Centers for Disease Control and Prevention, Atlanta, GA, EUA, por la revisión crítica del manuscrito. Se reconoce y agradece el financiamiento proporcionado por el Proyecto Fortalecimiento de la Respuesta Nacional para la Protección y Promoción de la Salud en Malaria, Tuberculosis y SIDA, Fondo Global Honduras y Programa Nacional de Prevención y Control de la Malaria, Secretaría de Salud de Honduras.

REFERENCIAS

- World Health Organization. World Malaria Report 2005. Roll Back Malaria, World Health Organization, UNICEF, 2005.
- Programa Nacional de Prevención y Control de la Malaria. Situación epidemiológica de la malaria en Honduras. Secretaría de Salud, Honduras, 2007.
- Mendieta W, W Umaña, H Pinto, A Avila, J Alger. Avances en la ecosistemización de la malaria en el Municipio de Tocoa, Departamento de Colon. Memoria XI Semana Científica, XI Jornada de las Ciencias Biológicas y de la Salud, II Congreso Nacional de Parasitología, II Jornada Científica de Microbiología. Tegucigalpa, 6-10 de septiembre 2004, pag. 117.
- Programa de Entrenamiento en Epidemiología de Campo, Centro América y Caribe. Módulo de Vigilancia Epidemiológica, Evaluación de un Sistema de Vigilancia. Programa de Epidemiología de Campo; Universidad de León, Nicaragua, 2005.
- Centers for Disease Control. Updated Guidelines for evaluating public health surveillance systems. Recommendations from the Guidelines Working Group. MMWR (Recommendations and Reports) 2001; 50 (RR13): 1-35.
- Paniagua F. Diagnóstico Situacional del Programa Nacional de Prevención y Control de la Malaria de Honduras, Secretaría de Salud, Honduras, Centro América. Consultoría Proyecto Fondo Global Honduras, 2004. Disponible en Internet en la dirección <http://www.bvs.hn/E/Malaria.html> (accesado mayo 2007).
- Instituto Nacional de Estadística de Honduras. Censo Nacional de Población y Vivienda, 2001.
- DN Klaucke, Buehler JW, Thacker SB, Parrish RG, Trowbridge FL, Berkelman RL and the Surveillance Coordination Group. Guidelines for evaluating surveillance systems. MMWR 1988; 37 (S-5): 1-18.
- Departamento de Epidemiología. Definición de caso de enfermedades de notificación obligatoria. Secretaría de Salud de Honduras, 1999.
- Programa Nacional de Prevención y Control de la Malaria. Normas para la Prevención y Control de la Malaria. Secretaría de Salud de Honduras, 1993.
- The Global Fund Organization. Portfolio per country. Honduras. Disponible en Internet en la dirección <http://www.theglobalfund.org/programs/Portfolio.aspx?CountryId=HND&Component=Malaria&lang=> (accesado mayo 2007).
- Najera JA. Malaria control: achievements, problems and strategies. Parassitologia 2001; 43: 1-89
- Krogstad DJ. Malaria. EN Tropical Infectious Diseases. Principles, pathogens and practice. RL Guerrant, DH Walker and PF Weller, Eds. Vol. 2, Churchill Livingstone, Philadelphia, 1999, pp. 736-766.
- Aguilar CJ, E Bu Figueroa, J Alger. Caracterización clínica y epidemiológica de la malaria en una comunidad endémica de Honduras. Revista Médica Hondureña 2004; 72: 179-186.
- Aguilar CJ, E Bu Figueroa y J Alger. Malaria: Infección subclínica entre escolares en la comunidad de Palacios, La Mosquitia. Revista Médica Hondureña 2002; 70: 111-115.
- Fernández RD, Y García, J Alger. Malaria y embarazo: Observaciones clínico-epidemiológicas en dos zonas geográficas de Honduras. Revista Médica Hondureña 2001; 69: 8 – 18.
- Alger J, Matute ML, Mejía RE. Manual de Procedimientos Operativos Estándar para el Diagnóstico Microscópico de la Malaria. Secretaría de Salud de Honduras, 2006.
- Programa Nacional de Prevención y Control de la Malaria. Manual del Colaborador Voluntario. Secretaría de Salud de Honduras (Sin fecha de edición).
- Centros para el Control y Prevención de Enfermedades de los Estados Unidos (CDC). Principios de Epidemiología: Una Introducción a la Epidemiología y la Bioestadística Aplicadas. Curso de auto-estudio 3030-G. Segunda Edición (1992)
- Alonso CD. Evaluación del sistema de vigilancia epidemiológica de Malaria, Chinandega, Nicaragua. Programa de Entrenamiento en Epidemiología de Campo, Secretaría de Salud de Nicaragua/Universidad de León, 2001. Informe de trabajo (Centro de investigaciones y estudios en salud). Disponible en: www.cies.edu.ni
- Thwing J, Skarbinski J, Newman RD, Barber AM, Mali S, Roberts JM, Slutsker L, Arguin PM; Centers for Disease Control and Prevention. Malaria surveillance - United States, 2005. MMWR Surveill Summ 2007; 8; 56(6):23-40.
- Mehta U, Durrheim DN, Blumberg L, Donohue S, Hansford F, Mabuza A, Kruger P, Gumede JK, Immelman E, Sanchez Canal A, Hugo JJ, Swart G, Barnes KI. Malaria deaths as sentinel events to monitor healthcare delivery and antimalarial drug safety. Trop Med Int Health 2007; 12(5):617-28.
- Erhart A, Thang ND, Xa NX, Thieu NQ, Hung LX, Hung NQ, Nam NV, Toi LV, Tung NM, Bien TH, Tuy TQ, Cong LD, Thuan LK, Coosemans M, D'Alessandro U. Accuracy of the health information system on malaria surveillance in Vietnam. Trans R Soc Trop Med Hyg 2007; 101(3):216-25.
- Hernandez-Avila JE, Rodriguez MH, Betanzos-Reyes AF, Danis-Lozano R, Mendez-Galvan JF, Velazquez-Monroy OJ, Tapia-Conyer R. Determinant factors for malaria transmission on the coast of Oaxaca State, the main residual transmission focus in México. Salud Publica Mex 2006; 48(5):405-17.

Factores de riesgo maternos asociados a recién nacidos con bajo peso al nacer. Departamento de La Paz, Honduras

*Risk factors associated to low birth weight
in La Paz, Honduras*

Augusto Enrique Medina Pineda*

RESUMEN. ANTECEDENTES: La OMS refiere que uno de cada 6 niños nace con bajo peso, se reporta un índice global de 17 % a nivel mundial y en Honduras de un 9%. **OBJETIVO:** determinar los factores de riesgo biológico, sociocultural, educativo y ambiental de la madre, que con mayor frecuencia se asocian con recién nacidos de bajo peso al nacer. **MATERIALES Y METODOS:** Se realizó un estudio retrospectivo de casos y control en el hospital Roberto Suazo Córdova del Departamento de la Paz, Honduras, en el periodo comprendido del 1 de Enero al 31 de diciembre del 2005. Se estudiaron 292 casos y 584 controles, con una relación de 2 controles por cada caso. Se calculó el *Odds Ratio* (OR), intervalo de confianza (IC95%), Ji cuadrado y valor p. **RESULTADOS:** los factores maternos asociados a recién nacidos con bajo peso al nacer fueron: edad menor de 18 años, talla menor de 150 centímetros, ninguna educación, edad gestacional menor de 38 semanas, primiparidad, haber asistido a menos de dos controles y no haber recibido hierro y/o ácido fólico durante el embarazo. **CONCLUSION:** Los factores encontrados son coincidentes con lo reportado en la literatura. Dada la complejidad del problema del recién nacido con bajo peso al nacer se recomienda un abordaje integral e intersectorial, socializando los

resultados con los actores involucrados en la atención integral a la mujer.

Palabras claves: Factores de riesgo. Recién nacido. Embarazo. Embarazo de alto riesgo.

ABSTRACT. BACKGROUND: The WHO reports that one in every 6 children is born with low birth weight. It is reported that 17% worldwide and in Honduras 9% of children are born with low birth weight. **OBJECTIVE:** To determine the biological risk factors, socio-cultural, educational and environmental quality of the mother, which are most commonly associated with babies of low birth weight. **MATERIALS AND METHODS:** A retrospective case control study was performed in the hospital Roberto Suazo Cordova of the Department of La Paz, Honduras, during the period of January 1 to December 31, 2005. A total of 292 cases and 584 controls were studied, with a ratio of 2 controls to each case. The odds ratio (OR), confidence interval (95% CI), ji squared value and p value were determined. **RESULTS:** Maternal factors associated with babies with low birth weight were: less than 18 years of age, height less than 150 cm, no education, gestational period less than 38 weeks, first pregnancy, having attended fewer than two prenatal check-ups and not having received iron and / or folic

* Master en Epidemiología. Area de Salud Marcala, La Paz
Dirigir correspondencia a: amedinas2003@yahoo.com

acid during pregnancy. CONCLUSION: The factors found are consistent with those reported in literature. Given the complexity of the problem of newborns with low birth weight, an integrated approach is recommended as well as socializing these results with players involved in the comprehensive care to women.

Keywords: Risk Factors. Newborn. Pregnancy. Pregnancy High-Risk.

INTRODUCCIÓN

Desde el punto de vista biológico es conocido que el feto requiere de cierto número de semanas en el útero para que su organismo alcance la madurez necesaria y así adaptarse a la vida extrauterina. Históricamente los conceptos de prematuridad y bajo peso al nacer han estado íntimamente relacionados. A partir de 1976 la OMS modificó la definición de bajo peso al nacer, por lo que en la actualidad existe consenso en cuanto a esta definición, como el primer peso neonatal obtenido después del nacimiento inferior a 2,500 gramos, independientemente de la edad gestacional.¹⁻⁶

Algunos autores consideran la frecuencia con que ocurre el bajo peso al nacer como un indicador del estado general de salud de la población, de ahí que la incidencia sea variada, según el nivel de calidad de vida en las diferentes regiones del planeta. Por ejemplo en la India se estima una incidencia del 30%.⁷ La Organización Mundial de la Salud plantea que uno de cada 6 niños nace con bajo peso y se reporta un índice global de 17% a nivel mundial.³ A nivel latinoamericano se reporta una incidencia de alrededor de 9% a 12%.³⁻⁵ Según el informe Indicadores básicos 2002 de la OPS/OMS, se reporta una prevalencia de bajo peso al nacer para Centro América de 10.28%, y específicamente en Honduras del 9%.⁸ El índice predictivo más importante de la mortalidad infantil es el bajo peso al nacer, pues se ha comprobado que por lo menos la mitad de todas las muertes perinatales ocurren en recién nacidos con bajo peso, la morbimortalidad en este grupo es 20 veces mayor que la del recién nacido de peso normal. La causa que con más frecuencia produce la muerte y las secuelas neurológicas es la hipoxia al nacer, responsable del 20 a 30% de las muertes durante la primera semana de vida. También pueden padecer de trastornos metabólicos que llevan a hipoglucemia neonatal, hipotermia, mayor

preponderancia a las infecciones, hemorragias cerebrales peri e intraventriculares (30%), y otra serie de complicaciones no menos graves.^{1,3,4,9,10} Resulta difícil separar por completo los factores asociados con la prematuridad, el bajo peso al nacer y el retardo en el crecimiento intrauterino, sin embargo se ha observado que existe una fuerte correlación con las condiciones socioeconómicas, culturales, biológicas y ambientales. Según el CLAP (Centro Latinoamericano de Perinatología y Desarrollo Humano) el proceso de crecimiento puede ser modificado por numerosos factores y que en un 60% la variación de peso al nacer puede ser atribuida al entorno en que el feto crece.⁶

El objetivo del presente trabajo fue determinar los factores de riesgo biológico, sociocultural, educativo y ambiental de la madre, que con mayor frecuencia se asocian con recién nacidos de bajo peso al nacer.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio epidemiológico retrospectivo de casos y controles. El universo correspondió a 1806 madres cuyo parto fue atendido en el hospital Roberto Suazo Córdova (RSC) del Departamento de la Paz, Honduras, durante el periodo comprendido del 1 de enero al 31 de diciembre del año 2005. Se tomó para el estudio a 292 casos, que correspondió a todas las madres cuyo producto fue diagnosticado como recién nacido de bajo peso. El criterio de selección de los controles se llevó a cabo en base a la relación de 2 controles por cada caso, obteniendo 584 controles, estos fueron seleccionados de un total de 1,370 que no presentaron la característica de bajo peso al nacer, mediante el método aleatorio simple utilizando el programa SIGES-MU Versión 2.0 (copyright 2000, Ramón Suárez Medina, Luís Carlos Silva Ayçaguer. La Habana Junio del 2000). El total de unidades de estudio fue de 876. Se excluyeron las madres con producto gemelar, óbito fetal y aquellas en cuyo registro en la hoja perinatal no se consignó el peso, la edad, la talla y la edad gestacional, del recién nacido.

Caso: Se consideró como caso, a las madres con recién nacido cuyo peso al nacer fue menor de 2,500 gramos, independientemente de su edad gestacional.

Control: Se consideró como control, a las madres con recién nacidos cuyo peso al nacer fue mayor o igual a 2,500 gramos, independientemente de su edad gestacional.

Técnicas de recolección de la información

La información fue suministrada por el Departamento de Estadística del hospital. Se obtuvo en formato digital de la base de datos del sistema de información perinatal (SIP) en aplicación Access (Microsoft, Redmond, WA, USA), cuya fuente primaria es la historia clínica perinatal que obligatoriamente se llena al egreso de cada madre, del hospital. Posteriormente la información fue trasladada a tabla electrónica de EXCEL (by Microsoft for Microsoft Windows and Mac OS X).

Análisis estadístico

El análisis se realizó inicialmente mediante la aplicación del programa EpiInfo versión 3.4 elaborando cuadros de frecuencias hasta la construcción de tablas contingencia de 2x2 para cada variable, luego se aplicó el programa EPIDAT versión 3.0. Para determinar la fuerza de asociación entre el factor de riesgo y el efecto, se calculó la razón de posibilidades (*odds ratio*, OR)¹¹⁻¹² y los intervalos de confianza de 95% (IC95%). Se utilizó el nivel de significación estadística $P < 0.05$.

Las variables estudiadas fueron: edad, estado civil, nivel de escolaridad, talla, edad gestacional, aborto anterior y

período íntergenésico, partos previos, controles prenatales y suministro de hierro y folatos durante el embarazo.

RESULTADOS

En el cuadro No. 1 se presenta la frecuencia absoluta que se encontró en cada factor de riesgo analizado, tanto en expuestos como no expuestos en ambos grupos (casos y controles) de una muestra total de 876 unidades de estudio. Es de hacer notar que la menor frecuencia en expuestos de ambos grupos se observó al analizar el no suministro de Hierro y/o ácido fólico.

En el cuadro No. 2 se presentan los datos generales de la madre: estado civil, grado de escolaridad, edad y estatura en centímetros. Se observa que las madres con ninguna escolaridad, las menores de 18 años de edad y las de estatura menor de 150 centímetros presentaron mayor riesgo de tener recién nacidos con bajo peso, que las que no presentaron esa característica.

En el cuadro No. 3 se presentan las variables consignadas en los antecedentes obstétricos de la madre, así como

Cuadro No. 1. Factores de riesgos y su relación con bajo peso al nacer según casos y controles, expuestos y no expuestos.

Factores de riesgo	Casos		Controles		Total
	Expuesto	No expuesto	Expuesto	No expuesto	
Madre soltera	34	251	61	499	845
Ninguna Escolaridad	45	242	57	517	861
Edad menor 18 años	85	207	122	462	876
Estatura < de 150 cm.	178	114	240	344	876
Edad Gestacional < 38 Semanas	77	215	52	531	875
periodo Íntergenésico < 2 años	54	81	117	226	478
Abortos anteriores	28	263	77	504	872
Ningún embarazo previo	146	145	226	358	875
Menos de 2 controles	70	211	94	470	845
No suministro de Fe y/o Folatos	7	157	3	343	510
Anemia	16	234	39	466	755

Fuente. Registros del Sistema de Información Perinatal del Hospital Roberto Suazo Córdova, Departamento de la Paz, Honduras, año 2005.

Cuadro No. 2. Datos generales de la madre y su relación con recién nacidos con bajo peso al nacer según casos y controles.

Factores de riesgo	Odds Ratio	Intervalo de confianza 95%		X ²	valor P
		Limite inferior	Limite superior		
Madre soltera	1.1	0.709346	1.730986	0.11	0.7369
Ninguna escolaridad	1.7	1.108621	2.565917	5.51	0.0188
Edad menor 18 años	1.5	1.127135	2.145288	6.83	0.0089
Estatura < de 150 cm.	2.2	1.679413	2.982409	29.99	0.0000

Fuente.- Registros del Sistema de Información Perinatal del Hospital Roberto Suazo Córdova. Departamento de La Paz, Honduras, año 2005.

Cuadro No 3. Antecedentes obstétricos y su relación con bajo peso al nacer según casos y controles.

Factores de riesgo	Odds Ratio	Intervalo de confianza 95%		X ²	valor p
		Limite inferior	Limite superior		
Edad gestacional < 38 semanas	3.7	2.486449	5.379072	45.75	0.0000
Edad gestacional de 38 a 42 semanas	0.28	0.198172	0.417915	44.76	0.0000
Periodo ínter genésico < 2 años	1.28	0.8543	1.941099	1.21	0.2699
Aborto anterior	0.6	0.441011	1.10112	2.08	0.1490
Ningún embarazo previo	1.6	1.594995	2.118382	9.99	0.0016
Menos de 2 controles	1.7	1.17206	2.357585	7.69	0.0055
Mas de 5 controles	0.72	0.541768	0.972651	4.30	0.0380
No suministro de Fe y/o folatos	5	1.301031	19.973537	5.04	0.0247
Anemia	0.81	0.447173	1.492711	0.25	0.6105

Fuente.- Registros del Sistema de Información Perinatal del Hospital Roberto Suazo Córdova, Departamento de la Paz Honduras, año 2005.

la presencia de anemia durante el embarazo. Se encontró asociación entre la edad gestacional menor de 38 semanas, la nuliparidad, inadecuado numero de controles prenatales (menos de dos) y el no suministro de hierro y/o ácido fólico, con el bajo peso en el recién nacido. No se encontró asociación estadística de las siguientes variables: ser madre soltera, historia de abortos anteriores, periodo intergenésico corto o anemia en la madre.

DISCUSIÓN DE RESULTADOS

En el presente estudio se encontró que los factores maternos asociados a recién nacidos con bajo peso al nacer son: nivel de escolaridad bajo, edad menor de 18 años, talla menor de 150 cm, embarazo menor de 38 semanas de gestación, ser primípara, tener menos de dos controles prenatales y ausencia de consumo de hierro y ácido fólico

durante el embarazo, estos factores son coincidentes con lo reportado por la literatura.

El análisis se realizó agrupando las variables en dos grupos, en el primero se consideraron las consignadas como datos generales de la madre: estado civil, nivel de escolaridad, edad y la talla. En el segundo grupo las que correspondieron a los antecedentes obstétricos que involucró aspectos biológicos y los relacionados con los servicios de atención de salud a la mujer embarazada.

Al analizar la variable estado civil, en el que se evaluó la condición de soltera de la madre, se encontró que los resultados no mostraron asociación estadística, coincidiendo con otros estudios realizados. En algunos estudios se considera como factor de riesgo asociado a bajo peso al nacer, el que la madre sea soltera.¹³⁻¹⁴ Niswader en Estados Unidos, encontró que el hecho que la madre sea soltera se ha asociado a recién nacidos con bajo peso, ya que esa condición supone una menor estabilidad económica y psicológica así como un menor respaldo a la madre.⁶ Debe tenerse en consideración que la situación legal de la mujer *per se*, no determina necesariamente un riesgo, sino que debe evaluarse los nexos de solidaridad, el apoyo psicológico, material y económico que median las relaciones interfamiliares.

Con respecto al nivel de escolaridad de la madre, se encontró que el hecho que la madre no tenga ninguna escolaridad representa un riesgo asociado a bajo peso al nacer. Estos resultados son congruentes con los encontrados en otros estudios, en los cuales incluso el nivel educativo se asocia no solo con el bajo peso al nacer sino además con la mortalidad infantil y otros aspectos relacionados con la vida ulterior del niño.^{6,15,16} Cabe mencionar que esta situación presupone que a mayor educación hay mejores oportunidades laborales y a su vez mejores ingresos y acceso a la información lo que permitiría una elección más adecuada para la decisión del momento más favorable para la gestación.

Al analizar la edad de la madre se consideró como un factor de riesgo la edad materna menor de 18 años ya que los resultados muestran asociación y significancia estadística, lo cual es muy similar a los resultados encontrados en otros estudios.^{6,17-20} Lo anterior se puede explicar por el hecho ya conocido que la adolescencia es un periodo especial en el desarrollo humano, considerando que es el paso en este

caso de niña a mujer adulta, lo cual involucra aspectos del desarrollo, como adaptaciones biológicas y psicológicas, en las que se incorporan aspectos de índole social, educativos, económicos, laborales y otros, lo cual hace al considerar la edad de parto menor de 18 años como un factor de riesgo muy importante y que de alguna manera puede ser modificado mediante la implementación de estrategias de intervención en adolescentes.

Si bien es cierto que para fines de análisis se evalúan por separado, el estado civil, el nivel educativo o de escolaridad y la edad de la madre, este debe hacerse teniendo en consideración la relación estrecha que tiene con otros factores sociales, culturales económicos y ambientales.²¹

Al evaluar la talla materna menor de 150 centímetros como un factor de riesgo, los resultados obtenidos muestran una fuerte asociación y una alta significancia estadística con bajo peso al nacer, similar a lo encontrado en otros estudios.²² Es de hacer notar que poco o nada se puede hacer al identificar la talla baja como un factor de riesgo y su modificación ya es imposible dado que obedece a factores genéticos y ambientales, pero que fundamentalmente podría representar o ser el efecto de circunstancias socioeconómicas expresadas, como la resultante de una desnutrición crónica y el bajo peso del producto sería una "extensión" de la misma situación.

De lo anterior se debe aclarar que es posible intentar revertir la tendencia al bajo peso en el producto, mediante mejoras en la alimentación, suministro de nutrientes y un adecuado control prenatal que permita la identificación oportuna de anomalías durante el embarazo dentro de un enfoque de atención integral.

Se evaluó la edad gestacional en la que ocurrió el parto, encontrando que cuando este se da antes de la semana 38 es un factor de riesgo. Estos resultados son muy similares con los encontrados en otros estudios, siendo en la mayor parte de ellos el que presenta más asociación.^{6,7,21} De lo anterior se deduce la importancia que tiene el hecho de que el feto cumpla con el tiempo adecuado en el útero materno para garantizar un peso adecuado al nacer y la conveniencia de vigilar con especial atención cualquier situación que provoque o de alguna manera este involucrado en la activación de los mecanismos del parto antes de las 38 semanas de gestación.

A pesar de que muchos estudios han encontrado asociación estadística entre aborto anterior y periodo ínter genésico corto, en la presente investigación no se encontró ninguna asociación en las dos variables, iguales resultados se han reportado en otros estudios.⁵

Al estudiar la variable de partos previos, se identificó como factor de riesgo el no haber tenido ningún parto previo (ser primípara) los valores encontrados reflejan la asociación y son estadísticamente significativos, los resultados obtenidos son coincidentes con la mayoría de los estudios revisados.^{15,22} Según lo expresa Schwarcz esta comprobado que el peso del primer hijo es menor que los subsiguientes y debe tenerse en consideración que las primigestas presentan mas frecuentemente toxemia, enfermedad que determina mayor incidencia de neonatos de bajo peso.⁶

Otro de los factores que con frecuencia se asocia con recién nacidos de bajo peso, y que tiene que ver con la cobertura y acceso a la red de servicios del sistema de salud, son los controles prenatales, en el presente estudio se realizó un análisis considerando los estratos de 0 a 2 y más de 5 controles ; en el primer estrato los resultados presentaron asociación y significancia estadística, por lo que se consideró como factor de riesgo el que la madre no haya asistido a ningún control o a menos de dos y en el segundo estrato este estudio muestra estadísticamente que el hecho de haber recibido mas de cinco controles se comporta con un factor de protección, Cabe mencionar que más que la cantidad se debe enfatizar en la calidad y oportunidad de los controles prenatales.^{6,7,14}

En relación al no suministro de hierro y/o ácido fólico durante la consulta prenatal, los resultados revelaron asociación con el bajo peso al nacer. Dado que estos se encuentran incorporados en el cuadro básico de medicamentos de las unidades de salud, y son de bajo costo, resulta contradictorio que algunas gestantes no hayan recibido su dotación mensual de antianémicos, o probablemente estas madres se correspondan con aquellas que no acudieron a sus controles prenatales en forma oportuna (< 2 controles). Estos hallazgos orientan a que se debe promocionar a nivel de las unidades de salud y en la comunidad la importancia del control prenatal.

Otro de los factores de riesgo que con mucha frecuencia se asocia a bajo peso al nacer es el padecimiento de anemia de la madre, considerada esta como un valor de hemog-

lobina menor de 11 gramos por decilitro.²³ Los resultados encontrados son contradictorios ya que en algunas investigaciones si se encuentran dicha asociación, mientras que en otros no es posible encontrarlas. En el presente estudio no se evidenció asociación ni significancia estadística entre anemia y bajo peso al nacer.

Se recomienda socializar y promover la discusión de los resultados encontrados en el presente estudio, tanto con el personal de salud del Departamento de la Paz, como con los encargados del Programa Nacional de Atención a la Mujer y otros actores involucrados con la salud materno infantil, así mismo que se debe abordar la problemática del recién nacido con bajo peso al nacer con un enfoque intersectorial y multidisciplinario, dado su carácter multifactorial.

REFERENCIAS

1. Meneghello J. Tratado de Pediatría. 5ta Ed. Buenos Aires, Argentina: Editorial Medica Panamericana S.A. 1997
2. Cuningham F, Leveno J, Bloom S, Hauth J, Gitstrap L, Wenstrom K. Obstetricia de Williams. 22ª Ed. México DF: Mc Graw – Hill Interamericana SA de CV. 2006.
3. Behrman R, Kliegman R, Jenson H. Nelson Tratado de Pediatría. 17 Ed. Madrid, España: Elsevier. 2005.
4. Schwarcz R, Fescina R, Duverges C. Obstetricia. 6ta Ed. Buenos Aires Argentina: el Ateneo. 2005.
5. Niebla C, Hernández Y, Cardoso F. Caracterización de la madre del recién nacido con crecimiento intrauterino retardado. Rev Cubana Obstet Ginecol (en línea); 2003; (accesada el 10 mayo 2005) 29(2). Disponible en http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138
6. Centro Latinoamericano de Perinatología y Desarrollo Humano. Tecnologías Perinatales. CLAP-OPS/OMS publicación CLAP No 1255, marzo 1992 Montevideo, Uruguay
7. Solla J, Pereira R, Medina M, Pinto S, Mota E. Análisis multifactorial de los factores de riesgo de bajo peso al nacer en Salvador Bahía. Revista Panamericana de Salud Publica 1997; 2(1):1-6
8. Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud. Situación de salud de las Américas-Indicadores básicos 2002. México, D.F. México. 2003.
9. Cidrás M, González Azpeitia G, Domínguez Ortega F. Estudio de mortalidad neonatal de los recién nacidos de muy bajo peso. BSCP Can Ped 2000; 24 (3):191-200
10. Valencia M, Zarate A. El peso fetal al nacimiento como factor de riesgo predisponente para diabetes tipo 2 en la vida adulta. Ginecol Obstet Mex 2001;69(10):390-398
11. Carvajal O. Estadística para análisis epidemiológico 1ª edición, Cali, Colombia: editorial CATORSE SCS; 2004
12. Ruiz M, Morillo Z. Epidemiología clínica 1ª edición, Bogotá, Colombia : editorial medica Panamericana; 2004

13. Faneite A, Rivera C, González M, Linares M, Gómez R, Álvarez L, Faneite J. Recién nacido de bajo peso. Evaluación. Rev Obstet Ginecol Venez 2002; 62(1):5-10.
14. Sotero G, Sosa F, Domínguez R, Telechea J, Medina M. El estado civil materno y su asociación con los resultados perinatales en una población hospitalaria. Rev Med Uruguay 2006; 22:59-65
15. Rodríguez M, Mora M, Mora VI. Embarazo en la adolescencia y su relación con el recién nacido bajo peso. Rev Cubana Enfermer 2001;17(2):101-106
16. Abeya E. Mortalidad infantil de niños de bajo peso al nacer. Arch. Argent. Pediatr 2001;99(1):6-7
17. Fernandez L, Carro P, Osés F, Perez P. Caracterización del recién nacido en una muestra de gestantes adolescentes. Rev Cubana Obstet Ginecol (en línea).2004 [accesado el 10 Febrero 2008]; 30(2). Disponible en <http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2004000200003&lng=es&nrm=iso>. ISSN 0138-600X
18. Donoso E, Becker V J, Villarroel del Pino L. Embarazo en la adolescente chilena menor de 15 años: análisis de la última década del siglo XX. Rev. chil. obstet. ginecol 2001;66(5):391-396
19. Rosell E, Domínguez M, Casado A, Ferrer I. Factores de riesgo del bajo peso al nacer. Rev Cubana Med Gen Integr 1996;12(3):270-274
20. Ulanowicz G, Parra K, Wendler G, Monzón L. Riesgos en el embarazo Adolescente Revista de Postgrado de la VIa Catedra de Medicina 2006; (132):3-17
21. Alvarado M, Medina L, Aranda Ch. El efecto de variables psicosociales durante el embarazo, en el peso y la edad gestacional del recién nacido. Rev. Méd. Chile 2002;130(5):561-568
22. Selva L, Rodríguez E, Ochoa A. Factores de riesgo de bajo peso al nacer en sitios centinelas de Holguín. Revista Cubana Aliment Nutr 1998;12(2):77-81
23. Mardones S, Rioseco R, Ocqueteau T, Urrutia M, Jevert G, Rojas T, Villarroel L. et al. Anemia en las embarazadas de la comuna de puente alto, Chile. Rev. Méd. Chile, mayo 2003; 131(5):520-525.

IMAGEN EN LA PRÁCTICA CLÍNICA

Cirrosis y Hepatocarcinoma

Rodrigo Berríos, Nicolás Sabillón*, Reynaldo Castro†*

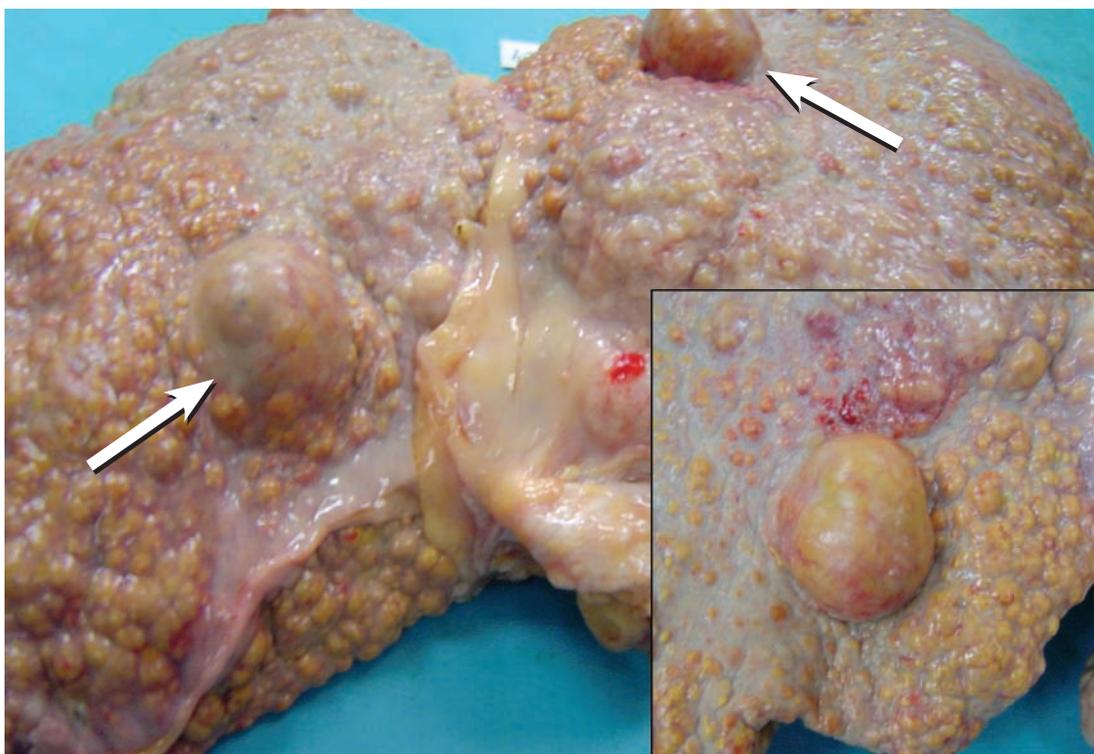


Figura No. 1. Femenina de 72 años de edad con antecedente de Infección por virus de hepatitis B e historia de sangrado digestivo alto de larga evolución. Falleció con diagnósticos clínicos de varices esofágicas sangrantes. En la autopsia como hallazgos relevantes se encontró, varices esofágicas rotas e hígado con múltiples nódulos comprometiendo toda la superficie, los mayores de 3 cms. (flechas) y los menores de 0.5 cms. Histológicamente los nódulos de mayor tamaño correspondieron a hepatocarcinoma multicéntrico y el resto a cirrosis.

* Medico Residente, Post Grado Anatomía Patológica U.N.A.H.

+ Medico Patólogo, Profesor Titular III Departamento de Patológica U.N.A.H.

Dirigir correspondencia a: derodry@gmail.com

Páncreas anular

presentación de tres casos y revisión de la literatura

*Annular pancreas
presentation of three cases and literature review.*

José R. Lizardo, Clara Maria Lainez+*

RESUMEN. El páncreas anular es una malformación congénita, infrecuente, de importancia médica porque puede ocasionar obstrucción del duodeno, ya sea completa (atresia) o parcial (estenosis), de tal manera que las manifestaciones clínicas dependen del grado de obstrucción del duodeno. Se informa tres casos de pacientes con páncreas anular, con antecedente de Síndrome de Down, operados en el Hospital de Especialidades del Instituto Hondureño de Seguridad Social de Tegucigalpa. El diagnóstico se confirmó a través de estudios radiológicos. Se les realizó duodenoduodenoanastomosis, en forma exitosa. No existen reportes previos publicados en la literatura médica hondureña.

Palabra clave: *Anomalías. Obstrucción duodenal. Páncreas.*

ABSTRACT. Annular pancreas is a rare congenital malformation. It has medical importance, since it can cause obstruction of duodenum that can be complete (atresia) or partial (stenosis). So, the clinical manifestations depend on the grade of stenosis in the duodenum. We report three cases of patients with this mal-

formation in comorbidity with Down Syndrome, who had surgery at Hospital de Especialidades of Instituto Hondureño de Seguridad Social in Tegucigalpa. Diagnosis was confirmed by radiological tests. Successful duodenal-duodenal-anastomosis was done in the three cases. There are no previous reports published on this malformation in the Honduran medical literature.

Keywords: *Abnormalities. Duodenal Obstruction. Pancreas.*

INTRODUCCIÓN

El páncreas anular es una malformación congénita, infrecuente, de importancia médica porque puede ocasionar obstrucción del duodeno, ya sea completa (atresia) o parcial (estenosis), de tal manera que las manifestaciones clínicas dependen del grado de obstrucción del duodeno. Embriológicamente el páncreas normal se desarrolla de dos primordios, la yema pancreática dorsal y la ventral, que se fusionan durante la rotación del intestino, la yema ventral crece y migra para encontrarse con la dorsal; sin embargo en el páncreas anular la yema ventral se adhiere a la pared duodenal y a medida que ocurre la rotación del intestino es traccionada alrededor del lado derecho del duodeno formando un anillo de tejido pancreático que rodea la segunda porción del duodeno ocasionando dife-

* Cirujano pediatra. Instituto Hondureño de Seguridad Social. Tegucigalpa.

+ Residente del Tercer año de pediatría. UNAH.

Dirigir correspondencia a: Dr. Jose Lizardo. E mail: jlizardob@hotmail.com

rentes grados de obstrucción. El tratamiento consiste en una derivación quirúrgica de la obstrucción; el páncreas no debe ser disecado ni dividido.¹⁻⁴

El primer reporte de un tratamiento efectivo del páncreas anular está descrito por uno de los pioneros de la cirugía pediátrica, el Dr. Robert Gross, quien en 1944, en la Revista Anales de Cirugía describió el caso de una niña de 3 días de nacida a quien le realizó una duodenoyeyunoanastomosis; la paciente fue dada de alta al sexto día postoperatorio y a los 16 meses de edad que tenía, al momento de la publicación, se alimentaba y crecía normalmente. Desde esta publicación inicial el Dr. Gross reconoció que debe abandonarse cualquier intento de manipular el páncreas, ya que es improbable que libere la obstrucción y solo conduce a complicaciones.⁵

Consideramos importante publicar estos tres casos de páncreas anular operados en el Hospital del Instituto Hondureño de Seguridad Social de Tegucigalpa, debido a lo infrecuente de esta patología y porque hasta el momento no hay publicaciones previas en las revistas médicas hondureñas.

CASOS CLÍNICOS

Caso Clínico No. 1: masculino de cuatro años de edad, ingresó el ocho de Noviembre del 2004, con antecedente de Síndrome de Down, sin patología cardíaca. Con historia, referida por ambos padres, de presentar vómitos post-prandiales desde que tenía un año de edad, los cuales se presentaban aproximadamente una hora después de la ingesta de alimentos. A la edad de dos años se le realizó Serie gastroduodenal (SEGD) la cual reportó Reflujo Gastroesofágico, por lo que fue tratado con: Cisaprida, Ranitidina, Metoclopramida y Omeprazol. Presentó mejoría temporal; a partir de ese momento la madre observó que los vómitos eran más esporádicos y que aumentaron en cantidad; en ocasiones permaneciendo hasta 48 horas sin vomitar. A lo antes descrito, posteriormente se agregó distensión abdominal. En vista de lo anterior a la edad de 4 años se le realizó una nueva SEG D, en octubre del 2004, la cual reportó: Obstrucción extrínseca duodenal, secundaria a Páncreas Anular. Se realizó duodenoduodenostomosis el 11 de Noviembre del 2004; desde entonces está siendo controlado en la consulta externa del IHSS en Tegucigalpa, con buena evolución clínica hasta la fecha.

Caso Clínico No 2: masculino de dos años de edad, procedente de Lepaguare, Olancho, ingresó el 15/02/07 con antecedente de Síndrome de Down, sin patología cardíaca. Con historia de un año de evolución de presentar distensión abdominal, hábito defecatorio cada cuatro días y vómitos esporádicos de igual evolución, de contenido alimentario. La madre notó que desde hacia cuatro meses el contenido del vomito era fétido y fecaloide. Recibió tratamiento para estreñimiento crónico con múltiples medicamentos, cuyos nombres no recordó, sin mejoría. Al examen físico se encontró abdomen distendido, onda peristáltica visible, blando, depresible. Se ingresó para realizar colon por enema para descartar Enfermedad de Hirschprung. El colon por enema fué normal pero se observó cámara gástrica dilatada (figura No. 1) por lo que se realizó SEG D donde se observó: estrechamiento circunferencial en la segunda porción del duodeno, se diagnosticó Páncreas Anular. El 11 de abril del 2007 se realizó Duodenoduodenostomosis, desde entonces está siendo controlado en la consulta externa del IHSS en Tegucigalpa, con buena evolución clínica hasta la fecha.

Caso Clínico No 3: femenina de cinco años de edad, con antecedente de Síndrome de Down, sin patología cardíaca. Ingresó a la sala de observación de pediatría el 16/8/07, con historia de vómitos de tres días de evolución en número de ocho episodios al día, contenido alimentario, con restos de papel y tape, en moderada cantidad. Al examen físico al ingreso se encontró deshidratada, aproximada-



Figura No. 1. Páncreas anular. Colon por enema. Se observa dilatación de la cámara gástrica (flecha).

mente 5%, con abdomen distendido con timpanismo, depresible y poco doloroso, no se palparon masas; ruidos intestinales continuos. La Radiografía de abdomen mostró múltiples cuerpos extraños en intestino. Los diagnósticos al ingreso fueron: obstrucción intestinal secundaria a cuerpo extraño y Deshidratación 5%. Se indicó vía oral y radiografía de abdomen diaria para valorar el tránsito de



Figura No. 2. Páncreas anular. Rx de abdomen al quinto día de ingreso. Se observa imagen de doble burbuja y cuerpos extraños que impresionan estar en el hueco pélvico (flecha).

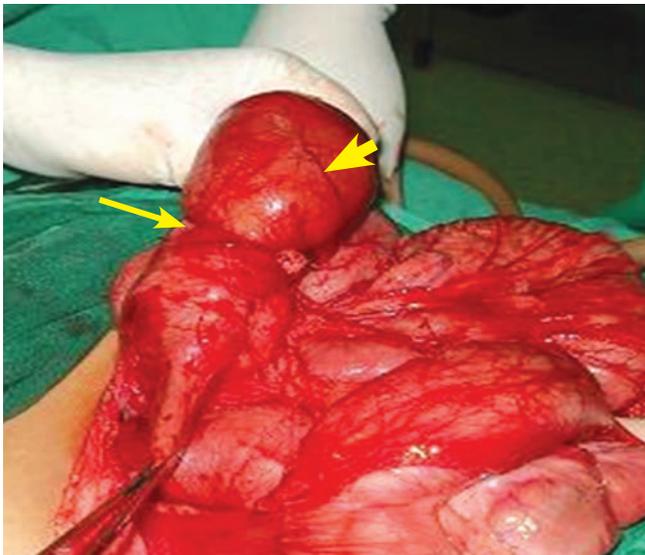


Figura No. 3. Se observa el páncreas anular (flecha delgada) con el duodeno proximal dilatado (flecha gruesa) y el distal disfuncionalizado.

los cuerpos extraños. En Radiografía de abdomen tomada al quinto día de hospitalización se observó imagen de doble burbuja y cuerpos extraños que impresionaron estar en el hueco pélvico (figura No. 2). Por lo anterior se indicó SEGD, la cual mostró estrechamiento circunferencial en la segunda porción del duodeno secundario a páncreas anular. Se realizó cirugía Duodenoduodenoanastomosis el 28 de Agosto del 2007, (figuras No. 3). Actualmente es controlada en consulta externa del IHSS, con buena evolución clínica.

DISCUSIÓN

Aún cuando el páncreas anular es una reconocida causa de obstrucción duodenal congénita, su diagnóstico se ha reportado en todos los grupos de edad.^{5,6} Puede dar lugar a polihidramnios materno, obstrucción duodenal parcial o completa en el periodo neonatal, síntomas de obstrucción que pueden aparecer mas tarde en la niñez y la vida adulta, o mantenerse asintomático. Esto se debe a que el páncreas anular es un anillo o collar de tejido pancreático que rodea la segunda porción del duodeno y esto puede ocasionar obstrucción intestinal que en la mayoría de las veces es incompleta¹⁻⁴ por lo que no es raro, como en la presente serie, reportar casos de dos, cuatro y cinco años de edad.

Fisiopatológicamente, el duodeno anterior al páncreas muestra una actividad peristáltica intensa, tratando de vencer la obstrucción, esto causa dilatación del duodeno, el cual puede alcanzar un tamaño similar al del estomago,^{3,4} tal como se presentó en nuestro caso número tres, en que la dilatación del duodeno fue tan importante que en la radiografía simple de abdomen los cuerpos extraños impresionaron estar en el hueco pélvico.

En el caso que el páncreas anular ocasione una obstrucción duodenal completa el diagnóstico puede sospecharse prenatalmente por la presencia de polihidramnios, hasta en el 30% de los casos^{3,4,7} y debe ser confirmado con ultrasonido prenatal donde se observará una cámara gástrica dilatada e imagen de doble burbuja; lo cual es importante ya que el retraso en el diagnóstico prenatal se asocia a pobre condición preoperatoria y mayor morbilidad.⁷

En el momento de la atención inmediata de cualquier recién nacido, un aspirado gástrico mayor de 30 ml o de contenido biliar, obliga a descartar una obstrucción intestinal

alta.^{3,6} Cuando el diagnóstico no se hizo en forma prenatal y se trata de una obstrucción completa, la sintomatología se presentara en las primeras horas de vida, con vómitos teñidos de bilis en el 85% de los casos y cuando la obstrucción es pre vateriana (15%) el vómito será incoloro. El abdomen es excavado e incluso puede observarse onda peristáltica del estomago a través de la pared abdominal y los pacientes pueden evacuar meconio que se encuentra distal a la obstrucción.⁷

En los casos de obstrucción incompleta, tal como los que presentamos en esta serie, la sintomatología generalmente se presenta en forma tardía e intermitente, además esta descrito que puede existir el antecedente de una serie gastroduodenal reportada como normal,⁵ ya que el medio de contraste puede pasar al yeyuno, como sucedió en nuestro caso número uno. Por esta razón, en la actualidad esta indicado la realización de ultrasonido, tomografía axial computarizada e incluso resonancia magnética, para confirmar el diagnóstico.^{2,5,8}

Revisando la literatura americana, hasta 1941 únicamente se habían publicado 48 casos de páncreas anular, de los cuales solo 10 pacientes habían sido operados y todos durante la vida adulta; el procedimiento realizado fue un intento de dividir el páncreas para liberar el duodeno que obviamente no eliminó la obstrucción y sólo produjo pancreatitis y fístulas.⁵ De 1944 a la fecha la literatura americana sobre páncreas anular continúa siendo escasa con solo 66 casos reportados, siendo importante mencionar la publicación de Kiesewetter y Koop⁵ quien en 1954 ya no realizaba la duodenoyeyunoanastomosis reportada en el primer caso por Gross en 1944, sino que realizó el procedimiento más fisiológico posible, una duodenoduodenoanastomosis,⁵⁻¹⁰ tal como se les realizó a los 3 pacientes presentados por nosotros, sin disecar ni tratar de dividir el páncreas.

Se ha descrito que el 30% de los pacientes con páncreas anular pueden presentar Síndrome de Down, en cuyo caso hasta el 70% cursan con malformaciones cardíacas,⁷ aún cuando todos nuestros pacientes de páncreas anular tenían

Síndrome de Down, ninguno de ellos presentó patología cardíaca.

En relación al porcentaje de mortalidad se ha descrito que es baja, de un 4% (Ref.11) y está relacionada con malformaciones asociadas, sobre todo las cardíacas, y a perforación duodenal.¹² Los casos que presentamos han tenido muy buena evolución y continúan siendo controlados en la consulta externa.

REFERENCIAS

1. Bailey PV, Tracy RE, Connors RH. Congenital Duodenal Obstruction: A 32-year Review. *J. Pediatr Surg.* 1993; 28: 92-95.
2. McCollum Mo, Jamieson DH, Webber Em Annular Pancreas and Duodenal Stenosis. *J. Pediatr Surg.* 2002; 37: 1776-1777.
3. Ashcraft Kw and Holder TM *Pediatric Surgery. Second Edition.* Philadelphia: W.B. Saunders Company; 1993 p 305-310.
4. Raffensperger JG. *Swenson's Pediatric Surgery. Fifth Edition.* Norwalk, Connecticut: Appleton & Lange. 1990, p 509-516.
5. Jimenez JC, Emil S, Podnos Y, Nguyen N. Annular Pancreas in Children: A Recent Decade's Experience. *J. Pediatr Surg.* 2004; 39: 1654-1657.
6. Nieto J y Bracho E *Cirugía para el Pediatra.* México. McGraw-Hill Interamericana Healthcare Group, 2001. pp 1-19.
7. Moss L, Skasgard E, Kosloske A. And Smith B. Case studies in Pediatric Surgery. New York, McGraw Hill Medical Publishing Division; 2000.
8. De Ugarte DA, Dutson Ep and Hiyama DT Annular Pancreas in the adult; Management with laparoscopic gastrojejunostomy. *Am Surg.* 2006; 72: 71-73.
9. Papandreo E, Baltogiannis N, Cigliano B et al. Annular Pancreas combined with distal stenosis. A report of four cases and review of the literature. *Pediatr Med Chir.* 2004; 26: 256-259.
10. Karama I, Karajan A, Ozaleuli S et al. TAR Syndrome with Annular Pancreas and Anal Atresia – A case report. *Eyr J Pediatr Surg.* 2004; 14: 123-125.
11. Dalla Vechia L, Grosfeld J, Rescorla F. Intestinal Atresia and Stenosis: a 25 year experience. *Arch. Surg* 1998; 133: 490-496.
12. Dwight P, Poenaru D. Duodenal Perforation Associated with Breath Stacking and Annular Pancreas. *J Pediatr Surg.* 2004; 39: 1593-1594.

Acido Tricloroacético como Tratamiento en la Perforación de la Membrana Timpánica¹

Trichloroacetic Acid as Treatment for Tympanic Membrane Perforation

Mirta Leticia Rivera-Rodríguez*, Benjamín Cano-Paca†, Rolando Aguilera‡

RESUMEN. OBJETIVO: Determinar la frecuencia de curación de la perforación de la membrana timpánica con la aplicación de Acido Tricloroacético al 50%. **MATERIAL Y MÉTODOS:** estudio de serie de casos, el universo fue 21 pacientes, a los que se les aplicó ácido tricloroacético al 50% sobre el margen de la perforación timpánica, previo a la aplicación se realizó una escarificación. Los pacientes se controlaron cada 2 semanas para evaluar resultados. Se consideró como curado el cierre de la perforación. **RESULTADOS:** en 10 (48%) pacientes se obtuvo curación de la perforación, en siete de estos se necesitó de una a cuatro sesiones de tratamiento. **CONCLUSIONES:** En casi la mitad de los casos, las perforaciones Grado I y II de la membrana timpánica responden favorablemente con el manejo conservador mediante la aplicación de ácido tricloroacético.

Palabras Claves. Perforación. Membrana Timpánica. ácido Tricloroacético.

SUMMARY. OBJECTIVE. To determine the healing frequency of tympanic perforations after application

of 50% trichloroacetic acid. **METHODS:** This is a study of cases whose universe was a total of 21 patients to whom trichloroacetic acid at 50% was applied on the margins of the tympanic membrane perforation, and where a previous scarification was performed with controls every 2 weeks to evaluate results, having as healed, the closing of the perforation. **RESULTS.** 10(48%) of the patients in the study succeeded in their treatment. 7(70%) of the patients that presented a complete closure of their tympanic membrane needs four treatment sessions **CONCLUSIONS:** Grade I and II tympanic membrane perforations, respond adequately to a conservative management with means of application of trichloroacetic acid in almost half of the cases.

Keywords. Perforation. Tympanic Membrane. Trichloroacetic Acid.

INTRODUCCIÓN

Dentro de la patología otológica que se evalúa a diario en el Hospital Escuela es frecuente la perforación de la membrana timpánica. Tiene diferentes causas, siendo la más común la Otitis Media Crónica (OMC).¹⁻⁴ Existen también otras causas como ser las traumáticas y el barotrauma.

Actualmente el manejo de estas perforaciones tiende a ser quirúrgico con la realización de miringoplastia que consiste en la colocación de material de injerto en la perforación timpánica con una cadena osicular íntegra logrando tasas

1. Trabajo de Tesis presentado para optar al título de médico especialista en otorrinolaringología.

* Residente de 4to. Año Postgrado de Otorrinolaringología Universidad Nacional Autónoma de Honduras.

+ Otorrinolaringólogo. Servicio de Otorrinolaringología. Departamento de Cirugía, Hospital Escuela, Tegucigalpa, Honduras.

‡ Pediatra master en epidemiología. Facultad de Medicina. UNAH

Dirigir correspondencia a: Mirta Leticia Rivera. E mail: mlrivera72@yahoo.com

de éxito de hasta un 97%.⁽¹⁾ El costo aproximado de una miringoplastia es de \$ 1,300.00 en nuestros hospitales, lo que limita la realización del procedimiento. También existen los tratamientos no quirúrgicos o conservadores, los cuales datan desde 1953, cuando fueron divulgados como método por Derlaki, obteniendo tasas de éxito importantes.¹⁻² El tratamiento conservador se fundamenta en la capacidad regenerativa que tiene la membrana timpánica, expuesta por Manolidis,¹ y las propiedades físico-químicas que tiene el ácido tricloroacético, el cual favorece la cicatrización de la capa fibrosa en el borde de la membrana timpánica, el mismo compuesto también promueve la formación del tejido de granulación y la proliferación de un tejido fino y nuevo donde participan activamente los fibroblastos.¹⁻¹⁰ Actualmente se estudian nuevas sustancias para estas técnicas de tratamiento con resultados prometedores.^{11,12} En los países de pocos recursos económicos y de falta de acceso hospitalario, se deben considerar estas alternativas terapéuticas ya que ofrecen la posibilidad de disminuir el tiempo hospitalario, se realizan en el consultorio, tienen un bajo costo, no se necesita equipo sofisticado y no tiene riesgo quirúrgico ya que se realiza con anestesia local.

En nuestro país no existe un protocolo para el manejo conservador de las perforaciones timpánicas por lo que consideramos de importancia la realización de este estudio ya que puede servir de base para una futura protocolización en nuestro sistema de salud, además que la literatura es muy escasa.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se realizó un estudio de serie de casos, descriptivo y longitudinal, en el período comprendido de febrero del 2006 a Septiembre del 2007, en la consulta externa del Hospital Escuela. La muestra la constituyó todos los pacientes de 14 años de edad y más que presentaron al examen físico perforación de la membrana timpánica grado I y II según la clasificación de Griffin.⁶ Los criterios de inclusión para iniciar tratamiento, fueron:

1. Perforación central, pars tensa
2. Oído seco por lo menos de 3-6 meses.
3. Enfermedades del oído crónicas controladas y no complicadas.
4. Perforaciones menores de 5mm (50%) grado I y II según clasificación de Griffin⁶ (Figura No. 1).

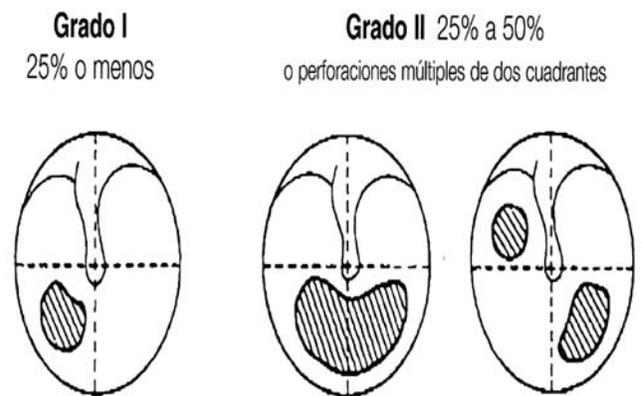


Figura No. 1. Grados de perforación de la membrana Timpánica.⁽⁶⁾

Los criterios de exclusión para discontinuar el tratamiento, fueron:

1. Poca o ninguna tendencia al sangrado de la perforación timpánica.
2. Que el paciente a pesar del tratamiento no presentó tendencia al cierre de la perforación timpánica en dos controles luego de iniciada la terapia.

Se utilizó un instrumento de trabajo tipo cuestionario al inicio del tratamiento y en cada uno de los controles posteriores, los controles se realizaron cada dos semanas para observar la respuesta terapéutica. También se recolectó características epidemiológicas como ser género y edad.

El tratamiento se efectuó en una sala con ambiente tranquilo, equipada con camilla, se utilizó microscopio Carl Zeiss OPMI 9 con lente de 250mm, Acido Tricloroacético al 50%, Lidocaína al 2% sin epinefrina, con un instrumental simple que incluyó: Miringotomo, Pinza de Hartman y un aplicador para oídos todos de marca Reda[®]. El tratamiento inició con el paciente en decúbito supino, se procedió a examinarlo con el microscopio, verificando particularidades de la perforación timpánica. Se realizó una limpieza del CAE, para verificar características anatómicas favorables al tratamiento. Se colocó algodón impregnado de lidocaína al 2% sin epinefrina sobre la perforación de la membrana timpánica. Se esperaron tres minutos y luego se procedió a reavivar los bordes mediante escarificación con Miringotomo alrededor de toda la perforación; una vez completada la desbridación se procedió a colocar con el aplicador de oído el ácido tricloroacético en todo el borde de la perforación hasta dejar un

halo blanquecino de 0.5mm en sus márgenes, como lo propone Manolidis.¹

Se realizaron controles cada dos semanas, para evaluar la progresión mediante observación de la perforación y considerar la continuación del tratamiento según los progresos de cada paciente.

El análisis estadístico se realizó utilizando el programa Epi-info versión 3.3.2.

Previo a la inclusión en el estudio se les solicitó por escrito el consentimiento informado a todos los pacientes y en menores de 21 años de edad a sus padres.

RESULTADOS

De los 21 pacientes incluídos, 10(48%) tuvieron curación con el ácido tricloroacético, reflejada en el cierre completo de la perforación de la membrana timpánica, cuatro no obtuvieron respuesta favorable, tres fueron retirados por presentar complicaciones en el transcurso del tratamiento (otitis externa micótica, lipotimia y otitis crónica simple supurativa) y cuatro no regresaron a sus controles. De estos 10 que se curaron, seis presentaron perforación Grado I y cuatro Grado II. En siete de los diez pacientes que obtuvieron cierre de su perforación se necesitó un máximo de cuatro sesiones de tratamiento y en los otros tres se necesitó, cinco, seis y once aplicaciones, respectivamente; estos últimos presentaron perforación Grado II.

En los 21 pacientes las edades estuvieron comprendidas entre los 14 y 72 años de edad, con una mediana de 33 años. El 57% correspondió al sexo femenino. En el 62% el oído afectado fue el derecho. En 14 de los casos la perforación timpánica fue Grado II y en 7 fue Grado I. La etiología de las perforaciones timpánicas estuvo relacionada con cuadros infecciosos de otitis media en el 76% de los casos, con traumatismos en el 14% y con barotrauma en el 10%.

DISCUSIÓN

En el presente estudio se encontró que el tratamiento conservador para las perforaciones Grado I y II de la membrana timpánica, mediante la aplicación de ácido tricloroacético al 50%, presenta resultados favorables, con éxito

en casi la mitad de los casos, con mejores resultados en las perforaciones Grado I, requiriéndose de cuatro aplicaciones en la mayoría de los casos, siendo bien tolerada por los pacientes y tiene un bajo costo.

En nuestro estudio se obtuvo cierre de las perforaciones timpánicas en 10 (48%) de los pacientes lo cual es menor a lo reportado en la literatura internacional, donde las series de casos muestran un porcentaje de curación de hasta 65%,^{1,3} esto pudiera deberse a que esos estudios se realizaron durante periodos prolongados y con una mayor cantidad de pacientes.

El porcentaje de éxito para pacientes con perforación Grado I de Griffin fue del 85%, que es mayor a la reportada en publicaciones anteriores que muestra un porcentaje de éxito que va desde el 50% al 63% en perforaciones timpánicas de iguales características^(1,3)

En publicaciones previas se expresa que el número de aplicaciones de ácido tricloroacético puede variar de entre uno y once,^{1,2} lo cual va acorde con los resultados obtenidos durante nuestra investigación. En siete (70%) de los pacientes que obtuvieron cierre de su perforación timpánica no se necesitó más de cuatro sesiones para obtener curación, lo que coincide con los hallazgos de Scaramella y cols.²

El predominio del sexo femenino en nuestra investigación es contrario a lo reportado por Golz y cols. quienes reportaron un predominio del sexo masculino del 56%.³

La etiología de las perforaciones timpánicas en nuestros pacientes fue en un 76% consecuencia de procesos infecciosos crónicos, lo que coincide con lo publicado por Manolidis, Golz y Scaramella y cols.¹⁻³ Las perforaciones timpánicas no son patológicas por sí mismas pero, predisponen a una importante morbilidad.

Consideramos que es necesario protocolizar el manejo conservador de las perforaciones timpánicas de Grado I y II de Griffin como una alternativa de tratamiento para los pacientes que asisten a la consulta externa del Servicio de Otorrinolaringología del Hospital Escuela.

AGRADECIMIENTO. Al Dr. Pedro Rubén Quiñónez Ocón, al Dr. Carlos Enrique Guillen y al Lic. Samuel Enrique Soto Estrada por sus invaluable aportes en la realización de esta investigación

REFERENCIAS

1. Manolidis Spiros MD. Closure of Tympanic Membrane Perforations. En: Glasscock ME, Gulya A J. .Surgery of the Ear. 5a ed. Hamilton Ontario: BC Decker Inc, 2003: p. 400-7.
2. Scaramella LF, Farrel BP, Kooiker PD, Marra S. Effectiveness of nonsurgical office closure of tympanic membrane pars tensa perforations. Ear, Nose & Throat Journal [revista en línea] 2002 (Accesada el 09 Sep.2007) Disponible en <http://findarticles.com/p/articles/mi>
3. Golz A, Goldenberg David, Netzer A, Fradis M, Weterman T, Westerman L M et al. Paper Patching for Chronic Tympanic Membrane Perforations. Otolaryngol Head Neck Surg 2003;128 :565-70.
4. Brown OE, Meyerhoff WL. Enfermedades de la Membrana Timpánica en Michael Paparella. Otorrinolaringología. 2da ed. Argentina 1994 Editorial Panamericana. 1486-1489.
5. Ronald W J. Enfermedades del oído externo y del tímpano. En: Jafek B W, Murrow BW. Otorrinolaringología secretos. 3a ed. Madrid, España: Elsevier; 2006: p. 76-78.
6. Dileo MD, Amedee RG. Traumatismo del Oído Medio e Interno [paquete auto enseñanza american academy of otolaryngology head and neck surgery foundation, Inc.].1era ed. Mexico: Intersistemas editors; 1997: p14-37.
7. Escajadillo JR .Oídos, nariz, garganta y cirugía de cabeza y cuello. 2da ed. Mexico:editorial el manual moderno;2002: p 3-42.
8. Rivas JA,, Ariza HF Embriología en: tratado de otología y audiolgia 2da ed . Venezuela :Amolca,2007: p 3
9. Lee KJ .Otorrinolaringología Cirugía de Cabeza y cuello, 7ma edición. Mexico: McGraw Hill Interamericana editores; 2002: p. 7, 42.
10. Sanna M, Russo A, Donato G, Caruso A, Taibah AB. La membrana timpánica normal. En: Atlas a color de otoscopia del diagnóstico a la cirugía. 2da ed. Colombia: AMOLCA;2005: p 5.
11. Hakuba N,Taniguchi M, Shimizu Y,Sugimoto A,Shinomori Y, Gyok. A New Method For Closing Tympanic Membrane Perforations Using Basic Fibroblast Growth Factor. Laringoscope2003 aug;113(8):1352-5
12. Ozturk,kayhan,Yaman,Huseyin,Cihat Avunduk, Mustafa, Arbag et al. Effectiveness.of Mero Gel hyaluronicacid on tympanic membrane perforations Acta Oto-Laryngologica December 2006;126(11):1158-116.

Pitiriasis versicolor

Cynthia Gisela Espinoza*, Nelly-Janeth Sandoval†, Miriam Gonzalez‡

RESUMEN

La pitiriasis versicolor (PV) también conocida con los términos de tiña o tinea versicolor, es una dermatosis micótica superficial, muy común en nuestro medio. Es causada por distintas especies de *Malassezia*, levadura parásito del estrato córneo (capa más superficial de la epidermis). Se presenta en adolescentes y adultos, edades en las cuales la producción de sebo por las glándula sebáceas es mayor. Factores endógenos y exógenos predisponen a la enfermedad. Clínicamente se caracteriza por afectar principalmente tronco y hombros y presencia de manchas hipopigmentadas, café, marrón o rosadas, cubiertas por descamación fina. El diagnóstico es clínico, ayudado por la fluorescencia con la lámpara de Wood y confirmado por el KOH o cultivo. Por lo general la PV es de fácil diagnóstico y tratamiento para el médico adiestrado, pero puede ser mal manejada por médicos sin experiencia, muchos de los cuales refieren el paciente al dermatólogo cuando han administrado múltiples tratamientos en especial a base de esteroides, que como se sabe son un factor predisponente para la aparición de esta dermatosis, ocasionando la extensión y persistencia del proceso o enmascarando el cuadro clínico y dificultando el diagnóstico. De ahí la importancia de realizar la presente revisión, cuyo objetivo es profundizar en el conocimiento de esta dermatosis, para beneficio del paciente.

Historia

En 1846, Eichstedt fue el primero en reconocer la PV como una infección cutánea por hongos, Robin, en 1853

* Residente de Tercer año del postgrado de Dermatología, Hospital Escuela, Tegucigalpa.

† Dermatóloga y Dermopatóloga, Departamento de Patología, Hospital Escuela, Tegucigalpa.

‡ Dermatóloga y Cirujana Dermatóloga, Departamento de Dermatología, Hospital Escuela, Tegucigalpa.

Dirigir correspondencia a: njanethsandoval@yahoo.com

aisló el hongo de lesiones de pitiriasis versicolor y lo llamó *Microsporum furfur*. Gordon aisló y caracterizó el organismo *M. furfur* y la denominó *Pityrosporum orbiculare*. Por muchos años se consideró que la PV era causada por dermatofitos, pero Baillon en 1889, determinó la naturaleza del organismo como una levadura, llamándola *Malassezia*; Sabouraud enfatizó en la morfología de la misma y sugirió el nombre *Pityrosporum malassezia*, de esta manera se podía diferenciar de los dermatofitos. Castellani y Chalmers cultivaron el microorganismo en 1913, llamándolo *Pityrosporum ovale*. Desde su descripción, la taxonomía del agente causal de la PV ha sido motivo de controversia; recientemente se modificó y en la actualidad se reconocen los términos de *Pityrosporum* y *Malassezia* como sinónimos, dejándose este último como el más adecuado. Se incluyen 7 especies: *M. furfur*, la cual se ha considerado tradicionalmente como el agente causal, recientemente se ha aislado *M. globos* y asociado a *M. sympodialis* en una tercera parte de los casos, son más raras *M. pachydermatis*, *M. restricta*, *M. slooffiae* y *M. obtusa*. La *Malassezia* pertenece al orden Malasseziales, clase Ustilaginomicetos y género Basidiomicota.^{1, 2, 3}

Etiología y Patogenia

La levadura ha sido cultivada de la piel de pacientes con PV, pero se ha aislado hasta en el 90 a 100% de las áreas seboreicas (piel del cabello, área central de cara y tronco, axilas e ingle) en la población normal,⁴ por lo tanto es un saprofito normal de los humanos, que bajo ciertas condiciones, exógenas o endógenas, el hongo se puede convertir de la forma de levadura no patógena a la forma micelial patógena; esta alteración resulta en inflamación leve de la piel con cambios clínicos e histológicos característicos.⁵

Epidemiología

Los requerimientos lipídicos de la *Malassezia* son elevados, por lo que no se encuentran con facilidad en niños

pequeños ni en ancianos, encontrándose por el contrario en edades donde la producción de sebo es elevada, entre los 15-35 años.⁶ Factores endógenos favorecen la enfermedad, como predisposición genética, malnutrición, uso de anticonceptivos orales, esteroides sistémicos o inmunosupresores y la hiperhidrosis; además de factores exógenos, como el calor y la humedad, por lo que es común en lugares de clima templado, sobre todo en verano. Las lesiones se localizan en sitios anatómicos cubiertos con ropa, sugiriendo que el aumento de temperatura y humedad tienen relación con la patología, así como la aplicación de lociones o cremas. La higiene y el hacinamiento no tienen nada que ver con la enfermedad.² Algunos estudios revelan que es prevalente en pacientes inmunosupresos, sobre todo en los pacientes con el virus de inmunodeficiencia humana. Es más frecuente en hombres, según algunos estudios, pero otros estudios demuestran lo contrario.⁷ En general el género no influye en el desarrollo de la enfermedad. No se ha demostrado transmisión entre humanos, lo que señala que los factores predisponentes propios de cada individuo son fundamentales en el desarrollo de la dermatosis.

Características Clínicas

Las infecciones cutáneas por *Malassezia* pueden presentar tres formas clínicas: 1. PV escamosa 2. Foliculitis y 3. PV inversa. La presentación más común es la escamosa con máculas hipopigmentadas o PV alba; máculas hiperpigmentadas, rojo parduzco o café (PV negra),⁸ encontradas en áreas características del cuerpo, por ejemplo el tórax, la espalda, el abdomen y áreas proximales de extremidades. (Figura No. 1). Áreas de presentación menos comunes incluyen, la cara, el cuero cabelludo, áreas de flexión y área distal de las extremidades.⁹ (Figura No. 2)

Son características las escamas, las cuales pueden ser evidentes solo en el borde de la mácula y pueden obtenerse



Figura No. 1. Pityriasis versicolor. Máculas hipopigmentadas confluentes en tórax y espalda.

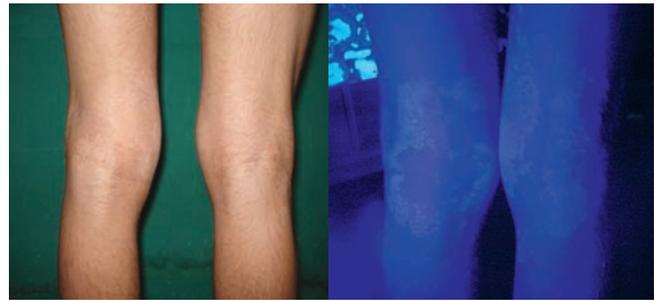


Figura No. 2. Pityriasis versicolor. Localización atípica, la fluorescencia amarillo verdoso de las lesiones bajo la luz de Wood confirma el diagnóstico.

realizando un raspado suave sobre la piel afectada, con una cureta, baja lenguas o simplemente con la uña (signo de Besnier).¹ Las máculas pueden ser ovaladas o redondas, a veces hay pápulas.² El prurito es leve o ausente. Los pacientes consultan por el temor a que sea vitíligo en caso de lesiones hipopigmentadas, por el aspecto cosmético o por la falla del bronceado, se ha hecho la hipótesis que las levaduras filtran los rayos solares interfiriendo de esta manera con el bronceado normal, pero las áreas hipopigmentadas son observadas en zonas expuestas y no expuestas al sol. Por otro lado los metabolitos de *M. furfur* como el ácido acético y el ácido dicarboxílico, causan la despigmentación mediante la acción de la tirosinasa, causando daño a los melanocitos. Las lesiones hipopigmentadas persisten por meses incluso años, después del tratamiento adecuado, por el daño a los melanocitos durante tiempo prolongado,¹ lo cual produce angustia al paciente y familiares y la indicación por parte del médico de tratamientos prolongados innecesarios.

En la foliculitis por *Malassezia*, las lesiones aparecen típicamente en la espalda, tórax y ocasionalmente en las extremidades. El prurito es moderado. La lesión primaria es una pápula o pústula de 2-3 mm, perifolicular y eritematosa. Su diagnóstico puede realizarse solamente con exámenes de KOH y cultivo, para diferenciarlo de una foliculitis bacteriana, a veces es necesaria la biopsia con tinciones especiales.¹

Las lesiones de PV inversa son encontradas predominantemente en áreas de flexión, por la localización puede ser confundida con dermatitis seborreica, psoriasis, eritrasma, candidiasis e infecciones por dermatofitos. Rara vez *M. furfur* puede producir infecciones extracutáneas. Cada variante cutánea tiene una igual distribución por sexo, con picos ele-

vados en verano que es cuando aumenta el calor y la humedad, por lo que es más frecuente en climas tropicales.³

Hallazgos de Laboratorio

Para la identificación de las diferentes levaduras de *Malassezia* se deben obtener escamas a través de un raspado sobre las lesiones, se colocan en un portaobjeto de vidrio y luego se aplica KOH (Hidróxido de Potasio) al 10-15%, debe esperarse de 15-20 minutos para poder ver el hongo en el microscopio; en vez de usar KOH puede utilizarse la solución Alberto, compuesta por 0.15g de azul de toluidina, 0.2g de malaquita, 1ml de ácido acético, 2ml de etanol al 95% y 110 ml² de agua destilada.¹⁰ De modo alternativo puede usarse otra técnica (Padilla-Gocalves) que consiste en tomar las escamas de las lesiones con una cinta adhesiva transparente (Scotch tape test), el tape es montado en un portaobjetos con azul de metileno, tiñendo de este modo al microorganismo de manera selectiva.^{1,6} Con cualquier método se observan acúmulos o racimos de esporas gemantes unipolares ovoides, esféricas o alargadas y filamentos fragmentados, cortos de 2 a 4 micras, ambos elementos pueden presentarse en forma independiente, cuando están juntos dan la imagen típica de “albóndigas y espagueti”.¹ (Figura No. 3).

M. pachydermatitis crece en medios de cultivo convencionales, el resto de las especies tienen requerimientos absolutos de lípidos por lo que se debe agregar al medio de cultivo ácidos grasos (aceite de oliva, lanolina estéril, colesterol o ésteres de colesterol) para facilitar el crecimiento de esta levadura lipofílica.^{1,6} Además se colocan antibióticos como

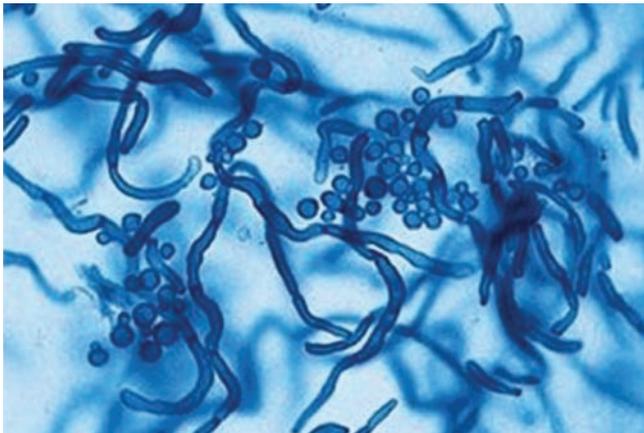


Figura No. 3. Pitiriasis versicolor. Microfotografía de estudio en fresco de las escamas con KOH, se observan hifas y levaduras con imagen en “albóndigas y espaguetis”

Penicilina, Estreptomina o Cicloheximida para reducir el crecimiento de microorganismos contaminantes.

Diagnóstico

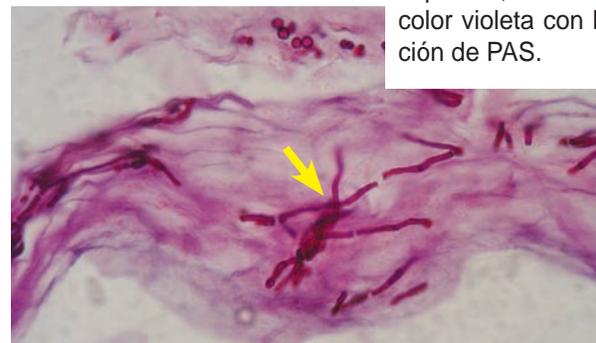
La apariencia clínica es usualmente característica, por lo que el diagnóstico es relativamente fácil. El examen con la lámpara de Wood muestra fluorescencia brillante amarillo verdoso de la piel lesionada, aunque no es posible demostrar la viabilidad del hongo (Figura No. 2). El examen de KOH es confirmatorio. El cultivo nos permite clasificar las diferentes especies de *Malassezia*.

El estudio histopatológico sólo se hace en casos especiales, el microorganismo se observa en el estrato córneo en forma de levaduras ovoides de 3.5 x 4.5µm, e hifas septadas.^{11,12} Las levaduras e hifas pueden ser observadas con hematoxilina y eosina, la tinción con PAS (ácido periódico de Schif) es confirmatoria (Figura No. 4). Usualmente no hay infiltrado dérmico y no se observa diferencia entre las áreas hipopigmentadas y la piel no lesionada en cuanto al número y distribución de los melanocitos, pero si hay disminución en el número de melanosomas en el estrato espinoso.

El diagnóstico diferencial clínico incluye: cloasma, tiña del cuerpo, eritrasma, pinta, pitiriasis alba, papilomatosis



Figura No 4. Pitiriasis versicolor. Microfotografías que muestran en la epidermis levaduras e hifas en el estrato córneo. (Flecha) Imagen de abajo corresponde a acercamiento del estrato córneo donde se observa las hifas septadas, se tiñen de color violeta con la tinción de PAS.



reticulada confluyente de Gougerot y Carteaud, pitiriasis rosada, candidiasis diseminada, dermatitis seborreica, sífilis secundaria y vitiligo, esta última genera mucha preocupación en los pacientes y familiares.⁸

Tratamiento y Pronóstico

Múltiples productos tópicos y vía oral son utilizados para tratar la PV, con muy buenos resultados. Ya que la conversión de las levaduras de *Malassezia* a la forma de micelio tiene mucho que ver con los factores endógenos, la recurrencia es común, y los médicos recomiendan el tratamiento profiláctico para los que tienen mayor riesgo.

Tratamiento tópico

Agentes antimicóticos no específicos

Son los más antiguos y no tienen actividad directa contra el hongo. Ellos actúan removiendo el tejido muerto infectado física o químicamente en el estrato córneo.

- Sulfuro de selenio: disponible en loción al 2.5%, crema o Shampoo, esta última presentación es la más utilizada. Puede aplicarse en todo el cuerpo o sólo en las áreas afectadas dejándolo por 10 minutos y luego lavándolo, repitiéndose diariamente por dos semanas, luego se aplica 1 ó 2 veces al mes para prevenir las recurrencias. Algunos pacientes se quejan por su mal olor.¹³
- Propilen glicol: agente queratolítico, usado con efectividad en el tratamiento.²
- Ungüento whitfield: contiene ácido benzoico (con acción fungistática), ácido salicílico [queratolítico].²
- Sulfuro y ácido salicílico: muchos estudios han reportado la efectividad de la combinación de estos agentes en el tratamiento de la pitiriasis versicolor.¹⁴
- Otros agentes utilizados incluyen yodo povidone, peróxido de benzoilo y tretinoína en crema.²

Agentes antimicóticos específicos

- Pitirionato de Zinc: eficaz en shampoo al 1%, es usado durante dos semanas.^{15,16}
- Tolciclato: como el tonaftato, este es miembro del grupo de los tiocarbamatos. El mecanismo de acción es bloquear la biosíntesis de esterol inhibiendo la epoxidasa. Se encuentra en loción o crema al 1%, muy buena efectividad contra la *Malassezia*.²
- Ciclopirox: existe en crema al 1%, su efectividad es sustentada por varios estudios.¹⁷
- Azoles: tienen efecto fungistático, inhibiendo la biosíntesis de ergosterol e interrumpiendo la formación de las membranas de los hongos.³

- Bifonazol: puede producir cambios irreversibles en la *Malassezia*, vistos en el microscopio. Se encuentra en crema, spray, solución, gel, talco y shampoo al 1%. En algunos pacientes es suficiente una sola aplicación con mayor efectividad si se usa durante 3 días.²
- Clotrimazol: estudios comparativos demuestran su efectividad, en crema al 1%. (Ref. 2)
- Fluconazol en shampoo al 2%: es un triazol, se encuentra efectivo con 5 días de tratamiento.²
- Ketoconazol: en crema, shampoo o gel al 2%, efectivo con un día de tratamiento.¹⁸
- Miconazol y econazol: son fenilimidazol sintéticos. Nitrato de miconazol en crema al 2% se aplica bid durante 2 semanas. Nitrato de econazol en solución 1%, crema o shampoo una vez al día.²
- Sertaconazol: se aplica en crema al 2% bid por 4 semanas.²
- Sulconazol: un estudio sugiere el uso de este medicamento en crema al 1%. (Ref. 2)
- Tioconazol: loción o solución al 1%, también es efectivo.
- Terbinafina: es fungicida, se encuentra en solución, gel o crema al 1% aplicado bid por una semana con buena efectividad con tasas de curación de más del 80%, a diferencia de la vía oral el cual no está indicado.¹⁹

Tratamiento sistémico

La terapia tópica es ideal para esta patología, pero el tratamiento sistémico puede ser necesario para pacientes con áreas extensas de la enfermedad, recurrencias frecuentes o fallo en el tratamiento tópico o simplemente que el paciente prefiera la terapia oral.³

- La griseofulvina y la terbinafina no son efectivas.
- Ketoconazol: es el primer azol oral efectivo contra pitiriasis versicolor, la dosis es de 200 mg diarios durante 5 días a 2 semanas según la extensión de la dermatosis, incluso dosis de 400 mg únicas puede ser efectivo.²⁰
- Itraconazol: la absorción del mismo se aumenta cuando se toma con las comidas, la dosis efectiva es de 200 mg/d durante 5-7 días.²¹
- Fluconazol: dosis de 150-300 mg semanales durante 4 semanas, o una dosis de 300 mg y repetir en 2 semanas, dosis única de 400 mg con tasas de curación hasta del 98%. (Ref 22)

Tratamiento profiláctico

La pitiriasis versicolor es de fácil manejo, lo importante

es que el paciente tenga claro que factores endógenos son predisponentes para el desarrollo de la enfermedad y su recurrencia, especialmente en individuos predispuestos. Como medida profiláctica se puede utilizar ketoconazol 400mg mensual o 200 mg tres días consecutivos mensualmente.²³ Debe darse seguimiento a estos pacientes durante un año. También está indicado el itraconazol 400mg mensual por 6 meses.

PUNTOS A RECORDAR:

- La pitiriasis versicolor, también conocida como tiña o tinea versicolor, es una dermatosis micótica superficial, muy común en nuestro medio.
- Clínicamente se caracteriza por afectar principalmente tronco y hombros y presencia de manchas hipopigmentadas, café, marrón o rosadas, cubiertas con descamación fina.
- Los pacientes consultan por el temor a que la dermatosis sea vitíligo.
- El examen con la lámpara de Wood o el examen de KOH son confirmatorios.
- Múltiples productos tópicos y vía oral son utilizados para tratarla, con muy buenos resultados

REFERENCIAS

1. Arenas R. Micología Médica. 2da Ed. México. McGraw Hill Interamericana México. 2004:83-89.
2. Gupta AK, Bluhm R and Summerbell R. Pityriasis versicolor. *J EADV* 2002; 16:19-13.
3. Klenk A, Martin A and Heffernan M. Yeast infections: candidiasis, pityriasis (Tinea) versicolor. In Freedberg IM, Eisen AZ, Wolff K, Austen KF, Goldsmith LA, Katz SI, Fitzpatrick TB. *Dermatology in general medicine* 6th Ed. United States of America. McGraw Hill, 2003: 2014-2017.
4. Smith BL, Kestenblatt EK, Weinberg. Areolar and periareolar pityriasis versicolor. *J EADV* 2004;18:736-748.
5. Aspiroz C, Ara M, Varea M, Rezusta A and Rubio C. Isolation of *Malassezia globosa* and *M. sympodialis* from patients with pityriasis versicolor in Spain. *Mycopathologia* 2001; 154: 111-117.
6. Rogers C, Cook T, Glaser A. Diagnosing tinea versicolor: don't scrape just tape. *Pediatric Dermatology* 2000; 17(1): 68-69.
7. Faergemann J. Tinea versicolor and *Pityrosporum orbiculare*: mycological investigations, experimental infections and epidemiological surveys. *Acta Derm Venereol* 1979; 86(Suppl):1-23.
8. Morishita N and Sei Y. Microreview of pityriasis versicolor and *Malassezia* species. *Mycopathologia* 2006; 162:373-376.
9. Aljabre SMH. Intertriginous lesions in pityriasis versicolor. *J EADV* 2003; 17:659-662.
10. Payle B, Serrano L, Bielely HC *et al.* Albert's solution versus potassium hydroxide solution in the diagnosis of tinea versicolor. *Int J Dermatol* 1994; 33:182-183.
11. Janaki C, Sentamilselvi G, Boopalraj JM. Unusual observations in the histology of pityriasis versicolor. *Mycopathologia* 1997;139:71-74.
12. Miranda FR and Silva A. New uses of vinyl tape for reliable collection and diagnosis of common superficial mycoses. *SKINmed* 2003; 2:156-158.
13. Desruelles F, Gari-Toussaint M, Lacour JP *et al.* Tinea versicolor mimicking pityriasis rotunda. *Int J Dermatol* 1999; 38:948-949.
14. Bamford J T. Treatment of tinea versicolor with sulfur-salicylic shampoo. *J Am Acad Dermatol* 1983; 8:211-213.
15. Borelli D. Pityriasis versicolor due to *Malassezia ovalis*. *Mycopathologia* 1985; 89:147-153.
16. Faergemann J, Fredriksson T. An open trial of the effect of a zinc pyrithione shampoo in tinea versicolor. *Cutis* 1980; 25:668-669.
17. Goodman Gilman A, Goodman LS, Gilman A. *The pharmacological Basis of Therapeutics*, 6th edn. Macmillan Publishing Co., New York, 1980.
18. Strippoli V, Piacentini A, Auria D and Simonetti N. Antifungal activity of ketoconazol and other azoles against *Malassezia furfur* in vitro and in vivo. *MMV* 1997; No 5 41-44.
19. del Palacio Hernandez A, López Gómez S, Iglesias Dias L. A Clinical and mycological assessment of tioconazole solution in the treatment of superficial dermatomycoses. *Clin Ther* 1987; 9:333-338.
20. Savin RC. Systemic ketoconazole in tinea versicolor: a double-blind evaluation and 1- year follow-up. *J Am Acad Dermatol* 1984; 10:824-830.
21. Gupta A, Ryder J, Chow M and Cooper E. Dermatophytosis: The Management of fungal infections. *SKINmed*. 2005; 4: 305-310.
22. Amer MA and the Egyptian Fluconazole Study Group. Fluconazole in the treatment of tinea versicolor. *Int J Dermatol* 1997; 36: 938-946.
23. Faergemann J, Djarv L. Tinea versicolor: treatment and prophylaxis with ketoconazole. *Cutis* 1982; 30: 542-550.

Primer Consenso Latinoamericano y declaración de México para el trastorno de déficit de atención e hiperactividad en Latinoamérica

Eduardo Barragán Pérez Francisco de la Peña†*

POR QUÉ UN CONSENSO LATINOAMERICANO DE TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN E HIPERACTIVIDAD (TDAH) ?

El Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH) es un trastorno neuropsiquiátrico de origen biológico y con componentes psico-sociales que afectan su presentación, frecuente en la infancia y adolescencia, se presenta cerca del 7% de la población de niños en latinoamericana. Durante los últimos años, gran cantidad de evidencia ha favorecido su reconocimiento como entidad médica, estableciendo nuevas estrategias de diagnóstico y tratamiento así como la persistencia en un alto porcentaje hasta la vida adulta. Las diferencias sociales, culturales, genéticas y étnicas en las diferentes regiones han marcado procesos diagnósticos y terapéuticos en diferentes partes del mundo. Debido a lo anterior, un grupo de expertos se ha propuesto unir esfuerzos y experiencias para describir las dimensiones epidemiológicas, diagnósticas y de tratamiento en poblaciones latinoamericanas.

Un grupo de investigadores latinoamericanos estudiosos del Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH) se reunió en México el 17 y 18 junio del 2007 para intercambiar el conocimiento y la experiencia generada en los países Latinoamericanos acerca del TDAH. El

Consenso fue organizado por el Grupo de Expertos Nacionales para el Estudio del Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad Asociación Civil, (GENPETDAH, A.C.) de México bajo la coordinación general de los Drs. Eduardo Barragán y Francisco de la Peña. En el marco de este foro, un grupo de 130 expertos latinoamericanos compartió el conocimiento científico obtenido en la región, exponiendo las características de nuestros pacientes, su respuesta y evolución a los diferentes tratamientos y las comorbilidades que se observan con mayor frecuencia, así como el impacto social que se genera en nuestras comunidades. Se generaron estrategias en materia de diagnóstico, tratamiento e investigación que impactan sobre las medidas legales, médico-sociales, educativas y de investigación en la región. Un año antes los especialistas iniciaron el trabajo de revisión científico y publicaron en el suplemento 3 de la revista "Psiquiatría" (Órgano Oficial de Difusión de la Asociación Psiquiátrica Mexicana A. C.) 14 artículos originales que fueron la plataforma de trabajo en el Consenso. Durante el evento se recopiló y discutió la información basada en evidencia médica formulando un documento de trabajo, el cual ha sido publicado parcialmente y será publicado en extenso posteriormente.

Esta experiencia única ha permitido reforzar el conocimiento de la comunidad médica latinoamericana y además ha favorecido una declaración internacional sobre los derechos de los niños y adolescentes con TDAH, lo cual apoya las estrategias en materia de salud pública y educación en cada uno de nuestros países. Como resultado del Consenso, se generó la Declaración sobre el TDAH en Latinoamérica presentada en el presente reporte.

* Neurólogo Pediatra, Grupo de Expertos Nacionales para el Estudio del Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad de México (GENPETDAH, A.C).

† Psiquiatra Infantil, Grupo de Expertos Nacionales para el Estudio del Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad de México (GENPETDAH). Comité Coordinador del Primer Consenso Latinoamericano de TDAH.

Dirigir Correspondencia a: Dr. Eduardo Barragán, Neurólogo Pediatra, Hospital Infantil de México. Email: neurodoc@prodigy.net.mx

EL TDAH COMO UN TRASTORNO NEURO-BIOLÓGICO COMPLEJO CON IMPACTO EN MÚLTIPLES NIVELES

El TDAH se presenta con quejas relacionadas a la falta de atención, hiperactividad e impulsividad. Estos problemas afectan a los niños de todas las edades en todos los aspectos de sus vidas. Los niños con TDAH presentan dos conjuntos de seis o más síntomas que a) son evidentes antes de los siete años de edad, b) causan deterioro en al menos dos situaciones (por ejemplo, la familia, escuela, relaciones sociales), c) presentan inadaptación y no concuerdan con su nivel de desarrollo y no son causadas directamente por otras condiciones (depresión y ansiedad, entre otros).

Dependiendo del tipo y número de síntomas de falta de atención e hiperactividad presentes, un niño puede ser clasificado en tres subtipos de TDAH: **hiperactivo-impulsivo, inatento y tipo combinado**.

Para recibir el diagnóstico de **tipo hiperactivo-impulsivo** un niño debe mostrar seis o más de los siguientes síntomas, persistentes durante al menos seis meses:

- Juega con las manos o pies, o se mueve continuamente en una silla
- Tiene dificultades para permanecer sentado
- Corre o se mueve en forma excesiva en situaciones inapropiadas
- Presenta dificultades para jugar o comprometerse en actividades tranquilas
- Está en permanente movimiento o actúa como si fuese accionado por un motor
- Habla demasiado, lanza las respuestas antes que se hayan formulado completamente las preguntas.
- Tiene dificultades para esperar su turno,
- Interrumpe o molesta a otras personas.

Para recibir un diagnóstico del **tipo de falta de atención**, un niño debe mostrar seis o más de los siguientes síntomas durante al menos 6 meses:

- No logra enfocar la atención a los detalles o comete errores debido a falta de cuidado.
- Tiene dificultades en mantener su atención en las actividades relacionada con tareas o juegos.
- Con frecuencia parece no escuchar cuando se le está

hablando

- No sigue las instrucciones que se le dan
- Tiene dificultades para organizar las tareas y actividades
- Evita, no le agrada o no tiene ganas de comprometerse en tareas que requieren de un esfuerzo continuo.
- Pierde cosas que son necesarias para sus tareas o actividades
- Se distrae con facilidad
- Se olvida de sus actividades diarias.

Para recibir el diagnóstico de **tipo combinado**, un niño debe presentar seis síntomas, combinando síntomas de los dos grupos anteriores.

El TDAH es un trastorno neuro-psiquiátrico con herencia compleja, con múltiples genes asociados que junto a factores ambientales, determinan la expresión del trastorno. La hipótesis principal que se ha manejado como causa del TDAH es la disfunción del sistema de catecolaminas cerebrales (dopamina y norepinefrina). Existen evidencias tanto genéticas como ambientales en las cuales pueden estar involucradas las diferencias propuestas entre la anatomía cerebral (tamaño menor en regiones dopaminérgicas específicas) y genotípicas (presencia de genes para alelos específicos de dopamina).

El TDAH es frecuentemente acompañado de varias anomalías conductuales. Si bien el factor de riesgo más importante para la aparición de TDAH es el genético, se han encontrado componentes ambientales, como el tipo de dieta y aditivos de los alimentos, la contaminación por plomo, alcoholismo y el tabaquismo maternos durante la gestación, las complicaciones del parto, bajo peso al nacer y la prematuridad. La búsqueda de factores ambientales que contribuyen al desarrollo de TDAH ha identificado numerosos aspectos psicosociales, incluyendo disfunción familiar, status socioeconómico bajo y privación ambiental, violencia, estrés y depresión.

La comorbilidad del TDAH con otros padecimientos psiquiátricos es más la regla que la excepción, se presenta con trastornos del aprendizaje, ansiedad, depresión y otros. La falla en el funcionamiento es el indicador de la severidad en el TDAH. No existe evidencia científica absoluta para establecer que la edad de inicio para el TDAH deberá ser considerada sólo si comienza antes de los 7 años, siendo



Figura No. 1. Mesa de inauguración del Consenso presidida por el Dr. Francisco de La Peña (al micrófono) y el Dr. Eduardo Barragán (tercero de izquierda a derecha.), acompañados por autoridades de varias instituciones de salud de México.

más adecuado considerar su inicio en la infancia o adolescencia. El diagnóstico es clínico, los marcadores biológicos como EEG, estudios de neuroimagen o pruebas neuropsicológicas, no son definitivos ni necesarios, se debe buscar además activamente la presencia de comorbilidades. El diagnóstico es válido en población adulta siendo necesaria la presencia de síntomas desde la infancia y la adolescencia.

Debe considerarse el importante impacto psicosocial del TDAH especialmente en la vida escolar, familiar y con los pares. Además de los síntomas principales, los niños y adultos con TDAH suelen mostrar baja tolerancia a la frustración, crisis explosivas, actitudes obstinadas y demandantes, cambios emocionales bruscos, pobre autoestima y rechazo de los que les rodean. Se les considera flojos, irresponsables y culpables de conductas que no están bajo su control. Los niños hiperactivos obtienen calificaciones más bajas, reprobaban más y sufren más problemas de aprendizaje que sus compañeros de inteligencia similar, sobre todo cuando no reciben los apoyos oportunos. Los problemas en el funcionamiento de los pacientes con TDAH se manifiestan en forma diversa en cada etapa de la vida. Se ha visto que a los niños en etapa preescolar se les da más órdenes y se les critica y castiga más que a sus pares. Estos niños tienden a ser más agresivos, destructivos

y dominantes. Cuando se emplean castigos duros y críticas constantes sin promover el trato positivo, estos niños pueden empeorar su comportamiento y desarrollar problemas sociales.

En la etapa escolar, debido a su dificultad para mantener la atención, presentan problemas de aprendizaje y bajo rendimiento a pesar de contar con inteligencia normal. Esto se complica cuando por su hiperactividad e impulsividad trastornan el ambiente del salón de clases, lo cual irrita a los maestros y compañeros. Todo esto puede generar suspensiones, expulsiones y deserción escolar. Como consecuencia, baja su autoestima y sufre la relación entre padres e hijos. En la adolescencia, además de los problemas en la escuela, pueden ocurrir otros relacionados con la impulsividad y la búsqueda de satisfacciones inmediatas. Por eso tienden a desarrollar una vida sexual precoz con riesgo de embarazo y enfermedades, a experimentar con drogas y a exponerse a experiencias que ponen en peligro su vida y a presentar conductas autoagresivas cuando se sienten frustrados.

Los adultos con TDAH tienden a ser menos estables en sus relaciones interpersonales, lo cual propicia cambios de pareja y de trabajo. Sus accidentes de tránsito son más frecuentes que en la población general. Esto también afecta

la dinámica familiar y tiene repercusión en la crianza de los hijos. El manejo integral con farmacoterapia y psicoterapia y terapia conductual puede ayudar a los pacientes a alcanzar una buena calidad de vida y un mejor desarrollo personal.

MARCO JURÍDICO Y POLÍTICAS PÚBLICAS EN LATINOAMÉRICA EN RELACIÓN AL TDAH

La figura jurídica de los niños y adolescentes (en adelante “niños”) en la legislación Latinoamericana fue un logro obtenido a finales del siglo XX. Con el advenimiento de organismos internacionales como la Asamblea General de las Naciones Unidas y el Fondo Internacional de Ayuda a la Infancia “UNICEF” (1947), así como la “Declaración Universal de los Derechos Humanos” (1948), la “Declaración de los Derechos del Niño” (1959) y posteriormente con la participación activa de los niños, nace la “Convención Internacional de los Derechos de los Niños” (1989), donde se comienza a legislar a favor de “esta población altamente vulnerable”.

El Estado tiene la obligación de garantizar la “igual consideración y respeto” hacia todos los niños, a fin de proporcionar protección a sus derechos, lo que exigirá implementar leyes con el objetivo de asegurar la igualdad de oportunidades al acceso y ejercicio de sus derechos. Es prioritario se consideren políticas públicas que incluyan promoción, investigación, prevención, tratamiento oportuno y eficaz de las patologías neurológica y psiquiátricas infanto-juveniles. Lo anterior significa generar servicios especiales para niños vulnerados en sus derechos o en riesgo de estarlo y desarrollar programas y acciones dirigidos a equiparar condiciones básicas para acceder en igualdad de condiciones a las oportunidades de desarrollo.

Con el Derecho de “Educación para Todos”, que enarbolaba el principio de Educación Inclusiva, se ha logrado un avance significativo en la no discriminación hacia los menores con discapacidad o con TDAH. En este contexto, se entiende que existe responsabilidad compartida de los padres y el Estado sobre el cuidado de los niños. El TDAH como problema de salud pública, debe ser considerado, dentro de los programas prioritarios, en las políticas de salud y educación de los Estados, ya que la evidencia ha demostrado que la intervención temprana e interdiscipli-

na es decisiva para su evolución y pronóstico. En Latinoamérica ya existe una base jurídica en torno a la protección de los derechos del niño, por lo cual es imperativa su aplicación en la atención de los problemas de salud mental infanto-juvenil, entre ellos el TDAH, diseñando políticas de salud y de educación adecuadas en cada país.

METODOLOGÍA DEL I CONSENSO LATINOAMERICANO DE TDAH

A) Recopilación de información

La metodología comprendió la formación de mesas de trabajo con expertos latinoamericanos que durante una fase de seis meses revisaron la literatura médica y formularon un resumen que fué el documento de trabajo para iniciar la discusión en el Consenso. La inclusión para las mesas de trabajo fue por invitación directa de GENPETDAH, A.C., basados en la experiencia de cada uno de los profesores y su nivel de avance académico; así como de su compromiso en instituciones de salud. Previo al Consenso, se distribuyeron los resúmenes de todas las mesas a cada uno de los participantes para que tuviesen la oportunidad de evaluar la información que generó el grupo y pudiesen verter comentarios específicos durante la sesión plenaria.

B) Mesas de Trabajo y Discusión en el Consenso Latinoamericano

Durante dos días, las diferentes mesas de trabajo iniciaron la discusión sobre el documento de trabajo previamente formulado, para obtener un documento final que reflejé:

- 1.1 La información científica actual sobre el tópico específico de las 14 mesas de trabajo nombradas.
- 1.2 Recomendaciones o propuestas basadas en la información científica y complementada con la experiencia generada en países latinoamericanos.
- 1.3 Propuestas específicas para implementar en los países latinoamericanos.
- 1.4 Propuestas de trabajos científicos multidisciplinarios/multinacionales para iniciar la generación de información propia.

A la luz de la información científica recabada y de la experiencia de los profesores se produjo un documento final que contiene propuestas de aplicación, seguimiento y de estudios de investigación (publicado por separado). Los

resultados obtenidos por las mesas, así como las propuestas de implementación de acciones y de estudios fueron expuestos al resto de los integrantes del consenso en una sesión conjunta, en la cual se pudo retroalimentar a los participantes de cada una de las mesas de trabajo con comentarios del resto de profesores. La presentación estuvo a cargo por el coordinador y un integrante designado por la mesa.

Las mesas de trabajo y sus coordinadores fueron: 1) Diagnóstico y Clasificación del Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad. Nueva Taxonomía Dr. Francisco de la Peña (México) y Dr. Ricardo García (Chile); 2) Etiología del TDAH Dr. Hugo Ceja Moreno (México) y Dr. Joaquín Peña (Venezuela); 3) Clinimetría del TDAH Dra. Rosa Elena Ulloa (México) y Dra. Norma Taddey (Argentina); 4) Tratamiento farmacológico. Efectos secundarios y colaterales Dr. Jesús Gómez Plasencia (México), Dra. Diana Molina (México) y Dr. Carlos Alonso Rivera (México); 5) Rehabilitación Neuropsicológica Dra. Patricia Cervera (México) y Aurora Jaimes (México); 6) Tratamientos alternativos Dr. Juan Hernández Aguilar (México) y Dr. Andrés Valderrama Pedroza (México), 7) Comorbilidades del TDAH (Dra. Matilde Ruiz García (México) y Dra. Andrea Abadi (Argentina)); 8) Algoritmo de tratamiento farmacológico en pre-escolares con TDAH Dr. Saúl Garza Morales (México) y Dr. Sergio Muñoz (México), 9) Algoritmo de tratamiento farmacológico en escolares con TDAH Dr. Jesús del Bosque (México), Dra. Marcela Larraguibel (Chile) y José Luis Vázquez (México); 10) Algoritmo de tratamiento farmacológico en adolescentes con TDAH Dr. Lino Palacios (México) y Dr. Alfredo Suárez (México); 11) Algoritmo de tratamiento farmacológico en adultos con TDAH Dra. Silvia Ortiz (México) y Dra. Alicia Lischiki (Argentina), 12) Impacto Social Dr. Juan Manuel Saucedo (México) y Dra. Gabriela Garrido (Uruguay), 13) Epilepsia y TDAH. EEG en TDAH Dr. Eduardo Barragán (México) y Dra. Reyna Durón (Honduras); 14) Legalidad y aspectos escolares del TDAH en Latinoamérica Dr. Jorge Luis Ponce Carmona (México) y Dra. Ana Valdez (Chile).

C) Estrategias post-consenso

Conscientes de la importancia de la difusión oportuna de los resultados del Consenso, se planificó realizar las siguientes acciones como parte del seguimiento:

1.1 Generar un resumen del consenso, que contendrá

las conclusiones más importantes de cada una de las mesas, que será entregado durante el congreso latinoamericano de TDAH, con la finalidad de que cada uno de los participantes pueda obtener el material final y difundirlo en sus países.

- 1.2 Generar la declaración latinoamericana del TDAH, que fue firmada por cada uno de los participantes en el Consenso. Este material fue entregado a uno de los delegados de cada país, intentando generar un documento que ayude a la implementación en materia legal, educativa y social en pro de la atención de los pacientes con TDAH en América Latina.
- 1.3 Se generarán artículos de publicación internacional para difundir los resultados del consenso latinoamericano de TDAH.
- 1.4 Se realizará un libro de difusión mundial que conlleve toda la experiencia generada por el 1er. Consenso latinoamericano de TDAH, integrada por todos los participantes del consenso.
- 1.5 Se plantearán diferentes formas de seguimiento del impacto de las conclusiones del consenso para ser discutidas en el 2do. Congreso latinoamericano de TDAH a llevarse a cabo en Septiembre del 2008 en Mendoza, Argentina.

DECLARACIÓN DE MEXICO PARA EL TDAH EN LATINOAMERICA

Ciudad de México, 18 de Junio del 2007

Por convocatoria del Grupo de Expertos Nacionales para el Estudio del Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (GENPETDAH, A.C.) de México, se reunieron especialistas en neurología, psiquiatría y psicología de 19 países latinoamericanos; en el 1er Consenso Latinoamericano de Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH), realizado en la ciudad de México el 17 y 18 junio del 2007 quienes, y unánimemente declaramos que:

1. El TDAH es un problema de salud neuropsiquiátrica, de origen biológico con un componente genético, científicamente reconocido a nivel mundial el cual tiene implicaciones severas en el funcionamiento familiar, escolar, laboral y socioeconómico de los individuos que lo padecen.

2. La incidencia promedio mundial del TDAH es del 5%. En Latinoamérica; existen al menos 36 millones de personas con TDAH y únicamente cerca del 10% reciben un tratamiento multidisciplinario adecuado.
3. Se manifiesta desde la infancia y a lo largo de la vida con inatención, hiperactividad e impulsividad excesiva e inadecuada para la edad. Estos síntomas no son causados por factores sociales, económicos, educativos o de ambiente familiar, aunque el ambiente tiene un papel modulador en su expresión.
4. El diagnóstico lo realiza el médico, sustentado en bases clínicas. Debe ser temprano y oportuno. Para establecerlo, no se requieren pruebas de laboratorio o gabinete. El diagnóstico y tratamiento deben estar acordes a la realidad socioeconómica y cultural de quien vive en cada uno de los países latinoamericanos.
5. Es indispensable asegurar la atención médica del niño, el adolescente o adulto con TDAH con o sin comorbilidad y ofrecer un tratamiento interdisciplinario; así como un seguimiento y vigilancia adecuada.
6. El tratamiento interdisciplinario del TDAH debe ser individualizado e incluye medidas de tipo psicosocial, educativas y farmacológicas; las cuales en conjunto constituyen la piedra angular del mismo.
7. El tratamiento farmacológico debe ser indicado y vigilado exclusivamente por médicos. La decisión de aceptar un tratamiento farmacológico debe ser responsabilidad compartida de los padres, el paciente y el médico. Los adolescentes y adultos deben participar activamente en su tratamiento con apoyo familiar.
8. El TDAH no tratado adecuadamente conlleva riesgos y complicaciones que ponen en peligro la integridad física y mental de niños, adolescentes y adultos.
9. El TDAH incrementa el riesgo para desarrollar accidentes, fracaso escolar, problemas de autoestima y se relaciona con mayor consumo de tabaco, alcohol y sustancias ilícitas, inestabilidad laboral y fracaso marital.
10. Los costos que implica un diagnóstico y tratamiento a largo plazo son elevados tanto para el individuo, la familia y la sociedad; los que pueden ser reducidos con un diagnóstico y tratamiento efectivos. El diagnóstico y tratamiento oportunos pueden reducir los costos a largo plazo.
11. Es necesario establecer y fortalecer la legislación que favorezca un diagnóstico y tratamiento oportuno sin discriminaciones.
12. Es necesario realizar acciones de información, difusión

actualización y capacitación sobre TDAH; tanto para los profesionales médicos, como para los psicólogos, maestros, padres y población general.

13. Se debe orientar y asesorar; sobre el trastorno y sus implicaciones en el desarrollo integral del individuo, a todos los padres cuyos hijos tengan TDAH. Se debe facilitar la atención y apoyo familiar a quien lo requiera, o en aquellos casos en los que se detecten problemas en el funcionamiento familiar. Se debe recordar lo importante que es la participación de la familia en el tratamiento y el manejo en casa del niño o adolescente con TDAH. Se debe ofrecer información actualizada a los maestros que así lo soliciten y reconocer la importancia de la participación de los educadores en el seguimiento del aprendizaje y conducta niño o adolescente con TDAH.
14. Es impostergable promover la investigación científica colaborativa internacional y local para conocer mejor el fenómeno del TDAH latinoamericano como una entidad biológica-genética.

Grupo de Expertos Nacionales para el Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad, A.C. (GENPETDAH, A.C.) & Integrantes del I Consenso Latinoamericano de TDAH.

REFERENCIAS

1. De la Peña Francisco, Rohde L, Michanie C, Linárez R, García R, Resendiz J, Mendoza A, Palacios Lino y Ulloa RE: Diagnóstico y Clasificación del Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad, *Psiquiatría*, 23(S-2):5-8, 2007.
2. Ulloa RE, Taddey N, Meza A, Padrón E, Remedi C, Barragán E, Palacios Lino y De la Peña Francisco: La Clinimetría en el Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad, *Psiquiatría*, 23(S-2):9-16, 2007.
3. Del Bosque J, Larraguibel M, Vázquez JL, Guillén S, Calderón R, San Esteban E, Arguello R, Adi J, González J, Romano M, De la Peña Francisco y Barragán E: algoritmo de Tratamiento para el Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad en Escolares, *Psiquiatría*, 23(S-2):43-45, 2007.
4. Palacios Lino, Manjarrez Luis, Patiño Rodrigo, De la Barra F, Cortijo A, Muñoz C, Vázquez R, Suárez A, Garza A, Olmos A, Llamasa G, Barragán E, Ulloa RE, Ortiz S y De la Peña Francisco: Algoritmo de Tratamiento Farmacológico para el Adolescente con Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad, *Psiquiatría*, 23(S-2):46-49, 2007.
5. Barragán Perez Eduardo, De la Peña Olvera Francisco, Ortiz León Silvia, Ruíz García Matilde, Hernández Aguilar Juan, Palacios Cruz Lino y Suárez Reynaga Alfredo: Primer consenso latinoamericano de trastorno por déficit de atención e hiperactividad, *Bol Med Hosp Infant Mex*, 64:326-343, 2007.

Derechos Humanos y Cuidados Paliativos

Lisbeth Quesada Tristán*

Dando seguimiento a las acciones adoptadas por las instituciones nacionales de protección y promoción de derechos humanos para el desarrollo y promoción de los cuidados paliativos a nivel centroamericano, se proporciona en el presente escrito un repaso a los instrumentos internacionales que constituyen la fuente normativa del derecho humano a los cuidados paliativos, una puntualización de los derechos que asisten a los enfermos en fase terminal y que son vulnerados con mayor frecuencia. Con la finalidad de explicitar el vínculo conceptual existente entre los derechos humanos y los cuidados paliativos, se considera que estos segundos constituyen en sí mismos un derecho humano derivado del derecho a la vida y del derecho a una muerte digna.

Cuando los Estados ratifican tratados o convenciones internacionales en materia de derechos humanos adquieren, las obligaciones de respetar y garantizar los compromisos adquiridos en el ámbito nacional. En otras palabras, los Estados asumen la obligación jurídica de asegurar que sus leyes, políticas y prácticas nacionales estén en armonía con los derechos humanos. Es deber de los Estados no sólo no infringir directamente los derechos reconocidos, sino también asegurar las condiciones que permitan su respeto, protección, goce y ejercicio.

Los derechos humanos son atributos inherentes a toda persona por su sola condición de serlo, sin distinción de edad, raza, sexo, nacionalidad o clase social. Por sus características, los derechos humanos son:

Universales: inherentes a todas las personas en todos los sistemas políticos, económicos y culturales.

* Defensora de los Habitantes de Costa Rica.

Dirigir correspondencia a: Dra. Lisbeth Quesada, Defensoría de los Habitantes, San José, Costa Rica.

Irrenunciables. No se pueden trasladar a otra persona ni renunciar a ellos

Integrales, interdependientes e indivisibles: se relacionan unos con otros, conformando un todo (civiles, políticos, económicos, sociales y culturales), y no se puede sacrificar un derecho por defender otro

Jurídicamente exigibles: al estar reconocidos por los Estados en la legislación internacional y nacional, se puede exigir su respeto y cumplimiento.

La Organización Mundial de la Salud ha definido los cuidados paliativos de la siguiente forma: “Son los cuidados apropiados para el paciente con una enfermedad avanzada y progresiva donde el control del dolor y otros síntomas, así como los aspectos psicosociales y espirituales cobran la mayor importancia. El objetivo de los cuidados paliativos es lograr la mejor calidad de vida posible para el paciente y su familia.

La medicina paliativa afirma la vida y considera el morir como un proceso normal. Los cuidados paliativos no adelantan ni retrasan la muerte, sino que constituyen un verdadero sistema de apoyo y soporte para el paciente y su familia”. Al hablar de cuidados paliativos no estamos hablando de ayudar a la gente a morir sino de ayudarles a vivir sus últimos momentos de la forma más digna y cómoda posible, respetando en todo momento sus derechos fundamentales.

Si bien no existe un instrumento internacional de derechos humanos específico en relación con los cuidados paliativos, en materia de protección de derechos humanos de todas las personas se aplica la doctrina internacional existente, que es jurídicamente vinculante para los Estados.

En este sentido cabe destacar las regulaciones internacionales sobre el derecho a la salud, básicamente los artículos 25 de la Declaración Universal de Derechos Humanos, 26 de la Convención Americana de Derechos Humanos, 12 del PIDESC, 10 del Protocolo Adicional a la Convención Americana de Derechos Humanos “Protocolo de San Salvador”, 24 de la Convención de los Derechos del Niño, 12 de la CEDAW, 2 de la Convención Americana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Tortura, entre otros. Asimismo se aplican las resoluciones de la Comisión de Derechos Humanos.

Por otro lado, también hay documentos que han alcanzado el consenso internacional en el ámbito de las Naciones Unidas, referidos especialmente a la Bioética, como la Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos (UNESCO, 2005) y otros temas conexos. Además, la OMS estableció que “Los gobiernos deben asegurar que se ha dedicado especial atención a las necesidades de sus ciudadanos en el alivio del dolor y los cuidados paliativos antes de legislar sobre la eutanasia” (Cancer Pain Relief, Ginebra, 1990, OMS).

En Europa, cabe mencionar la Recomendación 1418 del 25 de junio de 1999 de la Asamblea Parlamentaria del Consejo de Europa sobre Protección de los Derechos y la Dignidad de los Enfermos Terminales y Moribundos y sus antecedentes (Recomendaciones 613 y 779). En estas recomendaciones se reconoce que “Lo que quieren los enfermos terminales es principalmente morir en paz y dignidad, con el apoyo y la compañía, si es posible, de su familia y amigos”: También se hace necesario citar la Convención Europea para la Protección de los Derechos Humanos y la Dignidad del Ser Humano en relación con la Medicina.

Asimismo, algunos países han reconocido el derecho a la muerte digna como un derecho de rango constitucional, como establecen las sentencias del Tribunal Supremo de los Estados Unidos, *Washington vrs. Glucksburg y Vacco vrs. Quill*, en las cuales se sentaron las bases de la existencia de un derecho constitucional a recibir cuidados paliativos adecuados. En Europa, el Tribunal Europeo de Derechos Humanos resolvió en el caso de *Dianne Pretty vrs. el Reino Unido* que la respuesta a la eutanasia pasa por la promoción de los cuidados paliativos, esto es que una mejora en los cuidados paliativos es la forma como se puede solucionar el problema de la atención a los enfermos terminales, y no por la vía legal de una legislación permi-

siva de la eutanasia. Para ello alude a recientes estudios que han demostrado que las peticiones de eutanasia disminuyen cuando se mejora la formación de los profesionales en el tratamiento del dolor y en cuidados paliativos. En Costa Rica también cabe destacar la resolución respectiva 1915-92 de la Sala Constitucional.

La obligación de respetar y proteger la dignidad de las personas con enfermedad terminal deriva de la inviolabilidad de la dignidad humana en todas las etapas de la vida. El respeto y protección encuentra su expresión en proporcionar un medio adecuado que permita al ser humano morir con dignidad a través del tratamiento del dolor físico y de las necesidades psicológicas, sociales y espirituales. Una medicina reconocedora de la dignidad del ser humano debe comprender que sólo se ayuda a las personas en fase terminal con cuidados omnicomprendidos, que abarquen los niveles bio-psico-social y espiritual del ser.

Los cuidados paliativos deben procurar mejorar la calidad de vida del enfermo, deben luchar por conseguir el mayor bienestar posible, deben evitar problemas físicos, psicológicos, sociales y espirituales y de ser necesario, procurar que la persona en fase terminal no sufra innecesariamente el encarnizamiento terapéutico y que su voluntad será respetada para lo cual es indispensable una veraz información y comunicación.

A. Los derechos humanos más frecuentemente vulnerados en relación con los enfermos terminales

El derecho a la salud

El derecho a la salud es un derecho derivado del derecho a la vida, y la conectividad entre ellos es evidente. De manera más exacta podría decirse que el derecho a la salud es un objeto jurídico concreto del derecho a la vida; lo mismo ocurre cuando se refiere al derecho a la integridad física. El derecho a la salud tiene como propósito fundamental hacer efectivo el derecho a la vida, porque éste no protege únicamente la existencia biológica de la persona, sino también los demás aspectos que de ella se derivan. La salud ha sido definida como un estado general de bienestar físico, mental y social, no solamente ausencia de enfermedades; este derecho comprende tanto la atención a la salud individual como las condiciones de salud pública. La negación de prestar un servicio médico u hospitalario a una persona con enfermedad terminal, sea el servicio estatal o privado,

atenta contra su derecho a la salud. Por ello se debe aclarar que un acceso equitativo a los cuidados paliativos a todas las personas moribundas o en fase terminal es un derecho derivado del derecho a la salud, el cual contempla también la no denegación del tratamiento paliativo por falta de recursos económicos.

El derecho a la no discriminación

La doctrina de derechos humanos será la de la no discriminación “en razón de la raza, el color, el sexo, la lengua, la religión, la opinión política o de otro tipo el origen nacional o social, la propiedad, el nacimiento u otras condiciones”, que es un derecho fundamental. La Comisión de Derechos Humanos de las Naciones Unidas ha declarado que la expresión “en otras condiciones”, en los diversos instrumentos internacionales de derechos humanos, también debe abarcar el estado de salud. Así los enfermos terminales tienen igual derecho al acceso a los tratamientos que cualquier otro entorno.

El derecho a la autonomía

El derecho a la autonomía implica que toda persona con enfermedad terminal tiene el derecho de decidir sobre el tratamiento, su aplicación o no y el derecho a que se respete su deseo o voluntad. Esto por cuanto el derecho a la autonomía contempla la capacidad de tomar decisiones autónomas sobre la vida, dentro del contexto de la ética personal y social, así como la capacidad de control y disfrute sobre su cuerpo, libre de tortura y violencia de cualquier tipo. Este derecho está íntimamente ligado al concepto de autodeterminación, de manera que cada persona sea libre de decidir lo que considere más conveniente para sí mismo. El estado de vulnerabilidad de un enfermo terminal no podrá ser excusa para restringir o eliminar su autonomía.

El derecho a la información adecuada y oportuna

Este derecho se considera como parte del derecho a la autonomía, ya que para poder ser autónomo en la toma de decisiones es necesario tener información suficiente y veraz. Es indispensable que la información que se brinde sea clara, concisa y que contemple las condiciones socio-culturales de los grupos a los que va dirigida; asimismo, la información debe ser veraz, ajustarse a la realidad y abarcar todos los aspectos relacionados con el tema.

El derecho a la confidencialidad

Este derecho está relacionado con el derecho a la autonomía y protege la privacidad de las personas. Toda la información relativa al estado de salud de la persona enferma terminal, lo relacionado a su situación médica, el diagnóstico, pronóstico y tratamiento y cualquier otra información de carácter personal deben considerarse confidencial. Igualmente todos los datos personales de las y los pacientes terminales deberán estar protegidos contra injerencias arbitrarias de manera adecuada.

El derecho a la integridad personal

El artículo 5 de la Convención Americana de Derechos Humanos establece que toda persona tiene derecho a que se respete su integridad física, psíquica y moral, consagrando de esta manera el derecho a la integridad personal. Asimismo, este artículo desarrolla el concepto de tortura, que también hace referencia a los tratos crueles, inhumanos o degradantes.

El derecho a una muerte digna

Este derecho fundamental está íntimamente ligado con el derecho a la autonomía. Para algunas personas el derecho a morir con dignidad implica el derecho a morir sin dolor y con acceso a los tratamientos modernos que permiten humanizar la muerte; para otras personas la dignidad reside en la posibilidad de devolverle al paciente su autonomía, es decir, devolverle el derecho de decisión sobre el tratamiento, su aplicación o no y el derecho a que se respete su deseo o voluntad.

Otros derechos humanos relacionados con las personas con enfermedad terminal

La persona humana es depositaria de todos los derechos contemplados en los diferentes instrumentos internacionales de protección de los derechos humanos, tales como: el derecho a la vida, a la seguridad y la libertad, a la protección, a la privacidad, a la nacionalidad, a la propiedad, a la igualdad ante la ley, a la libertad de pensamiento, a la libertad de reunión, movimiento y participación política, derecho a una adecuada calidad de vida en todas las fases de ésta, derecho al seguro social y a la inversión en tratamientos paliativos, derecho a la información, derecho a la

integridad, derecho a disfrutar del avance científico y sus beneficios, derecho a ser libre de torturas, etc.

Además, existen otros derechos que corresponden exclusivamente a las personas con enfermedades terminales, que a pesar de no estar contemplados expresamente en un instrumento jurídicamente reconocido, es importante mencionarlos:

- Derecho a recibir y dar un trato y un reconocimiento como persona digna y responsable, y no propiedad de la familia, del médico tratante, de los servicios de salud, de investigadores/as o de empresas farmacéuticas.
- Derecho a conocer la condición de salud y a que se responda con veracidad y claridad las preguntas relacionadas con los procedimientos a seguir para enfrentar su enfermedad.
- Derecho a que se tome en cuenta su opinión a la hora de tomar decisiones relacionadas con los procedimientos a seguir para enfrentar su enfermedad.
- Derecho a llorar, a sentir, a manifestar ira y expresar miedos, temores y angustias con responsabilidad.
- Derecho a no estar sola o solo y a morir en compañía de sus seres queridos.
- Derecho a tener sueños y fantasías aunque esté cerca de la muerte.
- Derecho a jugar, a la alegría, al humor, independientemente de la edad que tenga o aunque esté cerca de su muerte.
- Derecho a que se contemplen las necesidades de las personas que tienen una enfermedad terminal.
- Derecho a negarse a seguir recibiendo tratamiento para la enfermedad, pero continuar con otros tratamientos que permitan una mayor calidad de vida.
- Derecho a los avances y descubrimientos científicos en materia de cuidados paliativos.
- Derecho a una muerte digna y en paz.
- Derecho a que tanto la persona con enfermedad terminal como sus familiares o amistades cercanas sean ayudadas a elaborar el duelo por la muerte.
- Derecho a morir en la casa y no en el hospital si es posible.
- Derecho a ser sedado o sedada a la hora de enfrentar la muerte, si así lo solicita la persona.
- Derecho a que se reconozcan y se acepten las creencias espirituales o religiosas de cada persona ante la muerte.

B. Los instrumentos jurídicos interamericanos para la protección de los derechos humanos de las personas pacientes terminales

A pesar de que no existe un instrumento de derechos humanos específico en materia de cuidados paliativos, los derechos humanos inherentes a todas las personas están contemplados en **los** distintos instrumentos internacionales existentes.

A nivel interamericano se cuenta con los siguientes instrumentos básicos:

- Carta de la OEA.
- Declaración Americana de Derechos y Deberes del Hombre
- Convención Americana sobre Derechos Humanos
- Convención Americana para Prevenir y Sancionar la Tortura.
- Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer.
- Convención Interamericana para la Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra las Personas con Discapacidad.
- Convención de los Derechos del Niño
- Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales.

Existen algunos documentos que, a pesar de no ser vinculantes, muestran su preocupación por la dignidad de la *vida* y la *condición* de las personas enfermas. Estos documentos, que han alcanzado cierto consenso internacional en el nivel de las Naciones Unidas, son los siguientes: Programa de Acción de la Conferencia Internacional y Desarrollo (ONU, 1994); Plataforma de Acción de la IV Conferencia Mundial sobre la Mujer (ONU, 1995) y Declaración de la Cumbre del Milenio (ONU, 2000).

También se hace necesario mencionar que existen una serie de resoluciones de la Comisión de Derechos Humanos de las Naciones Unidas y comentarios generales de diversos comités sobre la aplicación de los derechos contemplados en los instrumentos internacionales; estos son: Resolución del CDH E/CN.4/RES/2003/28, "El derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental". Comentario General N 14 (E/C.

12/2000/4), “El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud”.

Todos estos documentos recogen los lineamientos generales, las estrategias globales y los compromisos de los Estados, organismos y sociedad civil en su esfuerzo por responder a los retos que plantea la salud y el derecho al disfrute del más alto nivel posible de ésta. Asimismo, es importante señalar que los Estados tienen la obligación de respetar, proteger y observar los derechos humanos. Este reconocimiento y protección se realiza por medio de los tratados y convenios internacionales, los que generan obligaciones para los Estados Partes; de igual manera se reconocen mecanismos para su protección y puesta en vigencia. Así pues, en relación con los derechos humanos, se consideran deberes fundamentales para los Estados:

Respetarlos: es decir, el Estado no puede atentar ni menoscabar los derechos de todo ser humano.

Protegerlos: en el sentido de que el Estado debe tomar las medidas necesarias para impedir la violación de los derechos, ya sea por determinada persona o grupo de personas.

Cumplirlos y realizarlos: es obligación del Estado adoptar las medidas adecuadas para garantizar a todas las personas bajo su jurisdicción, la posibilidad de satisfacer las necesidades consagradas como derechos en los diferentes tratados internacionales.

Por otra parte, con los ámbitos nacionales, cabe destacar que algunos Estados han establecido servicios de cuidados paliativos y han regulado normativamente este derecho.

El papel de las instituciones nacionales de protección y promoción de derechos humanos

Durante la XXXIV Reunión del Consejo Centroamericano de Procuradores de Derechos Humanos (CCPDH), celebrada en San José los días 1 y 2 de febrero de 2007, los miembros de dicha organización emitieron una resolución sobre el diseño y ejecución de políticas públicas en el área de los cuidados paliativos. En ella reconocieron que los cuidados paliativos materializan el Derecho a una Muerte Digna y sin *Dolor*, derivado a su vez del derecho fundamental a la vida, y por lo tanto las acciones para promover su desarrollo competen a las Instituciones Nacionales y al CCPDH.

Nace la Sociedad Hondureña de Medicina Forense

Arturo Alvarez Rubio Gustavo A. Roque Pacheco**



De izquierda a derecha: Dr. Arturo Álvarez; Dra. Patricia Villaseñor; Dr. Nicolás Sabillón; Dra. Lucy Marrder; Dr. Gustavo Roque; Dra. Olga Pérez y Dra. Alma Reyes.

La Medicina Forense en Honduras se inició en forma empírica en el año 1896, posteriormente, el 29 de enero de 1975 se creó el Departamento Médico Legal dependiente de la Corte Suprema de Justicia; siendo su fundador y primer Director el Dr. Luis Vidal Ramos, quien a la vez fue el primer Especialista en Medicina Legal de Honduras. Veinte años después, en 1995 tres profesionales con la especialidad en el área forense iniciaron el adiestramiento en el Ministerio Público de médicos generales y en la práctica con el estudio y análisis de casos en el que hacer médico forense. Desde hace varios años ha existido la inquietud de formar una sociedad que aglutine a los médicos que nos

dedicamos al quehacer médico forense, sin embargo por distintos motivos - entre los que se cuenta la escasa cantidad de especialistas en esta rama- no se ha podido conformar dicha Sociedad. Consideramos que actualmente ya existe la suficiente madurez de los médicos especialistas y generales y de los profesionales afines que laboran en las diferentes áreas de la Medicina Forense, como para poder brindar y aportar nuestros conocimientos a todo el gremio médico y así tener la oportunidad de dar a conocer y transmitir nuestra experiencia diaria. Por tal motivo en el mes de agosto del 2007 se conformó la Sociedad Hondureña de Medicina Forense, la cual inició sus funciones con siete (7) médicos especialistas en medicina legal, dos (2) médicos especialistas en Anatomía Patológica y diez (10) médicos generales que laboran en la Dirección de Medicina Forense del Ministerio Público, así como también otros profesionales ligados al quehacer forense: químicos-toxicólogos, microbiólogos, biólogos, técnicos forenses, etc. Como parte fundamental de nuestra organización, es cumplir con los fines del Colegio Médico de Honduras y de sus Sociedades, también establecer lazos de amistad con otras sociedades afines a nivel mundial. Queremos proyectarnos a la sociedad hondureña, en general a fin de desarrollar el conocimiento en materia médico forense y contribuir a la capacitación de Médicos, Fiscales, Jueces y Policías. La Junta Directiva quedó conformada de la siguiente manera: PRESIDENTE: Dr. Arturo Álvarez Rubio; VICEPRESIDENTE: Dr. Gustavo Roque Pacheco; SECRETARIA: Dra. Lucy Marrder; TESORERA: Dra. Alma Reyes; SECRETARIO DE ASUNTOS CIENTÍFICOS: Dr. Nicolás Sabillón; VOCAL I: Dra. Olga Pérez; VOCAL II: Dr. Lempira Escobar; VOCAL III Dra. Patricia Villaseñor.

*Medico Legista. Dirección de Medicina Forense. Tegucigalpa.
Dirigir correspondencia a: hondurasforense@yahoo.es

“Los artículos escritos de manera clara, objetiva, precisa y original y que sigan una rigurosa metodología científica garantizan a las revistas científicas mayor credibilidad y citación por la comunidad científica. Hoy día no basta que un artículo sea publicado; para que cumpla sus objetivos, el precisa ser conocido, entendido, asimilado y citado por la comunidad a que se destina.”

Regina C. F. Castro. BIREME. Curso y reunión de editores de revistas científicas hondureñas.
Tegucigalpa, Honduras, Septiembre 2007.

REVISTA MEDICA HONDUREÑA Instrucciones para Autores

Estas instrucciones están en concordancia con los Requisitos Uniformes de los Manuscritos propuestos para Publicación en Revistas Biomédicas, (Uniform Journal requirements for manuscripts submitted to Biomedical Journals), cuyo texto completo es accesible en <http://www.icmje.org>. Una versión en español aparece en la Revista Médica Hondureña 2004;72: 35-56.

INSTRUCCIONES GENERALES

Ética de Publicación

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

Ética de la Investigación

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

AUTORÍA

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

CONSENTIMIENTO DE AUTOR(ES):

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

5.- Que toda información provista en la lista de cotejo, carta de envío y manuscrito es verdadera.

ENVÍO DEL MANUSCRITO

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

Consejo Editorial

Revista Médica Hondureña

Colegio Médico de Honduras

Apartado Postal 810

Tegucigalpa, HONDURAS

con copia al correo electrónico: revistamedicahon@yahoo.es

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. Si el artículo es aceptado para publicación, los derechos de autor pertenecerán a la Revista. Los artículos no pueden ser reproducidos total o parcialmente sin el permiso escrito del Consejo Editorial.

MANUSCRITOS

Los trabajos se presentan a doble espacio en papel tamaño carta sin exceder 15 hojas, las cuales deben estar enumeradas en el ángulo superior o inferior derecho. Los trabajos científicos originales se presentan en el siguiente orden: en la primera hoja se incluye Título del artículo con un máximo de 15 palabras, nombre(s) del autor(es), grado profesional más alto, nombre completo del centro(s) de trabajo y dirección completa del autor responsable de la correspondencia, así como su correo electrónico. En la segunda hoja se incluye el Resumen, con una extensión máxima de 200 palabras, y un máximo de cinco Palabras Clave. A continuación sigue la versión en idioma inglés del resumen y de las palabras clave. Posteriormente se incluirán el cuerpo del artículo, la bibliografía, los cuadros y las figuras. El cuerpo del artículo consta de Introducción, Material y Métodos, Resultados, Discusión y Agradecimiento. Además de los trabajos científicos originales, la Revista acepta artículos de Revisión Bibliográfica, Comunicación Corta, Caso o Serie de Casos Clínicos, Artículos de Opinión y Artículos de la Historia de la Medicina. La Revisión Bibliográfica debe ser sobre temas de interés médico general, incluir subtítulos elegidos por el autor y bibliografía actualizada. La Comunicación Corta debe incluir un máximo de 4 páginas y un máximo de un cuadro o una figura. Cartas al Editor se publicarán cuando discutan o planteen algún tema de interés general, o bien cuando exista alguna aclaración sobre alguno de los artículos publicados. No se aceptarán artículos que no cumplan los requisitos señalados.

ESTRUCTURA DEL TRABAJO CIENTIFICO ORIGINAL RESUMEN

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

Palabras clave: colocar un mínimo de tres palabras clave. Consultar a <http://www.desc.bvs.br>

INTRODUCCION

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

MATERIAL Y MÉTODOS

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

RESULTADOS

El autor resume su verdadera contribución al presentar de manera objetiva los resultados más importantes de la investigación. Los resultados pueden ser presentados en forma expositiva (en pretérito), cuadros o figuras. De preferencia debe presentar los resultados en forma expositiva dejando los datos reiterativos para los cuadros y los que forman tendencias interesantes en figuras. En la medida de lo posible evitar repetir los resultados usando dos o más formas de presentación.

DISCUSIÓN

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

AGRADECIMIENTO

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

REFERENCIAS

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

**COLEGIO MEDICO DE HONDURAS
CENTRO NACIONAL DE EDUCACION MÉDICA CONTINUA
REVISTA MÉDICA HONDURENA**

Cuestionario del Contenido del Volumen 76 No. 1

Estimado(a) colega: al contestar este cuestionario la Revista Médica Hondureña te ofrece la oportunidad que obtengas puntos oro CENEMEC. A partir del volumen 74 N° 1 en la Revista Médica Hondureña aparece un cuestionario sobre el contenido de la Revista, cuyas respuestas a partir del volumen 75 aparecen en el número siguiente. Contesta el cuestionario, desprende la hoja, al completar los cuatro cuestionarios correspondientes a los cuatro números de cada volumen preséntalos en la oficina de CENEMEC.

Nombre _____

Número de Colegiación _____

Folio _____

1. Del artículo sobre evaluación del sistema de vigilancia epidemiológica de la malaria, escrito por Sherman C y col, es correcto afirmar:

- a. Se refiere que en la actualidad aproximadamente el 10% de la población hondureña habita en zonas con algún riesgo de transmisión de la malaria.
- b. La investigación se realizó en el 2007
- c. El Municipio de Tocoa, Departamento de Colón, es uno de los municipios con menor incidencia de malaria.
- d. El sistema debe ser fortalecido a través de la unificación de criterios y provisión de normas técnicas a todos los niveles.
- e. Ninguna de las anteriores es correcta.

2. Del artículo "Ácido Tricloroacético como Tratamiento en la Perforación de la Membrana Timpánica" escrito por Rivera M, es correcto afirmar:

- a. El estudio se hizo en 80 pacientes
- b. Los pacientes se controlaron cada seis semanas
- c. En el 90 % se obtuvo curación de la perforación
- d. Todas las anteriores son correctas
- e. Ninguna de las anteriores es correcta

3. En relación al artículo escrito por Lizardo J y col, sobre páncreas anular, es correcto afirmar:

- a. Es un artículo científico original
- b. Los pacientes se operaron en el Hospital Escuela, de Tegucigalpa
- c. Los pacientes operados fallecieron
- d. Los pacientes cursaron con cuadro de obstrucción duodenal
- e. Ninguna de las anteriores.

4. Del artículo de revisión de pitiriasis versicolor, escrito por Espinoza C y col, es correcto afirmar:

- a. La pitiriasis versicolor es una dermatosis micótica infrecuente en nuestro medio.
- b. Se presenta más frecuentemente en adolescentes y adultos
- c. Afecta principalmente las extremidades
- d. Todas las anteriores son correctas
- e. Ninguna de las anteriores es correcta.

5. Del artículo sobre Factores de riesgo maternos asociados a recién nacidos con bajo peso al nacer, escrito por Medina A, es correcto afirmar:

- a. Es un estudio retrospectivo de casos y controles
- b. La relación casos: controles fue de 2 controles por cada caso
- c. No haber recibido hierro y/o ácido fólico durante el embarazo es un factor materno asociado a recién nacidos con bajo peso al nacer.
- d. Todas las anteriores son correctas
- e. Ninguna de las anteriores es correcta

RESPUESTAS AL CUESTIONARIO DEL VOLUMEN 75 No. 4

Respuesta a la pregunta No 1. La correcta es d. En el artículo se refiere que la primera elección en el tratamiento actual de los aneurismas cerebrales es la embolización de micro material platinado utilizando la ruta endovascular. Alternativamente, los aneurismas se pueden tratar aplicando un clip en el cuello del mismo a través de una craneotomía, sin embargo, este tratamiento, aunque igualmente efectivo que la terapia endovascular, es significativamente más riesgoso desde el punto de vista de morbimortalidad operatoria y conlleva mayores secuelas neurológicas. Se intervinieron 32 pacientes con cuarenta aneurismas asociados con HSA grado I, II y III (veintiséis pacientes con un aneurisma, cinco con dos aneurismas y uno con cuatro aneurismas).

Respuesta a la pregunta No 2. La correcta es e. en este interesante estudio se caracteriza el paciente con lesión medular que es referido a Telerón de Tegucigalpa. La autora concluyó que la mayoría de los pacientes fueron varones en edad productiva. La principal causa de lesión medular fue traumática, principalmente por herida por arma de fuego. El tipo de lesión más frecuente fue la paraplejía completa y la mayoría de los pacientes mejoró con rehabilitación. De los 46 pacientes estudiados 33 completaron seis meses de tratamiento, el resto no lo completó por problemas para transportarse al Centro, entre otras causas.

Respuesta a la pregunta No 3. La correcta es c. En el bazo las neoplasias primarias son raras, muchas de estas lesiones se identifican incidentalmente. Las neoplasias vasculares son las más frecuentes del grupo de tumores no hematopoyéticos, primarios de este órgano, comprende los hemangiomas, linfangiomas, angiosarcomas y angiomas de células litorales, de estos el más frecuente es el hemangioma. Los casos que se reportan correspondieron a dos pacientes que consultaron de emergencia por dolor abdominal, sin antecedente de trauma y que por estudio histopatológico se diagnosticó angiosarcoma y angioma de células litorales.

Respuesta a la Pregunta No 4. La correcta es a. El síndrome de Ohtahara, denominado encefalopatía epiléptica infantil temprana se caracteriza por un inicio muy temprano, dentro de los primeros 2 o 3 meses de vida, principalmente durante el primer mes y más frecuentemente dentro de los primeros 10 días. Las crisis más frecuentes son los espasmos tónicos, pueden ocurrir crisis parciales o hemiconvulsiones y más raramente mioclonías. El electroencefalograma muestra un patrón de descargas de puntas, onda aguda-onda lenta de 2-6 segundos, separadas por intervalos de trazado de bajo voltaje o trazado plano de 3-5 segundos (brote de supresión). La etiología en la mayoría de los casos es debida a daño cerebral estructural. El pronóstico incluye usualmente daño neurológico, persistencia de epilepsia severa de difícil control y daño mental y motor severos. El estudio se realizó en el Hospital Infantil de México Federico Gómez.

Respuesta a la pregunta No 5. La correcta es e. Los factores de su origen son múltiples: social, familiar, educativo, cultural, económico, biológico, etc. Los sociólogos y los neurocientíficos siguen estudiando intensamente las relaciones entre la conducta humana y la función cerebral. En general, se cree que hay una combinación de factores internos y externos a la persona que la llevan a la agresividad y violencia, incluyendo la frustración, desestructuración familiar, ambientes marginales, drogadicción, pobreza, individualismo y falta de solidaridad. Se investiga también la predisposición por enfermedades neurológicas y algunos trastornos genéticos. En el artículo se proponen estrategias a corto, mediano y largo plazo para hacerle frente a la violencia.

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) con copia al correo electrónico: revistamedicahon@yahoo.es

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...> **Mono-grafía:** 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
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

“La Escuela”

Autor: Felipe Burchard
Técnica: acrílico sobre tela

Nació en 1946. Es originario de Juticalpa, departamento de Olancho. No ha seguido estudios especiales de pintura, por lo que es un autodidacto en este campo, siéndolo a conciencia, pues desde muy joven decidió no incorporarse a ninguna Academia. Como es esperable en un hombre de tales actitudes, su vocación artística se manifestó muy temprano, la que hubo de recibir el apoyo de su familia y sus maestros en la tórrida ciudad olanchana.

En 1963 viaja a Venezuela completar sus estudios secundarios, los que había comenzado en Honduras. Al observar el movimiento artístico de aquel país y recibir nuevos estímulos por parte de sus educadores, Felipe decide consagrarse al trabajo artístico. Felipe Burchard trabaja preferentemente con acrílico. Aunque algunas veces utiliza el óleo, a él le parece que este material no compagina con su personalidad artística. Usa una gama amplia de colores, pero en sus cuadros siempre predomina alguno de ellos, ya sea el azul, el rojo o el café. Su pincelada es pareja, sin vibraciones, por lo que las figuras que le resultan tienen un claro aire de solidez.

En la obra artística de Burchard se aprecia el empleo frecuente de diversos estilos, a veces incluso dentro de un mismo cuadro: el expresionismo, el impresionismo, el realismo mágico y el neofigurativismo. Sin embargo, cualesquiera que sean las líneas estilísticas adoptadas, en todos los casos la preocupación central del artista es la existencia humana y todo lo que la afecta. Por eso él no vacila en autodefinirse como un pintor social, de línea básicamente expresionista.

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

CONTENIDO

I.-	EDITORIAL	
	La calificación de las publicaciones en revistas médicas: reformas al reglamento de concursos <i>Nicolás Sabillón</i>	2
II.-	TRABAJOS CIENTÍFICOS ORIGINALES	
	1.- Evaluación del sistema de vigilancia epidemiológica de la malaria en el Municipio de Tocoa, Colón, Honduras, Agosto 2004 <i>Catalina Sherman, Jackeline Alger, Laura Julia Salgado, Marco A. Pinel, José O. Solórzano, Gloria Suárez</i>	4
	2.- Factores de riesgo maternos asociados a recién nacidos con bajo peso al nacer. Departamento de La Paz, Honduras <i>Augusto Enrique Medina Pineda</i>	12
III.-	IMAGEN EN LA PRÁCTICA CLÍNICA	
	1.- Cirrosis y Hepatocarcinoma <i>Rodrigo Berríos, Nicolás Sabillón, Reynaldo Castro</i>	19
IV.-	CASOS CLÍNICOS	
	1.- Páncreas anular <i>José R. Lizardo, Clara Maria Lainez</i>	20
	2.- Acido Tricloroacético como Tratamiento en la Perforación de la Membrana Timpánica <i>Mirta Leticia Rivera-Rodríguez, Benjamín Cano-Paca, Rolando Aguilera</i>	24
V.-	REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA	
	1.- Pityriasis versicolor <i>Cinthia Gisela Espinoza, Nelly-Janeth Sandoval, Miriam González</i>	28
VI.-	ARTÍCULO DE OPINIÓN	
	1.- Primer Consenso Latinoamericano y declaración de México para el trastorno de déficit de atención e hiperactividad en Latinoamérica <i>Eduardo Barragán Pérez, Francisco de la Peña</i>	33
	2.- Derechos Humanos y Cuidados Paliativos <i>Lisbeth Quesada Tristán</i>	39
VII.-	AD LIBITUM	
	1.- Nace la Sociedad Hondureña de Medicina Forense <i>Arturo Alvarez Rubio, Gustavo A. Roque Pacheco</i>	44