



Órgano oficial de difusión
y comunicación científica
del Colegio Médico de Honduras

Revista MEDICA Hondureña

ISSN 0375-1112

Vol. 77 - No. 3, pp. 99-152
Julio, Agosto, Septiembre, 2009

NUEVO FORMATO



EN ESTE NÚMERO:

- Publicación y colaboración internacional
- Enfermedad cerebrovascular
- Diarrea en niños
- Carcinoide apendicular en pediatría
- Apendicitis aguda: ¿Ser o no ser?
- Ciencias básicas y patología
- Prestación de servicios de salud en IHSS
- El Colegio Médico y la guerra de 1969
- Calendario de CENEMEC
- Nuevas instrucciones a autores

Portada: "Dama Celestial"

Técnica: acrílico sobre tela

Autor: Roger Silva Pérez

El autor es oriundo de Tegucigalpa, Honduras. Es maestro en artes plásticas egresado de la Escuela Nacional de Bellas Artes. También ha realizado estudios de Arquitectura en la Universidad José Cecilio del Valle y de Letras en la Universidad Nacional Autónoma de Honduras. Cuenta con amplia experiencia en publicidad y diseño gráfico, ha sido director creativo de importantes agencias de publicidad nacionales e internacionales y dirigió su propia empresa de publicidad y mercadeo durante 10 años, combinando estas actividades con sus exposiciones de pintura, arte y actividades de docencia.

Desde 1976 a pesar de sus diferentes ocupaciones, su pasión a sido el arte en sus diferentes manifestaciones y se ha dedicado ahora 100% al arte plástico pintando airbrush, óleo y acrílico. También hace escultura en técnicas tan especiales como el papier maché. Hasta la fecha ha realizando más de 25 exposiciones, tanto individuales como colectivas, con artistas amigos como el portugués Francisco Geraldo, Gustavo Castillo, Jorge Iván Restrepo y Celsa Flores entre otros. Desde Agosto del 2008 es escritor de la columna "Comentarte" en un diario nacional, haciendo comentarios acerca de los sucesos del arte a nivel local y mundial. El autor ofrece visitas a su estudio previa cita, a grupos turísticos, diplomáticos y al público en general, quienes pueden apreciar la obra de este y otros artistas. Además, los fines de semana el estudio se convierte en un centro de enseñanza para adultos interesados en aprender a dibujar y a pintar, comenzando desde lo mas elemental hasta llegar al dominio de las diferentes técnicas. Algunos de los alumnos han destacado en importantes eventos del arte locales e internacionales.

Email: roger_silva805@hotmail.com

Web: www.rogerwilvaperez.com



Revista MEDICA Hondureña

ISSN 0375-1112

Órgano oficial de difusión y comunicación científica del Colegio Médico de Honduras
Fundada en 1930

Vol. 77, No. 3, pp. 99-152
Julio, Agosto, Septiembre, 2009

Colegio Médico de Honduras
Centro Comercial Centro América, Blvd. Miraflores, Tegucigalpa, Honduras
Tel. 232-6763, 231-0518, Fax 232-6573
www.colegiomedico.hn
revistamedicahon@yahoo.es

La Revista Médica Hondureña es el órgano oficial de difusión y comunicación científica del Colegio Médico de Honduras. Fomenta y apoya la investigación científica y la educación médica continua, especialmente del gremio médico nacional. Su publicación es trimestral, se apega a los requisitos mínimos internacionales de publicaciones científicas biomédicas y se somete al arbitraje por pares. La Revista está indizada en LILACS-BIREME, LATINDEX, Biological Abstracts, Index Medicus Latinoamericano y otras bases de datos bibliográficas biomédicas, con el título en español abreviado Rev Med Hondur. Está en versión electrónica en la página del Colegio Médico de Honduras www.colegiomedico.hn y en la Biblioteca Virtual en Salud www.bvs.hn, el acceso es gratuito y se puede consultar todo el contenido en texto completo desde el año 1930. Los manuscritos aceptados para publicación no deberán haber sido publicados previamente parcial o totalmente y para ser publicados es necesaria la autorización de la Rev Med Hondur.

CONSEJO EDITORIAL 2009-2010

DIRECCIÓN GENERAL

Dra. Reyna M. Durón

SECRETARÍA

Dra. Nelly Sandoval

Dra. Yeny Chavarría

CUERPO DE REDACCIÓN

Dra. Edna Maradiaga

Dr. Francisco Ayes

Dr. Gustavo Avila

Dr. Luis Ortiz

Dra. Silvana Varela

EDITORES ASOCIADOS

Dra. Cecilia Varela

Dr. Carlos Javier

Dr. Iván Espinoza Salvadó

Dr. José R. Lizardo

Dra. Jackeline Alger

Dra. Martha Cecilia García

Dr. Nicolás Sabillón

Dra. Odessa Henríquez

COMITÉ ASESOR INTERNACIONAL

Dra. Julia Bailey

Department of Epidemiology, University of California in Los Angeles

Herbert Stegemann

Hospital Vargas de Caracas, Venezuela

Salvador Moncada

University College of London, Inglaterra

Revista Médica Hondureña (ISSN 0375-1112 versión impresa)
(ISSN 1995-7068 versión electrónica) es publicación trimestral.
Impresa por Litografía López S. de R.L., Tegucigalpa, Honduras.

©2009 Todos los derechos reservados. A excepción de propósitos de investigación o estudio privado, crítica o revisión, los contenidos no pueden ser reproducidos por ningún medio impreso ni electrónico sin permiso de la Revista Médica Hondureña.

La Dirección de la Revista Médica Hondureña hace los máximos esfuerzos para garantizar la seriedad científica del contenido, la Revista, el Colegio Médico de Honduras y la casa editorial no se responsabilizan por errores o consecuencias relacionadas con el uso de la información contenida en esta revista. Las opiniones expresadas en los artículos publicados son responsabilidad de los autores y no necesariamente reflejan los criterios de la Revista o del Colegio Médico de Honduras. Ninguna publicidad comercial publicada conlleva una recomendación o aprobación por parte de la Revista o del Colegio Médico de Honduras.

CONTENIDO DEL VOLUMEN 77 No. 3

EDITORIAL

- DESAFÍOS EN LA PUBLICACIÓN DE ARTÍCULOS DE COLABORACIÓN INTERNACIONAL 103
Challenges in the publication of papers from international collaboration
Reyna M. Durón

ARTÍCULOS ORIGINALES

- PERFIL CLÍNICO EPIDEMIOLÓGICO DE PACIENTES CON ACCIDENTE CEREBROVASCULAR
EN EL INSTITUTO HONDUREÑO DE SEGURIDAD SOCIAL 104
Clinical and Epidemiological Profile of Patients With Stroke at The Honduran Social Security Institute
Tania Soledad Licona Rivera, Menna Ileana Aguilera Sandova
- PERFIL DE LA DIARREA AGUDA EN NIÑOS HOSPITALIZADOS DE SANTA BÁRBARA..... 107
Profile of acute diarrhea in hospitalized children from Santa Bárbara
María Isabel Bazabe Márquez, Germán Blanco Cruz, Debby Wildt, Belkis López

IMAGEN EN LA PRÁCTICA CLÍNICA

- BRONQUIECTASIAS 110
Bronchiectasis
Olga Zavala, Erick Barahona, Maslova Toledo, Francisco Ayes

CASO CLÍNICO

- CARCINOIDE APENDICULAR EN PACIENTE PEDIÁTRICA. REPORTE DE CASO111
Appendicular carcinoid in a pediatric patient. Case report
Edwin Arturo Fernández Galo
- CARACTERIZACIÓN CLÍNICO-TERAPÉUTICA DE LA FRACTURA ESTERNAL EN EL HOSPITAL ESCUELA 114
Clinical and therapeutic characterization of sternal fractures at Hospital Escuela
Francisco Ayes-Valladares, Luz Tatiana Alvarado

REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

- APENDICITIS AGUDA: ¿SER O NO SER? REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA PEDIÁTRICA..... 118
Acute appendicitis to be or not to be: Pediatric Bibliography Review
José Lizardo Barahona, Debora Wildt Rittenhouse

ARTÍCULO DE OPINIÓN

CIENCIAS BÁSICAS Y PATOLOGÍA EN LA FORMACIÓN DEL MÉDICO 122

Basic Sciences and Pathology in Medical Training

Dr. Carlos A. Javier-Zepeda

NUEVA EXPERIENCIA EN LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD DEL INSTITUTO HONDUREÑO
DE SEGURIDAD SOCIAL..... 125

New Experience in Health Care Delivery by the Honduran Institute of Social Security

Engels Alexis Sandoval, Kenneth Rafael Bustillo

HISTORIA DE LA MEDICINA HONDUREÑA

CUARENTA AÑOS DESPUÉS EL PAPEL DEL COLEGIO MÉDICO EN LA GUERRA DE 1969,
ENTRE HONDURAS Y EL SALVADOR..... 128

Forty years later. Role of the College of Physicians During the War of 1969 between Honduras and El Salvador

Carlos Rivera Williams

ANUNCIOS

CALENDARIO DEL CENTRO NACIONAL DE EDUCACIÓN MÉDICA CONTÍNUA (OCTUBRE-DICIEMBRE 2009) 145

Calendar of the National Center of Continuing Medical Education (June-December 2009) GENEMEC

INSTRUCCIONES PARA AUTORES

Instructions for Authors 147

CUESTIONARIOS/QUESTIONNAIRES

Respuestas al volumen 77(2) – Answers about Volume 77(2)..... 150

Preguntas al volumen 77(3) – Questions about Volume 77(3)..... 151

DESAFÍOS EN LA PUBLICACIÓN DE ARTÍCULOS DE COLABORACIÓN INTERNACIONAL

CHALLENGES IN THE PUBLICATION OF PAPERS FROM INTERNATIONAL COLLABORATION

El número de publicaciones médicas originales resultantes de proyectos de colaboración internacional en Centroamérica y Latinoamérica se ha incrementado considerablemente en los últimos años. Esto ha generado nueva atención sobre el cumplimiento equitativo de normativas básicas aceptadas internacionalmente relacionadas con la integridad y ética en la investigación por los países participantes. Junto a las oportunidades, también han surgido desafíos para la publicación e investigación colaborativa en nuestra región.

Cabe analizar algunos aspectos éticos. El aumento de la investigación y publicación colaborativa entre países ha impulsado también la creación y capacitación de los comités de ética de investigación. Las revistas médicas que se rigen por los estándares internacionales requerirán de forma obligatoria que los autores aseguren que han tenido la aprobación ética de sus proyectos. En ocasiones, algunos autores de países centroamericanos o latinoamericanos donde los comités de ética son escasos, han acudido a la cobertura de las direcciones de departamento o de servicio en sus hospitales para aprobación y supervisión ética. Esta práctica no asegura que se cumple con todos los estándares éticos de investigación y publicación. Por otra parte, aún hay mucho que mejorar respecto a la publicación duplicada, el plagio, las autorías fantasmas y los conflictos de interés.

Aunque las alianzas de investigación se han multiplicado entre países desarrollados y no desarrollados, las reglas de autoría podrían estar poco definidas. El análisis de las publicaciones indizadas en PubMed resultantes de investigación internacional colaborativa indica que alrededor de un tercio de los autores proceden de los países donde la investigación fue realizada. La menor proporción de autores locales podría explicarse por el país de origen del financiamiento o de la planificación de la investigación, la habilidad de los autores locales para escribir en inglés o por su nivel de entrenamiento para desarrollar manuscritos de alto nivel para publicación biomédica. Muchas de estas publicaciones se hacen en revistas de Estados Unidos y Europa. La no indización de revistas centroamericanas o latinoamericanas en bases biomédicas de alto estándar o los factores de impacto bajos también pueden desalentar a los autores locales a publicar en sus propios países.

La investigación colaborativa beneficia a países como Honduras al permitir el entrenamiento de personal, el incentivo a las carreras de investigadores jóvenes, la transferencia de tecnología, el establecimiento de estructuras para continuar la investigación de forma más independiente, así como favorecer el mejor entendimien-

to de nuestras patologías y el establecimiento de mejores estrategias de atención y prevención de la salud. Aunque en países como el nuestro el incentivo a la investigación no es tan prioritario, es sobresaliente el esfuerzo y la vocación científica y el esfuerzo en la publicación y aún en el autofinanciamiento de la investigación original por nuestros investigadores.

En otras regiones, la publicación está además motivada por exigencia institucional, pues los investigadores están sujetos a evaluación e incluso a contratación laboral según el número de publicaciones indizadas que tengan. A medida que avancemos en los procesos de acreditación profesional de los académicos en nuestras universidades, se espera que haya un incremento en los índices de publicación biomédica original. Es común la publicación incompleta, que se da cuando los resultados de investigación original son presentados en pósters o congresos, pero que no llegan a publicarse en revistas médicas.

Es necesario que la publicación e investigación biomédica en colaboración internacional en nuestro país se apegue equitativamente a los estándares mundialmente consensuados. Es necesario que los investigadores e instituciones participantes acuerden anticipadamente sobre la justicia y requisitos para la autoría de publicación de proyectos internacionales. Además, nuestros investigadores deben ser cada vez más competitivos para aprovechar las oportunidades, dejando de ser meros colectores de datos. Otros avances que deberán darse, es en el registro de ensayos clínicos en los registros internacionales. Esto debería ser obligatorio también para optar a la publicación de estos ensayos.

Por otra parte, los editores de revistas biomédicas de nuestra región deben mejorar los estándares, de modo que dichas revistas sean candidatas a indización internacional. También debe mejorarse en la eficiencia de la revisión por pares, la cual debe apegarse a periodos de tiempo estrictos. Otros aspectos de parte de las revistas son el manejo ágil y confidencial de los manuscritos. Existen condiciones en varios aspectos, que indican que en países como Honduras estamos avanzando hacia niveles más altos de participación y calidad en la investigación y publicación colaborativa internacional.

Dra. Reyna Durón
Dirección General
Revista Médica Hondureña

PERFIL CLÍNICO EPIDEMIOLÓGICO DE PACIENTES CON ACCIDENTE CEREBROVASCULAR EN EL INSTITUTO HONDUREÑO DE SEGURIDAD SOCIAL

Clinical and Epidemiological Profile Of Patients With Stroke at The Honduran Social Security Institute

Tania Soledad Licona Rivera¹, Menna Ileana Aguilera Sandoval²

¹ Departamento de Ciencias Morfológicas, Universidad Nacional Autónoma de Honduras

² Autora independiente

RESUMEN. Introducción: En Honduras los accidentes cerebro vasculares (ACV) son la octava causa de muerte a nivel nacional y cuarta causa de muerte en hospitales estatales. Es la primera causa neurológica de ingresos en el Hospital Escuela. El objetivo del estudio fue determinar el perfil clínico epidemiológico de los pacientes con ACV atendidos en el Instituto Hondureño de Seguridad Social (IHSS) en Tegucigalpa. **Pacientes y métodos:** Se realizó un estudio transversal descriptivo incluyendo a 56 pacientes con diagnóstico de ACV durante el período enero a diciembre del año 2006. **Resultados.** Predominó el ACV isquémico (68%). Los hombres sufrieron ACV de tipo hemorrágico más que las mujeres (34% vs. 25% respectivamente). La hipertensión arterial fue el antecedente de riesgo predominante (66%, 37/56), seguido de la diabetes mellitus (26.7%, 15/56). El 55% de las mujeres y el 36% de los hombres habían presentado un ACV previo. **Discusión.** Los resultados muestran que el principal factor de riesgo para ACV en pacientes del IHSS continúa siendo la hipertensión arterial, predominando el ECV Isquémico. Los pacientes requirieron ser atendidos en diversas unidades de tratamiento hospitalario. **Rev Med Hondur 2009;77(3):104-106**
Palabras clave: Accidente Cerebrovascular, Isquemia Encefálica, Hemorragia Cerebral, Hipertensión Arterial, Embolia intracraneal.

El accidente cerebrovascular (ACV) es definido por la Organización Mundial de la Salud (OMS) como el desarrollo de signos clínicos de alteración focal o global de la función cerebral, con síntomas que tienen una duración de 24 horas o más, o que progresen hacia la muerte y no tienen otra causa aparente, más que la vascular.¹ Es uno de los principales problemas de salud pública en todos los países industrializados, representa una de las principales causas de mortalidad y la primera causa de discapacidad a nivel mundial, su elevada incidencia y prevalencia supone un notable costo humano y económico.²⁻³

Mundialmente, la enfermedad cardíaca es la primera causa de muerte, con 12 millones de defunciones al año, seguida del ACV con 4.4 millones.⁴ Más de un cuarto de los pacientes con ACV de tipo isquémico mueren durante la hospitalización, la recuperación para los supervivientes es a menudo incompleta. La secuela de un ACV implica dependencia en diferentes aspectos de la vida diaria y generalmente un importante déficit neurológico residual.^{5,6}

Del todos los ACV del mundo, dos tercios ocurren en países en vías de desarrollo. Sin embargo, en América Latina existen pocos estudios epidemiológicos con base poblacional y la mayor parte de la información disponible proviene de registros hospitalarios.⁷ En Honduras, el ACV es la octava causa de muerte a nivel nacional y cuarta causa de muerte en hospitales estatales y es la primera causa neurológica de ingresos en el Hospital Escuela.^{8,9} Se ha determinado que la prevalencia de ACV en las áreas urbanas en general se ha mantenido sin modificaciones durante los años del 2001, 2003, 2004, con una prevalencia de 5.7 x 1000.¹⁰

Las enfermedades vasculares son claves en su etiopatogenia. Se clasifican sus factores causales en no modificables (edad y sexo) y modificables, entre los que se destacan el tabaquismo, la hipertensión arterial, la dislipidemia y la diabetes mellitus.¹¹ El estudio Framingham iniciado en 1948 demostró los factores de riesgo modificables y no modificables que inciden en la ocurrencia de ACV.¹²⁻¹⁴ El presente estudio se realizó con el objetivo de determinar el perfil clínico epidemiológico de los pacientes con ACV atendidos en el Instituto Hondureño de Seguridad Social (IHSS) en Tegucigalpa Honduras.

PACIENTES Y MÉTODOS

Se realizó un estudio descriptivo y transversal. Se solicitó al Departamento de Estadística del Hospital de Especialidades del IHSS en Tegucigalpa, la lista de pacientes diagnóstico de ACV hospitalizados durante el año 2006. Seguidamente, se hizo revisión de los expedientes. Se encontraron 56 pacientes con diagnóstico de ACV que ingresaron durante el período de enero a diciembre del año 2006. La recolección de datos se efectuó a través de una encuesta estructurada de preguntas abiertas y cerradas, aplicadas al expediente y posteriormente a los pacientes. Se evaluó las variables edad, sexo, raza, nivel educativo, ocupación, antecedente de ACV, unidades en que fueron atendidos, signos que presentaron, subtipos de ACV, exámenes diagnósticos utilizados, factores de riesgo cardiovascular, medicamentos administrados en el hospital, medicamentos indicados al alta, complicaciones intrahospitalarias y días de hospitalización. Posteriormente se llamó por teléfono a cada uno de los pacientes que tenían por lo menos 28 días de haber sufrido el ACV. Para la tabulación de datos se utilizó una tabla matriz, cuadros estadísticos y el análisis de los datos se realizó con el programa EXCEL.

Recibido: 25/04/2008. Aceptado con modificaciones: 22/10/2009

Correspondencia: Dra. Tania Licona, correo-E: tania_licona@yahoo.com.mx

RESULTADOS

De los 56 pacientes con diagnóstico de ACV identificados, el 36% (20) eran femeninos y 64% (36) masculinos. Las edades estaban comprendidas entre 30 y 90 años. Los pacientes se encontraban en las siguientes edades: 30-40 años 2 casos, 41-50 años 5 casos, 51-60 años 8 casos, entre 61-70 años 19 pacientes y entre 71-80 años 15 pacientes. El mayor número de casos (21.4%) se presentó entre 66 y 70 años (12 pacientes). Respecto al nivel educativo, 18% (10) eran analfabetas, 5% (10) tenía primaria incompleta, 20% (11) primaria completa, 29% (16) secundaria incompleta, 9% (5) universitaria y en 7% (4) la escolaridad era desconocida. En cuanto a la ocupación (46.5%) 26 eran jubilados.

La hipertensión arterial fue el factor de riesgo predominante tanto en los menores de 60 años como en los adultos mayores, afectando al 66% de todos los casos juntos. El tabaquismo ocupó el segundo lugar únicamente en la población menor de 60 años (Cuadro 1). Se encontró que el 32% (18 casos) había tenido un ACV previo.

Los síntomas presentados fueron: trastornos de conciencia en 53.5% (30) pacientes, debilidad y paresia en 80% (45) y trastornos de lenguaje en 80% (45). La confirmación del diagnóstico se realizó mediante examen clínico en 23% (13) de los casos y con ayuda de exámenes diagnósticos en el 77% (43) de los casos, siendo los exámenes más utilizados la tomografía (TAC) cerebral en 52 pacientes, EKG en 52. Se realizaron resonancia magnética, punción lumbar y angiografía en algunos pacientes.

Cuando los pacientes se presentaron al hospital fueron atendidos en diferentes unidades; 55 en unidad de medicina interna, 54 en neurología, 13 en neurocirugía, 51 en rehabilitación, 2 en la sala de Ictus y 7 en otras. Cuando estuvieron ingresados recibieron tratamiento en terapia ocupacional 47 casos, en fisioterapia 44 y en terapia de lenguaje 43 casos. El ACV de tipo isquémico fue la presentación clínica más frecuentemente reportada (67%) seguido por la hemorragia intracraneana (Figura 1).

Las complicaciones intrahospitalarias que se presentaron fueron trombosis venosa profunda en 2 pacientes y neumonía en 7. De 46 casos en que se obtuvo el dato, 40 pacientes estuvieron ingresados menos de cinco días (71%) y 6 (29%) más de 20 días. Todos los pacientes egresaron vivos del hospital, y después de los 28 días,

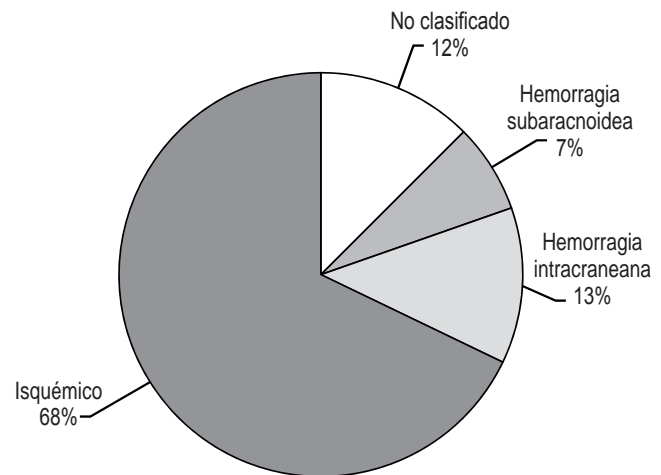


Fig. 1. Tipos de ACV sufridos por los pacientes estudiados.

únicamente un paciente que tuvo ACV hemorrágico había fallecido (mortalidad en 28 días de 1.8%)

DISCUSIÓN

Los ACV isquémicos asociados a hipertensión arterial en varones jubilados fueron comunes entre los pacientes del IHSS evaluados. Los ACV siguen siendo una de las enfermedades neurológicas más comunes en nuestro país. Un estudio realizado por Medina y col. en la colonia Kennedy de Tegucigalpa evidenció que los ACV, seguidos de las neuropatías y los síndromes cognitivos, ocupan el cuarto lugar en la prevalencia de enfermedades neurológicas (5.7/1000).¹⁵

Este estudio encontró que la mayoría de los casos ocurrió en hombres, lo que concuerda con los datos de estudios realizados por Rodríguez y col. y por Su y col. en el Hospital Escuela de Tegucigalpa, quienes encontraron la misma tendencia.^{16,17} Un tercio de nuestros pacientes eran mayores de 60 años, lo cual concuerda con la literatura que indica que la edad media para los ACV es a los 75 años.² Se ha descrito que la edad es un factor no modificable estrechamente relacionado con la aparición de esta enfermedad.¹⁸ Se estima que luego de los 55 años, por cada década de la vida la tasa de ACV asciende al doble tanto en hombres como en mujeres.⁷ El AVC en jóvenes es menos común y produce gran morbilidad en este grupo de personas, predomina en el sexo femenino y es más frecuente en la forma hemorrágica intraparenquimatosa.¹⁹

En cuanto a los factores de riesgo presentados; predominó la hipertensión arterial en la gran mayoría de casos, lo cual concuerda con otros estudios similares.^{7,15} Se estima que el control de la presión arterial reduce en un 10% la mortalidad por ictus. El factor de riesgo que se presentó en segundo lugar fue la diabetes, que estaba presente en un tercio de los casos. Similar frecuencia también ha sido reportada por otros autores.¹⁶ También se ha reportado que el consumo de alcohol y tabaco predisponen a sufrir ACV.¹¹ Este estudio encontró que en los pacientes menores de 60 años el segundo factor de riesgo es el tabaquismo, lo cual es un factor modificable. También se encontraron pacientes con antecedente de fibrilación auricular, enfermedad que también predispone a ACV.¹²

Cuadro 1. Factores de riesgo que presentaron los pacientes

Factor de riesgo	Pacientes mayores de 60 años (%)	Pacientes de menores de 60 años (%)	Total (%)
Hipertensión arterial	38	10	48
Hipercolesterolemia	15	1	16
Diabetes Mellitus	15	2	17
Tabaquismo	8	4	12
Fibrilación auricular	6	1	7
	82	18	100

Los ACV se clasifican en isquémico, criptógeno, trombótico, infarto lacunar, hemorrágico, de gran vaso, intraparenquimatoso, embólico, subdural, cardioembólico, epidural, arteria-arteria, subaracnoideo y otros.²⁰ Encontramos que el subtipos de ACV sufridos por nuestros pacientes fue el isquémico, siendo estos datos similares a los encontrados por otros autores en pacientes del Hospital Escuela.¹⁷ Un estudio realizado en Cuba reportó que el 81% sufrió ACV isquémico y el 18% hemorrágico. Marrugat et al., reportaron en España que el ACV isquémico se presentó en el 54.6% de los casos y el hemorrágico en 18%. En nuestro estudio, el diagnóstico se realizó por clínica en combinación con exámenes radiológicos en dos tercios de los casos. Esta es la metodología estándar utilizada para este tipo de series, repitiendo la tomografía cerebral 24 horas después en casos necesarios para confirmar el diagnóstico.¹⁶ Es muy importante estar seguro del tipo de ACV, porque aunque clínicamente son muy similares, el tratamiento es completamente diferente.

Afortunadamente, en el IHSS se cuenta con el apoyo del Posgrado de Rehabilitación, unidad en que fueron atendidos la mayoría de los pacientes, siendo muy importante su trabajo para disminuir las

secuelas que ocasiona el ACV. Se reportó un paciente fallecido después de los 28 días del ACV, y ninguno durante la hospitalización, lo cual no concuerda con otros estudios que indican que la letalidad poblacional a 28 días es muy alta ya que más de una tercera parte de los mayores de 24 años y más del 20% de la población de 25-74 años mueren en dicho periodo.²⁰ Debido a dificultades en la localización de expedientes en el archivo del IHSS, no está claro cuántos expedientes de pacientes que fallecieron por esta enfermedad no se pudieron obtener.

Es importante hacer un diagnóstico oportuno de la hipertensión arterial, especialmente en aquellos asegurados jubilados, ya que así se pueden evitar varias complicaciones vasculares. También se debe hacer educación a los pacientes con hipertensión arterial para que no abandonen el tratamiento, ya que este es el principal factor de riesgo que puede llevar a un ACV. También debe educarse a los asegurados sobre los riesgos que trae el hábito del tabaquismo. A los asegurados con obesidad se les debe educar sobre la nutrición saludable. Ambos son factores de riesgo modificables cuyo control trae mejor calidad de vida y menor riesgo de ACV.

REFERENCIAS

- Aho K, Harmsem P, Hatano H, Marquardsen J, Smirnov V. E, Strasser T. Cerebrovascular diseases in the community: results of a WHO collaborative study. Bull WHO 1980;58:113-30.
- Sanclemente Ansó C., Alonso Valdes F., Rovira Pujol E., Vigil Marta D., Vilaró Pujals J. Accidentes Vasculares Cerebrales en la Comarca de la Osona. Factores de riesgo Cardiovascular. An Med Interna Madrid 2004;21:161-65.
- Murria CJ, López AD. Mortality by cause for eight regions of the World: Global burden of disease study. Lancet 1997;349:1269-76.
- Organización Panamericana de la Salud. Las condiciones de salud en las Américas, vol. 1, edición 1998: Washington D.C. OPS: 1998 (Publicación Científica 569).
- Galeano L. Influencia de la edad en la calidad de vida de pacientes mayores de 65 años con isquemia vertebrobasilar tratados con nicardipino. Rev Neurol 1995;23:784-85.
- Cardona BB, Amador C. Calidad de vida en pacientes supervivientes a un ictus isquémico Rev Med Post UNAH 2006;9(2):212-20.
- Rojas IJ, Zurra MC, Patrucco L, Romano M, Riccio PM, Cristiano E. Registro de enfermedad cerebro vascular isquémica. Medicina (Buenos Aires) 2006;66(6):547-51.
- Colindres JZ, Hernández MM, San Martín CO. Factores de riesgo de enfermedad isquémica coronaria y cerebro vascular en el Hospital Escuela. Rev Med Post UNAH 2002;7(7):214-21.
- Su H, Bográn MA, Girón E. Perfil clínico epidemiológico de la enfermedad cerebro vascular en el Hospital Escuela. Rev Med Hond 2003;71: 4-7.
- Gorelick PB, Sacco RL, Smith DB, Alberts M, Mustone-Alexander L, Rader D, Ross JL, et al. Prevention of a first stroke: a review of guidelines and a multidisciplinary consensus statement from the National Stroke Association. JAMA 1999;28(12):1112-20.
- Guiu JM, Álvarez SJ, Codina A. Estudio comparativo del efecto de ácido acetilsalicílico en dosis bajas y el Trifusal en la prevención de eventos cardiovasculares en adultos jóvenes con enfermedad cerebro vascular isquémica. Rev Hondur Neuroci 1998;2(1):30-6.
- Rojas IJ, Zurru MC, Patrucco L, Romano M, Riccio PM, Cristiano E. Registro de enfermedad cerebro vascular isquémica. Medicina, Buenos Aires 2006:66.
- Wilson PW, D'Agostino RB, Levy D, Belanger AM, Silbershatz H, Kannel WB. Prediction of coronary heart disease using risk factor categories. Circulation 1998;97(18):1837-47.
- Baena DJM, del Val GJL, Vilches LA, Martínez MJL, Tomas PJ, González TI, et al. Riesgo de presentación de eventos cardiovasculares según la ocupación de los factores de riesgo modificables en la población mayor de 15 años de un centro de salud de Barcelona. Rev Esp Salud Pública 2005; 79:365-78.
- Medina MT, Durón RM, Ramírez F, Aguilar R, Dubón S, Zelaya A, et al. Prevalencia de enfermedades neurológicas en Tegucigalpa: El estudio Kennedy. Rev Med Hondur 2003; 71(1):8-17.
- Rodríguez-Rueda JM, Polanco-Rodríguez FO, Olivera-Bacallao LO, Pérez-Chávez JL, Fabelo-Mora CJ, Rodríguez-González I. Comportamiento de la enfermedad cerebrovascular en un período de dos años. Rev Cub Med Mil [periódico en la Internet]. 2006 Dic [citado 2008 Dic 10]; 35(4): . Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-65572006000400003-&lng=es&nm=iso.
- Su Humberto, Bográn M. A, Giron E. Perfil clínico epidemiológico de la enfermedad cerebrovascular en el Hospital Escuela. Rev Med Hondur 2003;71(1):4-6
- Abadal LT, Puig T, Balaguer VI. Accidente vascular cerebral: Incidencia, mortalidad y factores de riesgo en 28 años de seguimiento. Estudio de Manresa. Rev Esp Cardiol 2000;53:15-20.
- Torres-Ramírez L, Mori-Quispe N, Cosentino-Esquerre C, Domínguez-Calderón J, Guevara-Silva EA. y col Evento cerebrovascular en pacientes jóvenes en el Instituto Nacional de Ciencias Neurológicas. Diagnostico (Peru) 2007;46(3):120-26.
- Braunwald E, Asier SL, Fauci AS Longo DL, Kasper DL, Larry JJ Harrison Principios de Medicina Interna. México: Mc Graw-Hill Interamericana. 15 Ed. 2005;pp2749.
- Marrugat J, Arboix A, Garcia EL, Salas T, Vila J, Castell C, Tresserras R, Elosua R. Estimación de la incidencia poblacional y la mortalidad de la ECV establecida isquémica y hemorrágica en 2002. Rev Esp Cardiol 2007;60:573-80.

ABSTRACT Background. In Honduras, stroke is the eighth cause of death nationwide, and the fourth cause of death in public Hospitals. It is also the first cause of neurological hospitalizations at Hospital Escuela. The purpose of the study was to determine the clinical and epidemiological profile of patients with stroke at the Honduran Social Security Institute in Tegucigalpa. **Patients and methods:** A transversal and descriptive study was done including 56 patients with stroke hospitalized from January and December of 2006. **Results:** Ischemic stroke was predominant (68%). Males were more likely to suffer hemorrhagic stroke than females (34% vs. 25%). Blood hypertension was the predominant risk factor (66%, 37/56), followed by diabetes mellitus (26.7%, 15/56) (15); 55% of females and 36% of males had history of previous stroke. **Discussion** Results show that blood hypertension continues to be the main risk factor for stroke in patients at the Social Security hospital, predominating the ischemic type. Patients needed treatment at several hospital units. **Rev Med Hondur 2009;77(3):104-106**

Keywords: Cerebral vascular events, brain ischemia, cerebral hemorrhage, hypertension, stroke.

PERFIL DE LA DIARREA AGUDA EN NIÑOS HOSPITALIZADOS DE SANTA BÁRBARA

Profile of acute diarrhea in hospitalized children from Santa Barbara

María Isabel Bazabe Márquez, Germán Blanco Cruz, Debby Wildt, Belkis López

Servicio de Pediatría, Hospital Santa Bárbara Integrado de Honduras

RESUMEN. Introducción: la diarrea aguda ha sido una de las principales causas de morbilidad y mortalidad en la infancia. Estudiar el comportamiento clínico y epidemiológico de la diarrea en menores de cinco años ingresados en el Servicio de Pediatría del Hospital Santa Bárbara Integrado de Honduras durante los primeros cinco meses del año 2008. **Pacientes y métodos:** El universo estuvo constituido por 200 niños desde cero hasta cinco años que ingresaron en el servicio con el diagnóstico de Enfermedad Diarreica Aguda en el transcurso de una epidemia. Se utilizó un cuestionario que fue aplicado a las madres y además se utilizó información de los expedientes clínicos de los pacientes. **Resultados:** La afectación fue en el amplio grupo de 1 hasta 4 años, con predominio en el sexo masculino y la mayoría de los pacientes estaban eutróficos. El bajo per cápita familiar, el hacinamiento y la baja escolaridad materna fueron los principales antecedentes de riesgo detectados. La deshidratación fue la principal complicación y no ocurrieron defunciones. **Conclusión:** Los hallazgos clínicos y epidemiológicos encontrados en este grupo indican que las condiciones socioeconómicas se asocian a enfermedad diarreica. **Rev Med Hondur 2009;77(3):107-109**

Palabras clave: Diarrea, Gastroenteritis, Deshidratación, Desnutrición.

A lo largo de la historia, la diarrea aguda ha sido una de las principales causas de morbilidad y mortalidad en la infancia. Se estima que a escala mundial, cada uno de los 140 millones de niños nacidos anualmente experimenta una media de 7 a 30 episodios de diarrea en los primeros 5 años de vida y 11.000 niños fallecen diariamente por este motivo.¹⁻⁴ En los países industrializados, a pesar de unas condiciones sanitarias infinitamente mejores, la gastroenteritis aguda sigue siendo una de las primeras causas de morbilidad infantil y de demanda de atención sanitaria.

En la enfermedad diarreica intervienen factores biológicos, ambientales y sociales, entre los que cabe mencionar las infecciones y los factores del ambiente que facilitan la transmisión de los patógenos, tales como la calidad sanitaria del agua, hábitos de higiene personal, eliminación de excretas, control de moscas, hacinamiento.⁵ Las características epidemiológicas, agentes etiológicos y presentación clínica varían dependiendo del país, región o comunidad, por lo que su conocimiento en el ámbito local es útil en el diseño de programas de prevención y control.^{6,7}

En Honduras, así como en la mayor parte de los países del tercer mundo, las diarreas son la principal causa de morbilidad en niños menores de 5 años. En 1990 el número de casos anuales reportados en los Centros de Salud de Honduras, era alrededor de 200,000 y la tasa de 100,000 habitantes era alrededor de 5000. En un estudio realizado por el Ministerio de Salud de Honduras en 1987, se encontró que en la capital el 29% de las muertes en niños menores de 5 años se debía a la diarrea. Estos datos por altos que parezcan, deben tomarse como aproximaciones ya que el subregistro es grande debido a que los servicios de salud del estado no son accesibles a toda la población.^{3,5}

A pesar del curso de los años, esta morbilidad continúa repercutiendo desfavorablemente en el estado de salud de la población

infantil, siendo un importante motivo de consulta, de hospitalizaciones. No sólo es causa de morbilidad sino también de mortalidad en menores de cinco años. Según lo antes expuesto, se planteó realizar este estudio para evaluar los aspectos clínicos y epidemiológicos de la enfermedad en niños menores de cinco años, en el Hospital Santa Bárbara Integrado. Al ampliar nuestros conocimientos con respecto a esta entidad podremos contribuir a la propuesta y diseño de acciones de prevención y control localmente efectivos.

PACIENTES Y MÉTODOS

Se realizó un estudio descriptivo, en el servicio de Pediatría del Hospital Santa Bárbara Integrado de Honduras durante los primeros cinco meses del año 2008. El universo estuvo constituido por 200 niños desde cero hasta cinco años que ingresaron en el Servicio con el diagnóstico de Enfermedad Diarreica Aguda (EDA), en el transcurso de una epidemia.

El instrumento de recolección de datos contempló las siguientes variables: edad del paciente que fue dividida en dos grupos los menores de 1 año y los comprendidos de 1-4 años; el estado nutricional se estudió clasificándolo en DPC I, DPC II, normopeso, sobrepeso y obeso; sexo, escolaridad de la madre (evaluada de acuerdo a los niveles educativos formales que pudieron haber realizado (primaria, secundaria, universitario).

Se registró el ingreso per cápita de la madre, obtenido mediante el ingreso monetario considerando como base el salario mínimo. La variable hacinamiento se evaluó tomando en cuenta el número de personas en el ámbito familiar. La estadía hospitalaria se clasificó en dos grupos, de 0 a 7 días y de 8 a 14 días. El cuestionario fue aplicado a las madres previo consentimiento verbal de las mismas, además se utilizó la revisión de los expedientes clínicos de estos pacientes. Los datos recolectados fueron computados manualmente y reflejados en tablas de frecuencia.

Recibido 16/10/2008. Aceptado con modificaciones 20/08/2009
Correspondencia: Dr. German Blanco, Correo-E: doc1608@hotmail.com

RESULTADOS

El Cuadro 1 muestra la morbilidad según sexo y grupos de edades, observándose predominio del sexo masculino. De manera general, la mayoría de los pacientes correspondía al grupo preescolar (74%). Es de señalar que en los lactantes el predominio fue a expensas de los enfermos que tenían de 6 a 11 meses de vida (69 % del total menor de 1 año). El estado nutricional correlacionado con grupos de edades está reflejado en la Figura 1. Los datos obtenidos al clasificar el estado nutricional del grupo en estudio revelan un predominio de los niños eutróficos, en su mayoría de 1 a 4 años (41.5%). No se obtuvieron diferencias significativas entre la desnutrición proteico calórica (DPC) grado I y la II. Estos datos mostraron relación con los resultados obtenidos en el Cuadro 1.

Se observó la influencia de algunos antecedentes asociados en la incidencia de la diarrea tales como: el bajo per cápita familiar en 179 pacientes (89.5%), bajo nivel de escolaridad de la madre (primaria) en 158 casos (60%) y el hacinamiento en 149 (74.5%). Los principales síntomas y signos que presentaron en todos los pacientes fueron diarreas líquidas con o sin sangre y las manifestaciones generales como astenia y anorexia, seguidas por los vómitos (87.5%), los signos de deshidratación (83%) y la fiebre (74%). La deshidratación fue la complicación predominante, constatándose escasa incidencia de sepsis (4 casos) e íleo paralítico (2 casos). El 93% de los casos permaneció hospitalizado durante 7 días y el 7% restante por un mínimo de 10 días.

Cuadro 1: Morbilidad por EDA según grupos de edades y sexo.

Grupos de edades	Mascullinos		Femeninos		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%
Menor de 6 meses	9	4.5	7	3.5	16	8.0
De 6-11 meses	21	10.5	15	7.5	36	18.0
De 1 - 4 años	90	45.0	58	29.0	148	74.0
Total	120	60.0	80	40.0	200	100.0

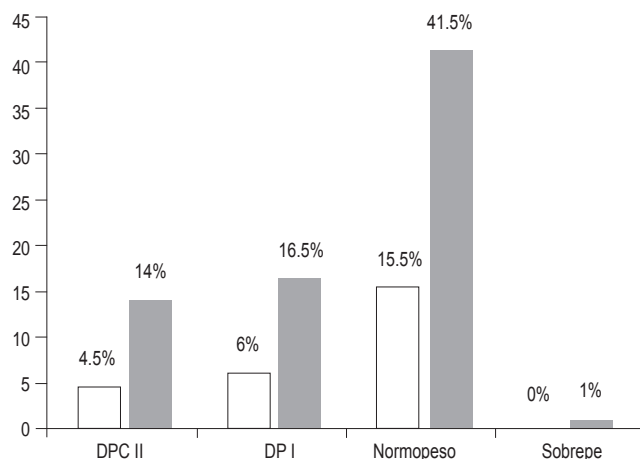


Figura 1. Valoración Nutricional según grupos de edades.

DISCUSIÓN

En el grupo de niños preescolar con cuadro diarreico agudo evaluado, predominó el sexo masculino, en su mayoría eutrófico, predominando dentro de los antecedentes detectados, el bajo ingreso per cápita, el bajo nivel de escolaridad (primaria) de la madre y el hacinamiento. La diarrea líquida con o sin sangre y las manifestaciones generales como astenia, anorexia, seguido por los vómitos, deshidratación y la fiebre los principales signos y síntomas, teniendo la deshidratación como principal complicación, no ocurriendo defunciones por esta enfermedad.

La mayoría de las enfermedades diarreicas ocurren durante los dos primeros años de vida. Su incidencia es mayor en lactantes de seis a once meses de edad cuando se produce el destete o la ablactación. Este patrón refleja los efectos combinados de la disminución de anticuerpos adquiridos de la madre, la falta de inmunidad activa en el menor de un año, el contacto directo con las heces humanas o animales cuando el niño comienza a gatear y la introducción de alimentos que pueden estar contaminados con los enteropatógenos, los cuales estimulan el desarrollo de la inmunidad contra infecciones del tracto digestivo, lo que explica la disminución de la incidencia de diarreas en niños mayores y adultos.^{8,9}

Los gérmenes específicos que causan la diarrea varían entre las regiones geográficas dependiendo del nivel de sanidad, el desarrollo económico y la higiene. Por ejemplo, en los países en desarrollo con salubridad pobre o donde las heces humanas se utilizan como fertilizantes, sus habitantes suelen tener brotes de diarrea cuando la bacteria intestinal o los parásitos contaminan los cultivos o el agua potable. En los países desarrollados, incluyendo los Estados Unidos, los brotes de diarrea están generalmente más asociados con suministros de agua contaminada, contacto personal en lugares como guarderías o intoxicación alimenticia.⁹⁻¹¹

En cuanto a las edades, otros estudios en países latinoamericanos han encontrado medias de edad de sus pacientes de 6 meses, siendo el 76% menores de 1 año en un estudio en Uruguay.^{4,6,7} Un estudio de la incidencia de la diarrea en infantes y el efecto de los factores socio-ambientales que la modifican se llevó a cabo un estudio en dos comunidades rurales, Linaca y Tatumbla, y un barrio marginal de la capital llamado Villanueva, en Honduras, la incidencia fue mayor en los niños menores de un año y fue disminuyendo progresivamente con la edad.⁵ En Colombia se observó en un análisis del comportamiento de esta entidad que el mayor número de casos ocurrió en el grupo de 4 a 24 meses.¹² Este resultado reporta resultados similares a la presente serie.

Otro indicador de pronóstico adverso en la diarrea es la malnutrición. Más del 40% de las muertes están relacionadas con esta afección, que a su vez se relaciona con episodios diarreicos prolongados. En países en vías de desarrollo, donde la diarrea recurrente es frecuente, se instala un ciclo vicioso de diarrea-desnutrición, desnutrición-diarrea.¹¹⁻¹³

Múltiples estudios en la región han mostrado que al menos la cuarta parte de la población con cuadro diarreico agudo presentan desnutrición, también se ha considerado que influye el escaso tiempo de alimentación con pecho materno que tienen algunos niños.¹³⁻¹⁴ La alta prevalencia de la enfermedad que condiciona un alto porcentaje de internación y probablemente el inadecuado

aporte de alimentos complementarios está vinculado a la situación de pobreza.^{7,13} En Honduras algunos estudios sobre epidemiología de la diarrea infantil, no han encontrado predominio de episodios diarreicos en desnutridos.⁵ Los resultados de las diferentes series dependen de los grupos poblacionales estudiados.

Existen situaciones que contribuyen a la aparición de complicaciones en niños con diarreas las que se caracterizan por atención médica tardía, difícil acceso a los servicios de salud, no uso precoz de sales de rehidratación oral, escaso nivel educacional y socioeconómico de la población, escaso desarrollo de la educación para la salud, ausencia de un sistema de atención primaria, entre otros. La deshidratación con acidosis es la complicación más común de la diarrea aguda.¹⁵ Nuestros resultados coinciden con lo reportado por la literatura, que plantea que la deshidratación es la complicación fundamental de esta enfermedad.^{15,16} Esta y otras complicaciones inciden en prolongación de la estancia hospitalaria, que en otros países latinoamericanos se reporta con una media de 3 a 4 días.¹²

La reducción de la estadía hospitalaria está influida por factores como un incremento de los conocimientos del personal de salud y de las comunidades sobre manejo correcto de las diarreas y sobre el modo de prevenir las complicaciones. El hecho de mantener la alimentación normal durante estos episodios, el uso de la lactan-

cia materna exclusiva, la existencia de la madre acompañante, la reducción del uso innecesario de antimicrobianos, el uso de Sales de Rehidratación Oral así como el establecimiento de la hidratación rápida en el paciente seriamente deshidratado.

La enfermedad diarreica continúa siendo una de las primeras causas de morbilidad y mortalidad en los menores de cinco años, a pesar de los grandes esfuerzos y logros realizados desde la perspectiva de la salud pública. La mortalidad continúa ocupando, después de las infecciones respiratorias agudas, las primeras causas de consulta y egreso hospitalario. En la propuesta de la OMS y de la OPS sobre la atención integrada a las enfermedades prevalentes de la infancia (AIEPI), se han tratado de unir varios programas, entre otros enfermedad diarreica e infección respiratoria aguda (CED-IRA) y se vienen adelantando diversas estrategias o líneas de trabajo que apuntan a reducir la mortalidad, morbilidad y severidad de los episodios de EDA-IRA padecidos por lo menores de cinco años. Este programa ha focalizado sus acciones en los menores de 5 años, debido a que éste constituye el grupo etareo con el mayor rango porcentual en la morbilidad y mortalidad, comparado con la población en general.¹⁵ Se recomienda dar especial énfasis a la población y al personal de salud para seguir las intervenciones sobre los factores modificables encontrados en este y otros estudios.

REFERENCIAS

1. Silva Fernando. La diarrea: uno de los grandes asesinos de niños. Nicaragua. 2000. «Cholera in 1991», *Weekly Epidemiological Record* (publicación de la OMS), Vol. 67, n° 34 (21 agosto 1992), p. 253. www.healthwrights.org/static/cuestionando/cap6.htm
2. Torres ME, Shigella. En: Organización Panamericana de la Salud. Enfermedades transmitidas por alimentos en Uruguay: Montevideo: OPS/OMS, 2002:35-44.
3. López López D, Godoy Mejía C. Identificación de los factores que influyen en la hospitalización de niños con Enfermedad Diarreica Aguda en el Hospital Materno Infantil. *Med Post UNAH* (Honduras) 2000; 5(3):225-231.
4. García L, Algorta G, Pirez C, Rubio I, Montano A. Diarrea con sangre. Etiología y tratamiento con antibióticos en niños asistidos en el CHPR. Enero 2003-abril 2004. *Arch Pediatr Urug* 2005; 76(4):285-8.
5. Figueroa M. Epidemiología de las diarreas infantiles en tres comunidades de Honduras. *Rev. Med Hond* 1990; 58:1-8.
6. Riverón Corteguera RL. Enfermedades infecciosas intestinales. Epidemiología. En: De la Torre E, Gutiérrez JA, González JA. Editores. *Temas de Pediatría*. ECIMED, Ciudad de la Habana. 2004.
7. Pérez W, Melogno A, Píriz M, Pastorino H, Pereira ML, Pinchak C, et al. Diarrea aguda infantil. Admisión hospitalaria en menores de tres años. Año 2005. *Arch Pediatr Urug* 2007;78(2):94-8.
8. Organización Panamericana de la Salud. Guía Operativa para la vigilancia Epidemiológica de Diarrea por Rotavirus. Versión Preliminar. Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud, Washington, D. C. Diciembre 2005.
9. Thapar N, Sanderson IR. Diarrhoea in children: An interface between developing and developed countries. *Lancet* 2004; 363:641-53.
10. Sando BK. European Society of Pediatric Gastroenterology, Hepatology and Nutrition Working Group on Acute Diarrhoea. Practical guidelines for the management of gastroenteritis in children. *J Pediatr Gastroenterology Nutr* 2001; 33: 536-39.
11. Sala A. Alimentación en el menor de un año y su relación con los episodios diarreicos y la desnutrición. Centro de Salud Ermitaño Alto, febrero a noviembre 1999. Lima, Perú; 2000. p.1- 42.
12. Ramírez del Puerto YG, Pastorini Correa JC, Russi Cahill JC, Ferrari Castilla AM. Enfermedad Diarreica Aguda: Características de la población asistida en el CASMU. Abril 1997- Abril 1998. *Arch pediatr Uru* 2001; 72 (2): 110-115.
13. Marca González SR, Mejías Sala H, Tamayo Meneses L. Factores de riesgo para la deshidratación severa para niños menores de 5 años. *Cuad Hosp Clin* 2004;49(1):29-35.
14. Riverón Corteguera RL, Mena Miranda VR, González Fernández MA. Morbilidad y Mortalidad por enfermedades infecciosas intestinales (001-000) en Cuba 1980-1999. *RCP* 2000; 72 (1): 71-80.
15. Sierra Rodríguez Pedro Alberto. Actualización del control de la enfermedad diarreica aguda en Pediatría. Prevención, diagnóstico y tratamiento. *Rev Pediatría Santa Fe Bogotá* 2008; 33(3).
16. Cáceres DC, Estrada E, De Antonio R, Peláez D. La enfermedad diarreica aguda: un reto para la salud pública en Colombia. *Rev. Panam Salud Pública* 2005; 17(1):6-14.

ABSTRACT. Background: Acute diarrhea has been a main cause of morbidity and mortality in infancy. To study the clinical and epidemiological profile of diarrhea in children under five years admitted to the Pediatric Service of Hospital Santa Bárbara Integrado in Honduras during the first five months of 2008. **Patients and methods:** The universe included 200 children from zero to five years who were hospitalized with acute diarrheal disease during an epidemic. A questionnaire was administered to mothers and data from charts were also reviewed. **Results:** The disease predominated in the broad group of children between 1 and 4 years, mostly males, and the majority of patients were eutrophic. Low per capita income, overcrowding and low maternal education were the main risk factors identified. Dehydration was the main complication and no deaths from this disease occurred. **Conclusion:** Clinical and epidemiological factors found in these patients suggest that socio-economical factors are associated to diarrheal disease. **Rev Med Hondur** 2009;77(3):107-109

Keywords: Diarrhea, Gastroenteritis, Dehydration, Malnutrition

BRONQUIECTASIAS

Bronchiectasis

Olga Zavala,¹ Erick Barahona,² Maslova Toledo,¹ Francisco Ayes³

¹Postgrado de Anatomía Patológica, UNAH/Hospital Escuela

²Postgrado de Cirugía General, UNAH/Hospital Escuela

³Departamento de Cirugía, Hospital Escuela

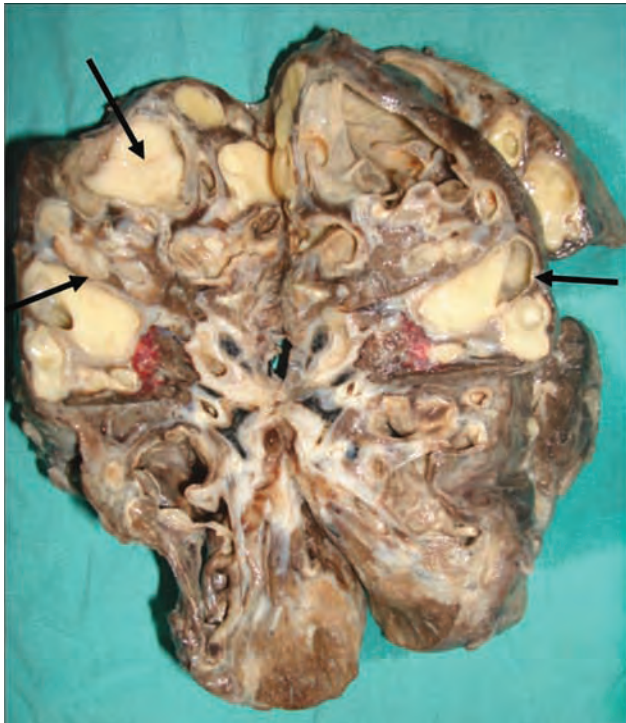


Fig. 1



Fig. 2

Paciente femenina de 25 años de edad con embarazo de 26 semanas, ingresada en el Hospital Escuela por tos con expectoración verdosa y disnea de 20 días de evolución. Se diagnosticó bronquiectasia pulmonar extensa del pulmón izquierdo por tomografía. No hubo respuesta al manejo médico, por lo que se realizó neumonec-tomía izquierda. La paciente evolucionó sin complicaciones. **La Fig. 1** muestra la pieza quirúrgica correspondiente a pulmón izquierdo, el tejido pulmonar se encuentra sustituido en un 70% por múltiples bronquiectasias, ocupadas por material purulento y fibrina (flechas). Se realizó coloraciones especiales para microorganismos identificándose bacilos GRAM positivos y cocos GRAM positivos y negativos. Para fines comparativos, la **Fig. 2** presenta una imagen macroscópica de un pulmón normal.

Recibido 15/05/09. Aceptado con modificaciones menores 16/09/09

Correspondencia: Dra. Olga Zavala, Correo-E: olgamarizavala@yahoo.com

CARCINOIDE APENDICULAR EN PACIENTE PEDIÁTRICA. REPORTE DE CASO

Appendicular carcinoid in a pediatric patient. Case report

Edwin Arturo Fernández Galo

Hospital Materno Infantil, Emergencia Cirugía Pediátrica
Instituto Hondureño de Seguridad Social

RESUMEN. Los carcinoides son tumores neuroendocrinos de baja incidencia en la población general. Aparecen con mayor frecuencia en apéndice cecal, seguido por intestino delgado, recto y bronquios. Los tumores carcinoides apendiculares son habitualmente asintomáticos, por lo que la mayoría de las veces sólo se descubren en las biopsias de la pieza operatoria de las apendicetomías. Su tratamiento es quirúrgico y tienen un buen pronóstico. Se presenta el caso de una paciente de 14 años de edad con cuadro clínico de apendicitis aguda, a quien se le realizó apendicectomía. El resultado de estudio anatomopatológico confirmó un tumor de células endocrinas (argentafinoma, tumor carcinoide) en el tercio distal del órgano, que infiltraba hasta la serosa y apendicitis aguda supurada. Por lo inusual de estos tumores en edades tempranas y por lo que puede representar para el niño una conducta no consecuente, se presenta este caso, enfatizando que es extremadamente importante el seguimiento de las conclusiones del examen histológico de pacientes sometidos a apendicectomía. **Rev Med Hondur 2009;77(3):111-113**

Palabras clave: Tumor carcinoide, apendicitis, apendicectomía.

INTRODUCCIÓN

Las neoplasias apendiculares son sumamente raras y casi nunca se diagnostican antes de la cirugía. Tienen una baja frecuencia de presentación, correspondiendo a 0,2 y el 0,5 % de todos los tumores del tubo digestivo.¹ Las neoplasias malignas del apéndice cecal tienen marcadas diferencias de comportamiento, dependiendo de su tipo y subtipo histológico, del tamaño y de su componente mucoso. Son extremadamente raros y se presentan alrededor de una vez cada 10,000 casos de apendicetomías. Los más frecuentes son el carcinoide y el adenocarcinoma.²

La máxima incidencia del tumor carcinoide apendicular ocurre entre la tercera y la cuarta década de vida, sin embargo, puede aparecer en todos los grupos etáreos. El hallazgo de los tumores carcinoides apendiculares ocurre con mayor frecuencia de manera incidental, encontrándose en el estudio histológico de los apéndices cecales resecaados durante cirugías por apendicetomías en las que no se sospechaba una patología tumoral preoperatoriamente.² El objetivo al presentar este caso es revisar la literatura sobre el tema, destacando la presentación clínica, tratamiento y pronóstico.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Se atendió a una paciente femenina de 14 años de edad, quien se presentó a la Emergencia de Pediatría del Hospital Materno Infantil de Tegucigalpa con historia de dolor abdominal de 15 horas de evolución. El mismo inició en la región periumbilical y posteriormente se localizó en el cuadrante inferior derecho, descrito como continuo, de intensidad moderada, sin atenuantes a pesar de automedicación

con acetaminofén. Además se acompañaba de náuseas y vómitos y no había historia de fiebre. El examen físico del abdomen demostró dolor a la palpación del cuadrante inferior derecho. El hemograma reportó leucocitosis de 18,160/mm³ con neutrofilia de 80%, por lo que clínicamente se considero el diagnóstico de apendicitis aguda. Se procedió a realizar apendicectomía abierta mediante incisión transversa en el cuadrante inferior derecho, encontrando un apéndice con signos macroscópicos inflamatorios supurativos.

El informe patológico reportó apéndice cecal de 9x1cms serosa grisácea lisa brillante, con pared de 0.2cm, de mucosa blanquecina y se identificaba un tumor blanquecino en tercio distal de 3x1cms (Figura 1). Al examen microscópico se evidenció un tumor neuroendocrino bien diferenciado (carcinoide) de 12mm de diámetro con infiltración de toda la pared y permeación vascular/linfática, con borde quirúrgico libre de neoplasia (Figura 2). Estos datos fueron compatibles con apendicitis aguda con periapendicitis.

El tumor no infiltraba más allá de la pared, por tanto no invadía mesoapéndice, medía menos 20mm y se localizaba en la punta. Dado que su tamaño era de 12mm se realizó rastreo topográfico abdominal en busca de metástasis sin encontrarla. La paciente evolucionó satisfactoriamente, siendo egresada al segundo día postquirúrgico con seguimiento en la consulta externa de oncología, con buena evolución a 4 meses de la cirugía. No se requirió más manejo que el quirúrgico.

DISCUSIÓN

Presentamos un caso de carcinoma apendicular en paciente adolescente. El tratamiento del caso que hemos reportado se basó en apendicectomía y seguimiento, dado que el tumor medía 12mm y se localizó en el tercio distal del apéndice cecal sin extensión al resto del órgano.

Recibido: 08/08. Aceptado con modificaciones: 05/10/09

Correspondencia: Residencial Lomas de Toncontín, Bloque 42, Casa 1808, Correo-E: Teresa1166@hotmail.com



Figura 1. Imagen macroscópica que muestra tumor localizado en el tercio distal del apéndice cecal (flecha).

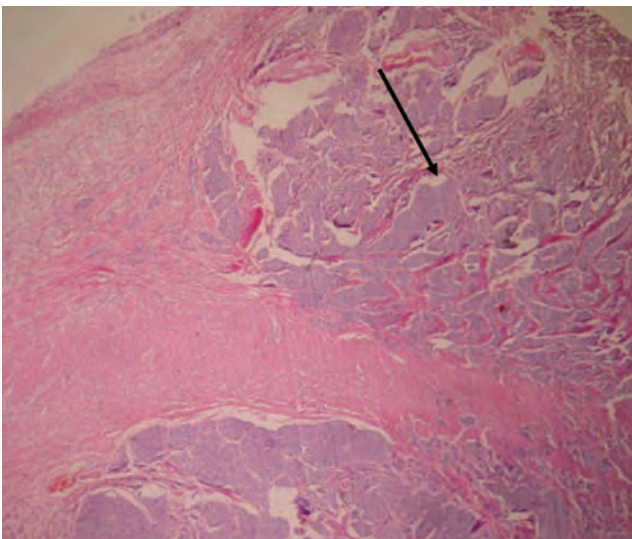


Figura 2. Microfotografía que muestra infiltración del tumor a toda la pared. HE, campo 4x.

Los tumores carcinoides son los tumores endocrinos gastrointestinales más frecuentes y variados, representando el 75% aproximadamente de estas neoplasias. Proceden de las células neuroendocrinas de cualquier parte del cuerpo, pero son más prevalentes en el tubo digestivo, páncreas y bronquios. Los tumores pueden aparecer en cualquier punto desde el estómago al recto, pero son más frecuentes en el apéndice, íleon y recto.³ Los tumores apendiculares representan casi la mitad de todos los tumores carcinoides y constituyen un hallazgo casual en el 0,3% al 0,7% de las muestras de estudio histopatológico de las piezas operatorias de pacientes adultos y pediátricos intervenidos por apendicitis aguda,³ como el caso presentado. La frecuencia del tumor carcinóide aumenta en la tercera y cuarta década de la vida, para algunos autores es una de las neoplasias gastrointestinales más frecuentes en niños menores de 15 años.^{4,5}

Como en el caso presentado, la topografía más frecuente del tumor carcinóide es la punta del apéndice. La mayor parte de los carcinoides del apéndice tienen un crecimiento lento. Cuando el tumor se localiza en el extremo del órgano puede identificarse con facilidad durante la laparotomía, pero los que se encuentran en el cuerpo o en la base pueden simular un fecalito.⁴ Aunque todos son potencialmente malignos, la tendencia a un comportamiento agresivo está en función de la localización (la base), la profundidad de la infiltración local (invasión a mesoapéndice) y el tamaño del tumor (mayor de 20mm).⁵⁻⁷ En el caso de nuestra paciente el tumor no infiltraba más allá de la pared, medía menos de 20mm y se localizaba en la punta, implicando un buen pronóstico, que se ha documentado en el seguimiento ambulatorio.

El 90% de los carcinoides apendiculares no alcanzan los 10mm de diámetro.^{5,8} Las metástasis ocurren en menos del 15% de los casos en los tumores inferiores a 10mm de diámetro, aumentando a un 60 a 80% de los casos de los tumores con diámetros de entre 10-20mm. Los tumores mayores a 20 mm casi siempre forman metástasis, lo cual es determinante para el tratamiento.⁷ En los tumores carcinoides clásicos y adenocarcinoides el tratamiento incluye la apendicectomía simple en tumores menores a 10mm, la hemicolectomía derecha en los tumores mayores a 20 mm y en aquellos con tamaño entre 10 y 20mm, pero con invasión del mesoapéndice.⁸

Otros autores, sin embargo, prefieren reservar la hemicolectomía sólo para pacientes jóvenes con tumores mayor o iguales a 20 mm con bajo riesgo operatorio.^{7,8} El pronóstico es bueno pese a la existencia de diseminación metastásica, alcanzando una supervivencia a los 5 años de 86 a 100% en los carcinoides clásicos y cerca de un 80% en los adenocarcinoides.⁹⁻¹¹ Un número menor produce el síndrome carcinóide caracterizado por niveles elevados de serotonina en sangre y orina, que producen rubefacción, diarreas, broncoconstricción y cianosis; aparece en el 1% de los enfermos y hasta en el 20% de quienes tienen metástasis, las cuales pueden aparecer en hígado, huesos y pulmones.¹¹ La quimioterapia está indicada en los tumores carcinoides metastásicos. Hasta el momento, en el caso presentado no se requirió más manejo que el quirúrgico.

En resumen, es importante darle seguimiento al informe histopatológico de los pacientes a los que se les ha realizado apendicectomía por apendicitis aguda, y en el caso de que sea reportado un tumor carcinóide, dar el manejo correspondiente de acuerdo a los criterios ya establecidos. En muchos hospitales de nuestro país no se dispone del servicio de patología lo que obliga a enviar estas muestras a centros de referencia por lo que la mayoría de las piezas patológicas de apéndice no son estudiadas (como en nuestro Hospital de Danlí), lo que limita profundamente la posibilidad de diagnosticar esta patología con consecuencias lamentables para nuestros pacientes.

REFERENCIAS

1. Corpron CA, Black CT, Herzog CE, Sellin RV, Lally KP, Andrassy RJ. A half century experience with carcinoid tumors in children. *Am J Surg* 1995;170:606-8.
2. Craig E. Incidental carcinoid tumor of appendix. *Medscape Surgery* 2002;4(1).
3. Esmer-Sánchez DD. Tumores apendiculares. Revisión clínico-patológica de 5307 apendicetomías *Cir Ciruj* 2004;72(5):375-8.
4. Fenoglio-Preiser C, Noffsinger A, Stemmermann G, Lantz P, Listrom M, Rilke F: *Gastrointestinal Pathology. An Atlas and Text*. Philadelphia, Lippincott-Raven Publishers, 1999:553-9
5. Moertel CL, Weiland LH, Telander RL. Carcinoid tumor of the appendix in the first two decades of life. *J Pediatr Surg* 1990;25:1073.
6. Moertel CG, Dockerty MB, Judd ES: Carcinoid tumors of the vermiform appendix. *Cancer* 1968;21: 270.
7. Moertel CG, Weiland LH, Nagorney DM, Dockerty MB. Carcinoid tumor of the appendix: treatment and prognosis. *N Engl J Med* 1987;317:1699-1701.
8. Butler JA, Houshair A, Lin F, Wilson SE. Goblet cell carcinoid of the appendix. *Am J Surg* 1994;168:685-687.
9. Spallitta SI, Termine G, Stella M, Calistro V, Marozzi P: Carcinoid of the appendix. A case report. *Minerva Chir* 2000; 55: 77-87
10. Masaki A, Osamu W, Yoshihiko N, Takao K, Imamura H, Kinoshita J, et al. Adenocarcinoid of the appendix: report of two cases. *Surg Today* 2003; 33: 375-8.
11. Prommegger R. Retrospective evaluation of Carcinoid Tumor of appendix in children. *World Journal of Surgery* 2002;26(12):1489-92.

ABSTRACT: Carcinoids are neuroendocrine tumors with low incidence in the general population. They usually appear in the appendix, small bowel, rectum and bronchi. These tumors are generally asymptomatic, so most of the time they are discovered by the pathologist during the examination of appendectomy surgical specimens. The main treatment of this disease is surgical and prognosis is good. We present the case of a 14 year-old female with clinical picture of acute appendicitis, she had appendectomy. The anatomopathologic analysis revealed a carcinoid tumor located at the distal edge of the organ, infiltrating the serosa, associated to acute appendicitis. We present this case to emphasize about the rare presentation of this tumor in early ages, and about the implications of inadequate management. It must be emphasized the importance of the follow-up of the pathologic examination of specimens of patients submitted to appendectomy. **Rev Med Hondur 2009;77(3):111-113**

Keywords: Carcinoid tumor, appendicitis, appendectomy.

**ANUNCIESE EN LA REVISTA MÉDICA HONDUREÑA
CONTÁCTECNOS PARA PUBLICIDAD EN IMPRESIÓN A COLOR
EN PAPEL SATINADO.**

Descuento para anuncios de congresos de Asociaciones Médicas.

CARACTERIZACIÓN CLÍNICO-TERAPÉUTICA DE LA FRACTURA ESTERNAL EN EL HOSPITAL ESCUELA

Clinical and therapeutic characterization of sternal fractures at Hospital Escuela

Francisco Ayes-Valladares¹, Luz Tatiana Alvarado²

¹Departamento de Cirugía, Hospital Escuela, Tegucigalpa, Honduras, ²Autora independiente

RESUMEN. La fractura esternal se observa cada vez más frecuentemente y se asocia a politraumatismo. Se reporta la casuística de 13 pacientes con diagnóstico de fractura esternal que ingresaron a la Emergencia de Cirugía del Hospital Escuela entre el 1 de enero de 1996 y el 30 de noviembre de 2008. La frecuencia de fractura en pacientes con trauma cerrado de tórax fue de 1.22%. El 77% de los casos eran del sexo masculino. Todos los pacientes sufrieron traumatismo cerrado de tórax; en 77% de los casos la fractura fue secundaria a accidente automovilístico y en 23% se debió a impacto directo por precipitaciones de poca altura. Nueve pacientes (69%) fueron manejados quirúrgicamente en forma temprana. La evolución postoperatoria fue satisfactoria en todos los casos disminuyendo significativamente el dolor de acuerdo al sistema de evaluación de síntomas de Edmonton y mejoró la función respiratoria en forma inmediata, resolviendo totalmente a corto plazo. Los cuatro casos no sometidos a cirugía presentaron dolor crónico y discapacidad ventilatoria en forma prolongada. La frecuencia de fractura esternal en el contexto de traumatismo cerrado de tórax fue similar a lo reportado en la literatura y la buena evolución de los pacientes intervenidos apoya el beneficio del manejo quirúrgico. **Rev Med Hondur 2009;77(3):114-117**

Palabras clave: contusión cardiaca, trauma contuso, trauma de tórax.

Las lesiones del tórax óseo por sí mismas acarrearán cuatro importantes secuelas: 1) dolor, 2) hemorragia, 3) inestabilidad mecánica del tórax y 4) deformidad. En forma directa o indirecta, estas situaciones contribuyen al desarrollo de alteraciones en el intercambio gaseoso pulmonar, inestabilidad hemodinámica y neumonía y contribuyendo así, a la morbi-mortalidad de las lesiones multi-sistémicas.¹⁻³

Desde la aparición de los automóviles, la fractura esternal ha sido reportada con frecuencia creciente. El mecanismo clásico de lesión es el impacto directo del esternón con el volante del automóvil que desacelera súbitamente en una colisión. Otros mecanismos son el trauma directo al esternón y la compresión por lesiones en hiperextensión de la columna siendo más propensas a esta lesión las mujeres y personas mayores de 50 años.

La gran mayoría comprometen el tercio superior y medio del hueso esternal. Las fracturas conminutas se reportan en menos del 10% de los casos. Un 50% a 60% de los casos se acompañan de otras lesiones torácicas y extra-torácicas (fracturas costales, de huesos largos, TCE, fracturas vertebrales). La fractura de esternón deberá considerarse un signo de trauma múltiple severo hasta que se pruebe lo contrario. La asociación entre fractura esternal y contusión cardiaca ha sido reportada en forma inconstante en la literatura pudiendo presentarse con isquemia miocárdica o arritmias.²⁻⁶

Tradicionalmente, se ha manejado esta condición con analgesia y reposo absoluto limitando la fijación interna a pacientes con dolor severo o grandes deformidades. Si bien muchos pacientes resuelven su condición sin cirugía; al final, esto conlleva a discapacidad prolongada por dolor crónico y disfunción ventilatoria persistente aumentando así el riesgo de neumonía. Adicionalmente,

la fractura esternal altera la estabilidad del tórax y de la columna torácica.

La mortalidad asociada a la fractura esternal es baja y depende más bien de las lesiones acompañantes. Esta serie de casos evalúa las características clínicas y la evolución de los pacientes con este tipo de fractura en nuestro hospital universitario.

PACIENTES

Se hizo registro prospectivo de pacientes con traumatismo cerrado de tórax con fractura esternal que acudieron consecutivamente a la Unidad de Emergencia y Urgencias Quirúrgicas del Hospital Escuela entre el 1 de enero de 1996 al 30 de noviembre de 2008. Se recopilaron 13 casos de un total de 1,050 traumatismos torácicos cerrados (1.24%). Se registró las variables: nombre, expediente clínico, sexo, edad, mecanismo de lesión, síntomas y signos, condición hemodinámica (clasificada según criterios de la Sociedad Americana para la Cirugía de Trauma), hallazgos radiológicos, resultados de ECG y de Eco-cardiograma, lesiones asociadas, tratamiento.

A todos los pacientes se les aplicó una escala numérica de medición del dolor a través del Sistema de evaluación de síntomas de Edmonton (ESAS) para valorar la mejoría inmediata, mediata y tardía a las medidas terapéuticas establecidas. La información se recopiló manualmente. Se realizó seguimiento clínico de todos los pacientes por 12 a 36 meses posteriores a su egreso del hospital. Todos los pacientes dieron consentimiento verbal para el estudio de seguimiento ambulatorio.

Diez pacientes (77%) eran del sexo masculino. La edad de los pacientes osciló entre los 48 y 82 años, con una media de 56 años, 12 pacientes (92%) eran mayores de 50 años. En todos los casos, el mecanismo de lesión fue traumatismo cerrado. En diez casos (77%), se debió a accidentes automovilísticos. En este grupo, el

trauma directo contra el timón del vehículo fue la causa más frecuente (7 casos). En un paciente el mecanismo causal fue caída de poca altura con hiperextensión de la columna vertebral y luxación esterno-clavicular asociada. Los 2 casos restantes se debieron a impacto directo esternal por caídas de poca altura. En 11 casos (84.6%) la fractura comprometió la unión manubrio-corporal y en los 2 casos restante la parte superior del cuerpo del esternón. Un paciente presentó fractura conminuta (7.7%). Cinco pacientes (38.5%) sufrieron contusión cardíaca.

Todos los pacientes llegaron al Hospital en las primeras seis horas del evento traumático. Las manifestaciones clínicas se enumeran en el Cuadro 1. El diagnóstico clínico incluyó la inspección por cambios anatómicos evidentes en la región afectada (Figura 1).

Cuadro 1. Manifestaciones clínicas de fractura esternal en los pacientes evaluados (n=13).

Signo/Síntoma	Casos	%
Dolor localizado	13	100
Hipersensibilidad	13	100
Deformidad	13	100
Dificultad respiratoria	10	77
Edema	10	77
Equimosis	7	54



Figura 1. Deformidad torácica por fractura esternal.

A todos los pacientes se les realizó radiografía de tórax PA. Basados en los hallazgos clínicos se le solicitó la proyección lateral de esternón a 9 pacientes. En 3 casos la proyección esternal fue solicitada a 24 horas de su ingreso por falta de sospecha de la lesión y un caso egresó sin diagnóstico haciéndose el mismo un mes después del trauma. Se indicó Tomografía Computarizada con medio de contraste a tres pacientes por ensanchamiento mediastinal establecido en la proyección PA. Se descartó lesión de grandes vasos en todos los casos.

Se ordenó ECG a los nueve pacientes diagnosticados en la Emergencia; reportando en 2 de ellos elevación del segmento S-T en por lo menos 2 derivaciones precordiales y alteración significativa de la CPK-MB. Estos pacientes fueron sometidos a eco-cardiograma bidimensional, reportados normales. Los pacientes con ECG normal presentaron comúnmente taquicardia sinusal que cedió con control del dolor y suplemento de oxígeno. Tres de ellos presentaron troponinas elevadas con eco-cardiogramas bidimensionales normales. Una paciente intervenida egresó del Hospital con fractura vertebral inadvertida que fue diagnosticada por dolor dorsal persistente un mes después de la cirugía. Los nueve pacientes con fractura esternal secundaria a accidente automovilístico tuvieron por lo menos una lesión asociada (Cuadro 2).

El manejo inicial se focalizó en mantener una oxemia adecuada con dispositivos de Venturi, control de dolor, manejo adecuado de secreciones y reposo absoluto. A nueve pacientes se les realizó reducción abierta, fijación interna con alambre y condrectomías bilaterales. Un paciente con fractura conminuta requirió adicionalmente un injerto costal para dar estabilidad a la fijación.

La evolución post-operatoria fue satisfactoria en todos los casos resolviendo el problema de dolor de acuerdo al ESAS (obteniendo una reducción de 9-10 pre-operatoria a 5 en el post-operatorio inmediato, a 2-3 para el 5° día post-operatorio y 1 para el 10° día post-operatorio) y mejorando simultáneamente la función respiratoria. Las complicaciones del procedimiento fueron del 15% y no prolongaron su estancia hospitalaria.

Dos pacientes presentaron hematoma de la herida quirúrgica que fueron resueltos con drenaje. Los pacientes egresaron entre el 5° y 16° día postoperatorio. La estancia hospitalaria fue aumentada por la presencia de lesiones asociadas. Dos pacientes no fueron intervenidos por riesgo quirúrgico elevado (ASA III), otro por no acceder a la cirugía y otro caso fue dado de alta con la lesión esternal inadvertida. Los cuatro casos presentaron dolor crónico (5 en

Cuadro 2. Lesiones asociadas a la fractura esternal (n=13)

Lesión	Casos	%
Contusión pulmonar	9	69
Disrupción condro-esternal	9	69
Fracturas costales	7	54
Trauma Cráneo-Encefálico (TCE)	5	38.5
Contusión cardíaca	5	38.5
Fractura de cadera	1	7.7
Fractura de tobillo	1	7.7
Fractura vertebral	1	7.7
Luxación esterno-clavicular	1	7.7
Fractura patelar	1	7.7

el Sistema de evaluación de síntomas de Edmonton) hasta por 14 meses con alteración moderada de sus volúmenes y capacidades pulmonares manifiesta por disnea de medianos esfuerzos que requirió analgésicos, relajantes musculares, fisioterapia y terapia respiratoria prolongadas y durante este tiempo, alteración significativa de su calidad de vida.

El seguimiento de los pacientes intervenidos muestra evolución satisfactoria del dolor (1-2 ESAS) desapareciendo entre las 6 y 10 semanas. No hubo alteración significativa de la función respiratoria y en promedio recibieron fisioterapia por 6 semanas. Ningún paciente presentó secuelas identificables por la condecoración o la fijación interna con alambre. En esta serie no hubo mortalidad asociada a la fractura esternal o a las lesiones asociadas. Desde el punto de vista estético, se devolvió la estabilidad a la columna vertebral evitando las posturas viciosas y la resolución de la deformidad torácica.

DISCUSIÓN

La incidencia de fractura esternal secundaria a traumatismo cerrado de tórax en el Hospital Escuela en un periodo de 12 años 10 meses fue de 1.24%, coincidiendo con lo reportado en la literatura internacional (0.45%-6.7%).^{1,2,7-11} Este reporte también coincide con las investigaciones revisadas, en una edad tardía de los pacientes.^{1,2,10} El diagnóstico se sustentó primordialmente en el mecanismo de lesión y las manifestaciones clínicas.

La fractura esternal se sospecha por la presencia de dolor e hipersensibilidad localizada, equimosis, edema, deformidad torácica y movimiento de los fragmentos durante la respiración. El tratamiento inicial de la fractura esternal deberá ser enfocado inicialmente a las lesiones acompañantes. Deberá contarse con un ECG a su ingreso y para referencia posterior especialmente en pacientes mayores de 40 años ya que muchos presentan disfunción ventricular derecha transitoria, pero la necesidad real de monitorización se basa más en las lesiones acompañantes que en la fractura esternal por sí sola.

Similar a los resultados de otros reportes, se establece que la causa más frecuente de fractura esternal es el trauma directo contra el timón del vehículo por colisión. La frecuencia de caídas de diferente altura fue también similar a lo encontrado en otras series.^{1-3,10-12} Como documentamos en nuestra serie, el dolor e hipersensibilidad y la deformidad en la región esternal está presente en todos

los pacientes y obliga a descartar fractura. La frecuencia de fractura conminuta fue similar a la encontrada en otras series.^{1,5}

Se ha reportado que las lesiones asociadas más frecuentes son la contusión pulmonar, la fractura de los cartílagos costales y las fracturas costales acorde.^{2,4} El 38.5% de nuestros casos sufrió contusión cardiaca, frecuencia muy superior a los datos publicados (8.7%-15.5%).^{1,2,7}

La radiografía PA de tórax más una proyección lateral exclusiva para esternón fue suficiente para el diagnóstico.⁵ La presencia de otros hallazgos en la placa de tórax (ensanchamiento mediastinal u otros signos sugestivos de lesión vascular torácica), fueron parámetros para indicar la realización de una tomografía computarizada o arteriografía.

Más de un tercio de nuestros pacientes fueron sometidos tempranamente a reducción abierta y fijación interna con alambre y mostraron recuperación precoz de la disfunción ventilatoria al controlar en gran medida la inestabilidad mecánica y el dolor valorado a través de la ESAS. Los pacientes intervenidos evolucionaron bien y sin complicaciones mayores por los procedimientos, aquellos no intervenidos desarrollaron dolor crónico y disfunción ventilatoria prolongada con compromiso significativo de su calidad de vida. La literatura médica muestra que muchos autores patrocinan el tratamiento no-quirúrgico de estas lesiones pero no aportan datos confrontables de la evolución de estos pacientes y de las secuelas a mediano y largo plazo.^{2,6,11-14} Dos series revisadas coinciden con nuestro reporte en que el seguimiento de los pacientes manejados conservadoramente mostraron discapacidad prolongada por dolor.^{8,15}

Comparativamente, los resultados de los investigadores que sometieron a manejo quirúrgico temprano con fijación interna de la fractura esternal a sus pacientes; coinciden con la presente serie en que este manejo disminuye el tiempo de recuperación total (de 6 a 12 semanas), sin secuelas en caso de fracturas aisladas del esternón y en los pacientes con otras lesiones óseas del tórax, disminuye significativamente el desarrollo de neumonía y la necesidad de ventilación mecánica asistida.^{1,8,9,13,15}

Esta serie apoya el enfoque de que la reducción abierta y fijación interna con alambre de la fractura esternal, acorta la estancia hospitalaria y asegura la resolución rápida y el retorno a corto plazo a las actividades habituales de los pacientes con fractura esternal. Además se logra adecuada calidad de vida y se asegura mejor efecto estético.

REFERENCIAS

1. Shields TW, LoCicero J, Ponn RB, Rusch, VW. General Thoracic Surgery, 6th Edition. Lippincott Williams & Wilkins, 2005. p. 952-971.
2. Feliciano DV, Mattox KL, Moore EE. Trauma, 6th Edition. McGraw-Hill. 2008. p. 528-5524.
3. Wojcik JB, Morgan AS. Sternal fractures – The natural history. Ann Emerg Med 1988; 17:912.
4. Watkins R 4th, Watkins R 3rd, Williams L, Ahlbrand S, Garcia R, Karamanian A, Sharp L, Vo C, Hedman T. Stability provided by the sternum and rib cage in the thoracic spine. Spine 2005 Jun 1;30(11):1283-6
5. Ayrik C, Cakmakci H, Yanturali S, Ozsarac M, OzucelikA DN. Case report of an unusual sternal fracture. Emerg Med J 2005;22:591-93.
6. Sarquis G, Vejez SE, Suizer A, Reche F. Fracturas traumáticas del esternón: opciones de diagnóstico y tratamiento Rev Fac Cienc Méd (Córdoba) 2003;60(1):13-8.
7. Kessel B, Ashkenazi I, Moisseiev E, Risin E, Khashan T, Alfici R. Sternal fracture should prompt the evaluation of the entire spine in trauma patients. Eur J Trauma 2005;31:57-60.
8. Rashid MA, Örténwall P, Wikström T. Cardiovascular injuries associated with sternal fractures. Eur J Trauma 2001;167(4):243-48.
9. Molina JE. Evaluation and operative technique to repair isolated sternal fractures. J Thorac Cardiovasc Surg 2005;130(2):445-8.
10. Potaris K, Gakidis J, Mihos P, Voutsinas V, Deligeorgis A, Petsinis V. Management of sternal fractures: 239 Cases. Asian Cardiovasc Thorac Ann 2002;10:145-9.
11. Bilgin M, Akçal Y, Hasdiraz L, Oğuzkaya F. Isolated sternal fractures: a hallmark of violent injury. Ocağ 2009. Cilt 17, Sayı 1, Sayfa(lar) 033-035.
12. Espinoza-G R; Aguilera-M, H, Moya-B R, Reccius-M A, Gerhard-C A. Fractura de esternón. Rev Chil Cir 1999;51(1):23-8..

13. Engin G, Yekeler G, Glolu R, Acuna B, Acuna G. US versus conventional radiography in the diagnosis of sternal fractures. *Acta Radiol* 2000;41(3):296-9.
14. Serrano-Atero MS, Caballero J, Cañas A, García-Saura PL, Serrano-Álva rez C, Prieto J. Valoración del dolor. *Rev Soc Esp Dolor* 2002;9:94-108.
15. Wu LC, Renucci JD, Song DH. Sternal nonunion: a review of current treatments and a new method of rigid fixation. *Ann Plast Surg* 2005;54(1):55-8.

ABSTRACT. Sternal fracture is seen more often nowadays, and it is associated to multitraumas. We report a case series of 13 patients with sternal fracture evaluated at the emergency room of Hospital Escuela between January 1st 1996 and November 30th 2008. The frequency of sternal fracture in patients with closed thoracic trauma was 1.22%. In 77% of cases occurred in males, and 23% were related to direct impact from low altitude falls. Nine patients (69%) had surgical management on early stages. Outcome of all cases was adequate with mitigation of pain according to the Edmonton symptom assessment system, and early improvement in their ventilatory function with complete resolution in a short period of time. Four patients with non-operative treatment presented chronic chest pain and ventilatory disability for an extended period of time. The frequency of sterna fractures in the context of thoracic trauma was similar to that reported in medical literature and the good outcome of patients treated supports the benefit of surgical management. *Rev Med Hondur* 2009;77(3):114-117

Keywords: Blunt trauma, cardiac contusion, thoracic trauma.

ANOTELO EN SU AGENDA:

LIII CONGRESO MÉDICO NACIONAL, 2010

Sede: Choluteca, Choluteca

Fecha: 14, 15 y 16 de Julio del 2010

Tema Pre Congreso:

“Desastres Naturales y su Impacto en la Salud”

Tema Congreso

“Logros y Perspectivas de la Medicina en la Era de la Globalización”

Médico Homenajeadado:

Dr. Salvador Alberto Martínez Zelaya

Si no está recibiendo la Revista:

Favor reportar su cambio de dirección a la Secretaría de Colegiaciones.

APENDICITIS AGUDA ¿SER O NO SER? REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA PEDIÁTRICA

Acute appendicitis: to be or not to be: Pediatric Bibliography Review

José Lizardo Barahona¹, Débora Wildt Rittenhouse²

¹Honduras Medical Center, ²Autora independiente

*“Sólo vemos lo que sabemos”
Johann Wolfgang von Goethe*

RESUMEN. La apendicitis aguda es la patología más frecuente que requiere una intervención quirúrgica abdominal de urgencia en pediatría, representando hasta un 80% de todas las emergencias abdominales pediátricas en la Unión Americana. Apesar de 123 años de su descripción inicial por Reginal Fitz en 1886, su diagnóstico continúa siendo un reto para los médicos tratantes y es considerada actualmente una de las patologías más comunmente mal diagnosticadas y donde ni el ultrasonido ni la tomografía computarizada han disminuido el porcentaje de apendicectomías negativas ni el de las perforaciones. Luego de revisar la historia del desarrollo de su conocimiento y las más recientes publicaciones bibliográficas sobre la influencia de los estudios radiológicos, se concluye que el diagnóstico ha sido y continúa siendo clínico.

Rev Med Hondur 2009;77(3):118-121

Palabras clave: Apendicitis, Ultrasonido, Tomografía Computarizada.

INTRODUCCIÓN

El objetivo de esta Revisión Bibliográfica de la apendicitis ha sido exclusivamente describir la historia del desarrollo de su conocimiento y analizar la influencia de las recientes ayudas diagnósticas tanto laboratoriales como radiológicas.

HISTORIA

Cuando uno considera la frecuencia del Diagnóstico y Tratamiento de la apendicitis en los tiempos actuales, uno puede pensar que esta condición fue siempre bien conocida y tratada en la antigüedad. Sin embargo no es sino durante las últimas dos generaciones que los conocimientos sobre esta patología han permitido beneficiarnos de los buenos resultados que en la actualidad se reportan.

Por ejemplo en la antigüedad el gran médico Galeno conocido por haber realizado las más completas descripciones anatómicas nunca identificó el apéndice debido a que sus disecciones las realizó sólo en monos y éstos no tienen apéndice.¹

Se acepta que la primera descripción anatómica del apéndice la realizó el profesor Giacomo Berengarius Da Carpi, maestro de cirugía de Padua en 1522 y lo describió como un aditamento que se encuentra al final del ciego, vacío por dentro, de una anchura menor que el dedo más pequeño y de una longitud de 3 pulgadas.²⁻⁴

Fallopious en 1561 fue el primero en comparar el apéndice con un gusano y a él se acredita el nombre de apéndice vermiforme, nombre que por cierto fue muy cuestionado por su colega Andreas Vesalius en su obra “De Humani Corpori Fabrica” ya que según su opinión el nombre correcto del apéndice debería ser ciego ya que por su naturaleza es una bolsa ciega y en cambio el llamado ciego tiene realmente tres aberturas, hacia el colon, hacia el ileon y al apéndice.¹⁻⁴

La primera apendicectomía conocida de la historia, la realizó en octubre de 1735 Claudius Amyand, médico de la Reina Ana de Inglaterra y cirujano londinense de los hospitales de Westminster y St George. Al operar un niño de 11 años que tenía una hernia inguino escrotal derecha con una fístula fecal. El Dr. Amyand realizó un abordaje escrotal y encontró un plastrón de Epiplón que cubría el apéndice perforado con la descarga de heces, por lo cual ligó y amputó el apéndice, luego cerró la hernia y el niño sobrevivió.^{2,3,5,6}

Louyer Villermay en 1824 presentó los hallazgos de dos casos de autopsia con apéndice perforado y contaminación peritoneal en la Real Academia de Medicina de París con el título “Observaciones útiles en los cuadros de inflamación del apéndice cecal”. Y tres años más tarde François Melier en 1827 confirmó estas observaciones, agregando además 6 casos de autopsia con la siguiente conclusión “en mi opinión la materia fecal se acumula en el apéndice, el cual se dilata poco a poco, volviéndose primero inflamado, después gangrenoso y finalmente se perfora. Los síntomas tempranos aparecen en forma de cólicos que son el resultado de la inflamación y distensión que finalmente ocasiona ruptura con la efusión responsable de la peritonitis”.^{2,3,6}

Lamentablemente estas excelentes observaciones de François Melier fueron ignoradas, sobre todo por la gran influencia y oposición del más grande médico francés de la época, el Barón Guillaume Dupuytren cirujano jefe del Hotel Dieu de París quien nunca reconoció el apéndice como sitio de origen de la patología y siempre se adhirió al concepto introducido en 1830 por Goldbeck de Tiflitis y Peritiflitis.^{2,3,5,6}

Concepto que Goldbeck presentó en una tesis de 30 casos clínicos de inflamación de la fosa ilíaca derecha, en la que descubre los síntomas y signos de apendicitis aguda, pero postuló que el proceso se debía a una inflamación primaria del ciego cuyo tratamiento no es quirúrgico.^{2,3,5,6}

Correspondencia: Dr. José Lizardo Barahona: jlizardob@hotmail.com
Recibido 00/2009, aceptado después de revisiones 00/0/2009

La oposición y los ataques del Barón Dupuytren contra los conceptos de Vilermay y Melier sobre la etiología de los abscesos de la fosa iliaca derecha retrasaron en 50 años el diagnóstico y tratamiento apropiado de la apendicitis.²⁻⁶

Las sombras de ésta confusión fueron despejados el 18 de junio de 1886 cuando el Dr. Reginal Fitz profesor de anatomía patológica de Harvard presentó en el Primer Congreso de la Asociación Americana de Médicos en Washington su trabajo titulado "Perforating inflammation of the vermiform appendix, with especial reference to its early diagnosis and treatment". En el que realizó una descripción lúcida y lógica de las características clínicas, síntomas, signos y describió en detalle las alteraciones anatomopatológicas de la enfermedad.⁴⁻⁷

En el trabajo que presentó analiza los resultados de autopsia de 209 casos de tiflitis y 257 casos de apendicitis perforante y vio que la clínica y la patología eran los mismos en ambos procesos, recomendando que el tratamiento debe ser la resección quirúrgica temprana del apéndice vermiforme.⁵⁻⁸

Thomas Morton en Philadelphia en junio de 1887 diagnosticó y trató quirúrgicamente con éxito la primera apendicitis perforada y el 21 de marzo de 1888 Charles McBurney en New York realizó la primera apendicectomía por apendicitis aguda no perforada y al año siguiente publica su experiencia, enfatizando la responsabilidad del apéndice en el absceso de la fosa iliaca derecha y describe tanto el punto de mayor sensibilidad como la incisión quirúrgica que llevan su nombre.⁵⁻¹²

Esta publicación de McBurney de hace 120 años que el tituló "The indications for early laparotomy, the treatment of appendicitis" es digna de recordar textualmente como cuando escribe "los síntomas pueden ser variables pero en todos los casos el sitio de mayor dolor está determinado por la presión de un dedo en un punto exacto localizado a un tercio de la distancia entre la espina iliaca anterior y el ombligo."^{6,9,10}

McBurney fue pionero del diagnóstico y tratamiento temprano de la apendicitis, sobre todo por la alta mortalidad de la peritonitis en esa época y enfatizó "Este diagnóstico nunca alcanzará la perfección, sin embargo la inspección exploradora del apéndice es mucho más libre de peligro que el tratamiento expectante."^{6,9,10}

En 1879 siguiendo estos principios de Charles McBurney, el famoso Dr. Harvey Cushing siendo residente de cirugía del Johns Hopkins el día domingo 16 de septiembre se diagnosticó el mismo una apendicitis y el pidió a su profesor el Dr. William Halsted jefe del Servicio de Cirugía que le realizara la intervención quirúrgica sin embargo éste no estuvo de acuerdo con el diagnóstico. Entonces el Dr. Cushing acudió al jefe de medicina interna el famoso Dr. William Osler para que convenciera a Halsted, pero también Osler no estuvo de acuerdo con el diagnóstico. Por lo que el Dr. Cushing se internó en el Hospital, el realizó su propia historia clínica con órdenes preoperatorias y al día siguiente cuando ya tenía 22 horas de iniciado los síntomas, el Dr. Halsted finalmente fue convencido por su alumno para que lo interviniera quirúrgicamente y obviamente confirmó el diagnóstico de apendicitis no perforada.^{3,4,6,9}

Revisando la literatura médica hondureña en nuestra revista de 1930 a la fecha, lamentablemente no encontramos el dato de quien realizó en Honduras la primera apendicectomía; pero si encontramos el primer artículo publicado sobre el tema en 1934 por el Dr. Salvador Paredes titulado "Las verdaderas apendicitis" donde decía textual-

mente "cuando un enfermo del abdomen no nos muestra ningún síntoma claro de tal o cual enfermedad, pensad en el apéndice y extirpado; ojalá así fuera siempre cuantas vidas se salvarían. La apendicectomía en frío es una operación admirable, benigna, eficaz, curadora, 100 por 100 de éxito. No temer! en cambio cuanto muerto por su abstinencia: 18,000 en Estados Unidos en sólo un año 1930".¹³

Es interesante agregar que el Dr. Salvador Paredes además de ser un gran cirujano fue miembro fundador del Hospital La Policlínica, del Colegio Médico y de la Revista Médica de la cual fue además director por varios años.

DIAGNÓSTICO

La apendicitis es la patología más frecuente que requiere intervención quirúrgica abdominal de urgencia en Pediatría, solo en Estados Unidos se practican 80,000 apendicectomías cada año en niños, llegando a representar hasta el 80% de las emergencias quirúrgicas abdominales pediátricas.¹⁴⁻¹⁷

Hoy 120 años después de la primera apendicectomía exitosa, el dilema respecto al diagnóstico de si es apendicitis o no, aún persiste y en proporciones tan altas como un 10-20% de apendicectomías negativas y porcentajes de perforación tan altos de un 30-40%, convirtiendo a la apendicitis aguda en una de las enfermedades más comúnmente mal diagnosticadas.¹⁴⁻¹⁹ Esta magnitud de imprecisión diagnóstica no ha sido aceptada en ninguna otra patología, sobre todo si analizamos las potenciales consecuencias médicas de éstos errores diagnósticos. En el caso de falsos negativos hablamos de peritonitis, sepsis, abscesos intrabdominales, hospitalizaciones prolongadas y reintervenciones quirúrgicas y en el caso contrario de falsos positivos implica la exposición innecesaria tanto a los riesgos de una anestesia general como a las complicaciones de una cirugía abdominal.^{16,20-22} Por lo tanto el gran problema para el cirujano en caso de duda diagnóstica radica en mantener un balance para evitar en la medida de lo posible ambos extremos.

CUADRO CLÍNICO

A pesar de muchos años de experiencia el diagnóstico de apendicitis continúa siendo un reto para los pediatras y cirujanos pediatras por dos razones: en primer lugar cualquier proceso abdominal y muchas patologías infecciosas, inflamatorias o ginecológicas en sus inicios pueden presentar un cuadro idéntico al de una apendicitis y en segundo lugar que la historia clínica clásica de la apendicitis en niños de dolor abdominal en el cuadrante inferior derecho, náuseas, vómitos, hiporexia y fiebre; desafortunadamente sólo está presente en alrededor del 50% de los pacientes.^{11,14,20,21,23} En otras palabras ninguno de éstos síntomas solo o la combinación de ellos tiene un valor predictivo para diagnosticar apendicitis. A esto debemos agregar que en pediatría en muchas ocasiones es difícil establecer el momento exacto de inicio de los síntomas y que existe un rango de tiempo muy estrecho entre el momento que los padres se presentan con sus hijos a la emergencia y el inicio de las complicaciones.

Al examen físico encontramos que la combinación de hipersensibilidad a la palpación en el sitio precisado hace más de 100 años por McBurney junto con la presencia de resistencia muscular en la fosa iliaca derecha si tienen un valor predictivo de 1.00 y 0.98 para diagnosticar apendicitis.^{8,10,13,15,16,21,23}

El signo de rebote o dolor a la descompresión súbita por sí solo no se relaciona con apendicitis, pero si está asociado a resistencia muscular y McBurney positivo además de tener un fuerte valor predictivo ya nos orienta a la presencia de irritación peritoneal.^{6,10,13,15,16,21,23}

En conclusión cualquier niño con historia de dolor abdominal agudo con más de 12 horas de evolución en que el cirujano quiera realizar una intervención oportuna los únicos dos factores sensibles y específicos son el signo de McBurney positivo y la resistencia muscular en la fosa iliaca derecha. Si están presentes debemos operar de lo contrario observar.

EXAMENES DE LABORATORIO

Debido a su baja sensibilidad y especificidad ningún examen de laboratorio o combinación de ellos ha demostrado tener un valor predictivo para diagnosticar apendicitis en la población pediátrica.^{10,11,18,20,24-26}

El examen más utilizado es el conteo en sangre de globulos blancos con su diferencial, pero este examen puede igual estar elevado en todas las patologías abdominales no quirúrgicas e incluso hasta en un 50% de las personas sanas y por otro lado su conteo puede ser normal en alrededor de un 40% de los pacientes operados de apendicitis confirmada por patología.^{10,11,18,20,25-27}

Otros estudios séricos como la proteína C reactiva la velocidad de sedimentación globular y la gammagrafía de leucocitos marcados son innecesarios, retrasan el diagnóstico, incrementan los gastos, además en pediatría no han sido evaluados en estudios controlados y únicamente tienen interes experimental.^{10,11,18,25-27} Pueden ser de utilidad para incluir o descartar otros posibles diagnósticos un examen general de orina y en adolescentes femeninas una prueba de embarazo.

ESTUDIOS RADIOLÓGICOS

No existe ninguna indicación de realizar estudios de imágenes cuando el diagnóstico de apendicitis se ha realizado en base a el interrogatorio y el examen físico, sin embargo cuando el cuadro clínico es incierto o ambiguo es acertada la utilización razonable de apoyo radiológico.^{14,17,20,21,24,28,29}

Tradicionalmente el estudio que mas se realizaba era una radiografía simple de abdomen, donde el único dato confiable es la presencia de un fecalito en el 10% de las apendicitis, pero en la actualidad los estudios más indicados son el ultrasonido y la tomografía axial computarizada que fueron reportados como útiles para ésta patología en 1986 por Puylaert^{17,30} y en 1998 por Rao^{28,31} respectivamente.

Es importante mencionar que tanto el estudio de Puylaert como el de Rao fueron realizados en población adulta y que con el transcurrir de los años muchos autores han intentado investigar la seguridad del diagnóstico radiológico de apendicitis aguda en pediatría, sin embargo todos los estudios en niños han fallado en demostrar el valor de estas dos modalidades de imagen cuando son comparadas con la evaluación clínica sola.^{14,17,20,21,24,28,29}

Por consiguiente existe una gran preocupación en relación con el incremento injustificado de ambos estudios en la población pediátrica alcanzando niveles hasta alrededor del 50% de los pacientes que se presentan a una emergencia con dolor abdominal sobretodo porque retrasan el diagnóstico, incrementan los costos y han sido indicados por medios de atención primaria previo a la evaluación por el cirujano.^{14,17,20-22,28}

Las principales ventajas del ultrasonido son: su disponibilidad, su bajo costo, no es invasivo, no hay radiación y la posibilidad en niñas de descartar patología ginecológica.^{17,24,28,30,32,33} Entre las desventajas se describe su utilidad limitada en obesos, en localizaciones retrocecales, y en etapas tempranas de la enfermedad o de la perforación, pero la más importante desventaja son sus amplios rangos de sensibilidad y especificidad ya que la interpretación depende de la experiencia del examinador.^{14,20,21,34-36} Debido a éstas limitaciones del ultrasonido y luego de más de 10 años de su utilización sin reducir el porcentaje apendicectomías negativas ni el porcentaje de perforaciones; Rao³¹ en 1998 publicó en el New England Journal of Medicine su experiencia utilizando la tomografía axial computarizada helicoidal en el diagnóstico de apendicitis en 100 adultos de Massachusetts General Hospital, reportando por primera vez la utilidad de éste estudio radiológico tanto en evitar apendicectomías innecesarias como en evitar retrasos en el tratamiento quirúrgico.³¹ Sin embargo estos hallazgos nunca han sido corroborados en la población pediátrica a pesar de los múltiples estudios efectuados.^{19-21,28,29,37}

Las conclusiones más importantes de los estudios realizados en Schneider Childrens Hospital,³⁷ University of Colorado,¹⁴ Massachusetts General Hospital,²⁰ Ohio State University,²⁹ Chapel Hill²⁸ y Hong Kong University²¹ son:

1) La TAC en el diagnóstico de apendicitis aguda no incrementa la seguridad y cuando se compara con la sola historia clínica y el examen físico no la supera. Es decir cuando existe una fuerte sospecha clínica una TAC negativa no descarta el diagnóstico.^{14,20,21,28,29,37}

2) La TAC a pesar del aumento en su indicación del 1-5% en 1997 hasta un 60% de los pacientes en el 2005 no ha disminuido el porcentaje de apendicetomías negativas ni el de perforaciones.^{14,20,21,28,29,37-39}

Sobre este incremento injustificado de las indicaciones de TAC en los Estados Unidos donde cada año se realizan más de 7 millones, es importante mencionar que desde el año 2004 se reportan publicaciones advirtiendo los riesgos potenciales de desarrollar una neoplasia.^{29,40-42} La recomendación actual es evitar el uso de TAC para el diagnóstico de apendicitis aguda, ya que una TAC de abdomen equivale a la radiación de 250 radiografías y tomando en cuenta el peso, se sabe que la dosis por miliamperios/segundo incrementa el riesgo de cáncer a un caso por cada 1000 TAC realizados en niños menores de 15 años.^{29,40-42}

CONCLUSIONES

El diagnóstico de apendicitis es clínico, la leucocitosis y neutrofilia son contribuyentes pero no confirman ni descartan el diagnóstico. Imágenes de rutina no están indicados y la mayoría de las apendicitis perforadas o no, no requiere de imágenes radiológicas. La mejor herramienta en el diagnóstico de apendicitis ha sido y es la valoración exhaustiva y continuada por un cirujano de experiencia. La sobre utilización de estudios radiológicos se debe a su indicación por los médicos de atención primaria, cuando lo apropiado es primero realizar la interconsulta al cirujano, quien únicamente en casos seleccionados por el indicará un ultrasonido, sobre todo por su disponibilidad, bajo costo, ausencia de radiación y no ser invasivo. No olvidar que en ocasiones el diagnóstico definitivo solo podrá realizarse en sala de operaciones o en el departamento de patología.

Es oportuno terminar ésta publicación con las hermosas palabras de uno de los protagonistas de la historia del desarrollo del

conocimiento de la apendicitis; el Dr. William Halsted gran cirujano de Johns Hopkins quien hace mas de 100 años dijo: "El arte de la cirugía no es todavía perfecto y avances ahora inimaginables están

aún por venir, ojalá nosotros tengamos la sabiduría de vivir esto con gracia y humildad".

REFERENCIAS

1. Kelly HA, And Hurdon E. the vermiform appendix and its diseases. Philadelphia, WB Saunders; 1905: p 1-43.
2. Statti M. Apendice, tiftitis, apendicitis, apendicectomía, antibióticos y laparoscopia: un largo camino. Revista del Hospital Privado de la Comunidad. Córdoba Argentina 2004; 7: 56-60.
3. Lanterna W. Apendicitis: historia del desarrollo de su conocimiento. Historia de la apendicitis en Uruguay. Paysandu 2005; 1-24.
4. Williams GR. History of appendicitis with anecdotes illustrating its importance. Ann. Surg 1983; 197: 495-506.
5. Saade RA, Benitez GY, Aponte R. Historia del diagnóstico y tratamiento de la apendicitis. Revista de la Facultad de Medicina de Caracas 2005; 28:75-78.
6. Anderson KG, Parry RL. Apendicitis: In O'neill JA, Rowe MI, Grosfeld JL, Fonkalsrud EW, Coran AG. Pediatric Surgery. Vol 2. United States, 1998; pp 1369-79.
7. Guarner V. El significado de la enseñanza de la historia de la medicina en las residencias de cirugía. Gac Med Mex 2005; 141:85-88.
8. Mirilas P, Skandalakis JE, not just an appendix: Sir Frederick treves arch dis child 2003;88:549-552.
9. Powell JL. Anecdotes on appendicitis: Charles Mc Burney, MD, (1845-1913) Journal of Pelvic Surgery 2001;7:39-41.
10. Irisch MS, Pearl RH, Caty MG and Glick PL Método para diagnósticos abdominales frecuentes en lactantes y niños. Clínicas Pediátricas de Norte América 1998;45:709-754.
11. Duarte JC, Martínez JA, Flores SS y Barraza AR. Apendicitis en pediatría. Gaceta de la Sociedad mexicana de cirugía Pediátrica 2000; III: 1-11.
12. Narci A, Karaman I, Karaman A, Erdogan D, Cavusoglu Y, Asian M et al Is peritoneal drainage necessary in childhood perforated appendicitis? A comparative Study J Pediatr Surg 2007;42:1864-1868.
13. Paredes S. Las verdaderas apendicitis. Revista Médica Hondureña 1934;4:195-198.
14. Patrick DA, Janik JE, Janik JS, Bensard DD and Karrer et al Increased Ct Scan utilization does not improve the diagnostic accuracy of appendicitis in children. J Pediatr Surg 2003;38:659-662.
15. Dado G, Anania G, Baccarani U, Marcotti E, Donni A, Pasqualucci A et al Application of a clinical score for the diagnosis of acute appendicitis in Childhood: Restrospective Analysis of 197 patients. J Pediatr Surg 2000;35:1320-1322.
16. Samuel M. Pediatric Appendicitis Score. J Pediatr Surg 2002;37:877-881.
17. Axelrod DA, Sonnad SS and Hirschl RB. An Economic evaluation of sonographic examination of children with suspected appendicitis J Pediatric Surg 2000;35:1256-1241.
18. Stefanutti G, Ghirardo V, Gamba P inflammatory markers for acute appendicitis in children: are they helpful? J Pediatr Surg 2007;42:773-776.
19. Whyte Ch, Levin T, Harris B. early decisions in perforated appendicitis in children: Lesson from a study of nonoperative management. J Pediatr Surg 2008;43:1459-1463.
20. Stephen AE, Segeu DL, Ryan DP, Mullins ME, Kim SH, Schinitzer et al the diagnosis of acute appendicitis in Pediatric Population: To CT or not to CT J Pediatr Surg 2003;38:367-371.
21. Wong KY, Cheung WY, Tam KH. Diagnosing acute appendicitis: are we overusing radiologic investigations? J Pediatr Surg 2008;43:2239-2241.
22. Whisker L, Luke D, Hendrickse Ch, Bowley DM and Lander A et al Appendicitis in children: A comparative study between a specialist pediatric centre and district general hospital. J Pediatr Surg 2009;44:362-367.
23. Klein MD, Rabbni AB, Rood KD, Durham T, Rosenberg NM, Bahr MJ et al. three quantitative approaches to the diagnosis of abdominal pain in children: practical applications of decision theory J Pediatr Surg 2001;36:1375-1380.
24. Emil S, Mikhail P, Laberge JM, Flageole H, Nguyen LT, Shaw KS et al clinical versus Sonographic Evaluation of acute Appendicitis in children: A comparison of patient characteristics and outcomes. J Pediatr Surg 2001;36:780-783.
25. Gronroos JM, Do normal leukocyte count and C-reactive Protein value exclude acute appendicitis in children? Acta Pediatr 2001;90:649-651.
26. Dalal I, Somekh E, Bilker-Reich A, Boaz M, Gorenstein and Serour F et al Serum and Peritoneal inflammatory mediators in children with suspected acute appendicitis. Arch Surg 2005;140:169-173.
27. Gronroos JM, Gronroos P. Leukocyte Count and C-reactive protein in the diagnosis of acute appendicitis. Br J Surg 1999;86:501-504.
28. York D, Smith A, Phillips J and Von Allmen D et al the influence of advanced radiographic imaging on the treatment of Pediatric Appendicitis. J Pediatr Surg 2005;40:1908-1.
29. Martin AE, Vollman D, and Caniano D, CT Scans may not reduce the negative appendectomy rate in children. J Pediatr Surg 2004;39:886-890.
30. Puylaert JBCM, Rutgers PH, L Alisang RI and Holland R et al. A prospective study of ultra sonography in the diagnosis of appendicitis. N Engl J Med 1987;317:666-669.
31. Rao PM, Rhea JT, Novelline RA, Mosta Favi AA and McCabe CJ et al. Effect of computed tomography of the appendix on treatment of patients and use of hospital resources. N Engl J Med 1998;338:141-146.
32. HA Gendorf BA, Clarke JR and Burd RS the optimal initial management of children with suspected appendicitis: A decision analysis. J Pediatr Surg 2004;39:880-885.
33. Kaneko K and Tsuda M. Ultra sound-based decision making in the treatment of acute appendicitis in children. J Pediatr Surg 2004;39:1316-1320.
34. Apak S, Kazes A, Ozed K, Ustunday B, Nusret A, Kizirgil et al. Spot urine 5-hydroxy indoleacetic acid levels in the early diagnosis of acute appendicitis J Pediatr Surg 2005;40:1436-1439.
35. Davies D, Yanchar N. Appendicitis in the obese child. J Pediatr Surg 2007;42:857-861.
36. Passalacqua A, Klein R, Wegener W, Crawford J, Crow J, Andrews D et al diagnosing suspected acute non classic appendicitis with sulesomab, a radiolabeled antigranulocyte antibody imaging agent. J Pediatr Surg 2004;39:1338-1344.
37. Karakas S, Gueffuat M, Leonidas J, Springer S and Singh S et al. Acute appendicitis diagnosis with ultrasound and CT imaging. Pediatr Radiol 2000;30:94-98.
38. Newman K, Ponsky T, Kittle K, Dyk L, Throop Ch, Giesecker K et al. Appendicitis 2000: Variability in practice outcomes and Resource utilization at thirty Pediatric Hospital. J Pediatr Surg 2003;38:372-379.
39. Moss L, Skasgard E, Kosloske A and Smith B. Case studies in Pediatric Surgery. New York, McGraw Hill Medical Publishing Division. 2000;p38-45.
40. Rice A, Frush D, Farmer D, Waldhausen J Apsa Education Committee et al Review of radiation risks from computed tomography: Essential for the Pediatric Surgeon. J Pediatr Surg 2007;42:603-607.
41. Rice H, Frush D, Harker M, Farmer D, Waldhausen the Apsa Education Committee et al Peer Assessment of Pediatric Surgeons for potential Risks of radiation exposure from computed tomography scans. J Pediatr Surg 2007;42:1157-1169.
42. Smink D, Finkelstein J, Garcia B, Shannon M, Taylos G and Fishman S et al Diagnosis of acute appendicitis in Children using a clinical practice Guideline J Pediatr Surg 2004;39:458-463.

Summary. Acute appendicitis is the most frequent pathology that requires an urgent abdominal surgery in pediatrics, representing even 80% of all the pediatric abdominal emergencies in the American Union. In spite of 123 years from its original description by Reginal Fitz, its diagnosis continues to be a challenge for the medical practitioner and it is considered actually one of pathologies most commonly misdiagnosed and neither the ultrasound nor the computerized tomography have decreased the percentage of negative appendectomies or perforation. After reviewing the history of its knowledge and the most recent bibliographic publications about the influence of the radiological studies it is concluded that its diagnosis has been and continues to be clinical. **Rev Med Hondur 2009;77(3):118-121**

Keywords: Appendicitis, Ultrasonography, Computerized Tomography.

CIENCIAS BÁSICAS Y PATOLOGÍA EN LA FORMACIÓN DEL MÉDICO*

*Basic Sciences and Pathology in Medical Training**

Dr. Carlos A. Javier-Zepeda

Laboratorios Médicos

“El humano es la única criatura que fabrica instrumentos para fabricar otros instrumentos y de todos los instrumentos fabricados por él, las palabras son las mas importantes. El tejido de la Medicina está hilado con palabras que expresan las ideas de donde se ha originado”

Félix Martí Ibáñez

Patología puede definirse como el estudio científico de la naturaleza de la enfermedad, sus causas, procesos, desarrollo y consecuencias¹. Según Krumbhaar,² “El término Patología puede considerarse un nombre mejor para la profesión médica que Medicina, el que presumiblemente prevaleció por el énfasis eufemístico sobre la idea de curación contenido en su derivación (Lat. *mederi: curar*)”.

El estudio de la Patología es lo que en esencia establece la diferencia entre el médico tradicional y otros “sanadores” que bullen en la sopa de las “artes curativas” y aunque estos han existido desde tiempos inmemoriales,³ ahora pululan en todos los ambientes incluso en los espacios académicos, a veces con la complicidad de nosotros mismos y por la indiferencia del gremio para contrarrestarlos. Tanto la Medicina tradicional como las formas no-convencionales de sanación, toman una de la otra conceptos y prácticas a su conveniencia, lo que algunos llaman Medicina integral.

La Patología abarca el conocimiento para entender las alteraciones funcionales (Fisiopatología), morfológicas (Anatomía Patológica e Histopatología), químicas y metabólicas (Patología Química), causadas por agentes biológicos y virus (Patología de Enfermedades Infecciosas), por alteraciones genéticas (Patología Molecular), por errores del desarrollo (Teratología), por reacciones inmunológicas (Inmuno-Patología), por transformación neoplásica (Patología Oncológica) y las relaciones entre ellas y se conforma de esta manera como el fundamento científico de la medicina clínica. Estas divisiones artificiales no son excluyentes entre sí, el estudio de la Patología requiere del entendimiento y correlación de todas ellas.

Históricamente, el desarrollo del conocimiento sobre la naturaleza de la enfermedad puede considerarse dividido en seis períodos⁴ cada uno identificado por un cambio fundamental sobre el concepto de su origen.

1. En la prehistoria: las enfermedades se atribuían a causas sobrenaturales y ocultas, magia y espiritismo, se creía en la existen-

cia de una sola enfermedad con diversas formas de presentación es decir, la enfermedad era un sólo mal. El concepto aún perdura en aquellos que afirman que “no hay enfermedades, sólo pacientes”.

2. Doctrina humoral: La creencia de que el cuerpo humano consistía de cuatro humores: sangre, flema, bilis amarilla y bilis negra y que las enfermedades resultaban de la pérdida del balance entre ellos, emergió con los primeros registros de la historia y fue articulada en forma mas precisa por los griegos (Hipócrates, Galeno), quienes la adoptaron de los egipcios e hindúes. Estas creencias dominaron el mundo occidental hasta la época del renacimiento.

3. Anatomía Patológica: El nacimiento, crecimiento y triunfo de la patología macroscópica, hilvanado desde el perfeccionamiento del conocimiento anatómico (Vesalius), hasta que en el siglo XVII se propuso el concepto que los órganos son el sitio donde ocurre la enfermedad (Morgagni). Por su preeminencia, todavía muchos siguen considerando que el patólogo sólo es el médico especialista que hace autopsias y examina los órganos.

4. Patología tisular: La emergencia del concepto de los tejidos como subdivisiones de los órganos y considerados como los verdaderos sitios donde ocurren las enfermedades fue promovido en Francia en el siglo XVIII (Bichat). Aunque en ese entonces no se usó el microscopio para establecer esta idea, puede considerarse como el punto de partida de lo que hoy conocemos como Histopatología.

5. Patología Celular. Concepto propuesto a finales del siglo XIX (Virchow) que vino a cimentar a la Patología como una ciencia, cuando el campo entero de la Medicina ya se proyectaba en esa dirección, alejándose de ser puramente un arte. En este período comienzan a desarrollarse en forma paralela otras ciencias que vendrían a contribuir al conocimiento de la enfermedad, notablemente la Inmunología, la Microbiología y la Bioquímica.

6. Patología Molecular: Que aparece en la segunda mitad del siglo XX. Ya Virchow lo había anticipado cuando escribió [que] “la última verdad en Biología no es morfológica sino molecular”. El punto de partida de esta etapa fue el descubrimiento de la causa de la hemoglobinopatía S en 1949 (Pauling). En los últimos sesenta años la teoría molecular de la enfermedad ha sido ampliamente aceptada

Recibido: 08/09. Aceptado con modificaciones: 03/09/09.

Correspondencia a: Carlos A. Javier-Zepeda, cajavierz@yahoo.com

*Conferencia presentada en la Mesa Redonda sobre Educación en Parasitología durante la XV Jornada Científica de las Ciencias Biológicas y de la Salud. U.N.A.H. Noviembre, 2008

y actualmente la genómica y la proteómica son las vías para explicar muchos fenómenos patológicos.

Una visión retrospectiva de este escenario nos hace ver que los conceptos de la Patología General,^{5,6,7,8} lo que puede considerarse el núcleo de nuestro conocimiento sobre los fundamentos de la enfermedad, cambian a un ritmo relativamente lento.

Ninguna ciencia puede desarrollarse sin tener su propia filosofía. La ciencia médica ha progresado bajo el concepto que la enfermedad es un enemigo del bienestar y de la vida. Sin embargo, la enfermedad no siempre es el resultado de una causa deletérea. La enfermedad puede resultar de un esfuerzo de nuestros sistemas fisiológicos para preservar la integridad del organismo total. En este sentido, entender la enfermedad depende de conocer o investigar las causas y los mecanismos que la condicionan. Las enfermedades son fenómenos biológicos modulados por una variedad de respuestas de nuestros sistemas homeostáticos y para entenderlos es necesario entender la ciencia básica de esas respuestas y sus causas.

El conocimiento de la ciencia básica es muy importante en la práctica diaria de la Medicina. En primer lugar provee un marco conceptual sobre el cual se pueden incorporar nuevos conceptos, de no tener esta estructura básica, la asimilación de nuevos datos depende de la memorización, una forma menos efectiva de aprender. Si la memoria falla, se puede ir a buscar la información, pero esto no es posible en situaciones de emergencia y en el manejo de pacientes con problemas complejos.

El currículum o plan de estudios⁹ de una escuela de Medicina es una expresión de la filosofía y objetivos de la institución y se refiere al contenido y a la forma de presentar el material que los estudiantes se supone deben aprender.

Ruy Pérez Tamayo, un eminente patólogo e investigador mexicano, en uno de sus múltiples escritos,¹⁰ expresa:

“¿Cual es el objetivo que la escuela de Medicina debe alcanzar en el alumno cuando este termina sus estudios? ... podría enunciarse como sigue: el alumno debe estar en capacidad de distinguir con claridad los problemas que puede resolver de los que debe referir a colegas más capacitados o a centros con el personal y la capacidad para hacerlo. En otras palabras, debe funcionar como médico de primer contacto. Eso, si decide iniciar el ejercicio de su profesión de inmediato, si no, debe continuar su educación...

...para alcanzar estos objetivos, el estudiante debe adquirir una serie de conocimientos y un grupo de habilidades técnicas; para ello no necesita participar en actividades de investigación. Pero [este] no es, ni de lejos, un nivel adecuado que aproveche la enorme potencialidad de la Medicina moderna, que se aleje de la época puramente empírica de la práctica y que contribuya, no sólo a aliviar unos pocos enfermos, sino a promover la salud y el bienestar físico y mental de toda la sociedad...

...Esa Medicina no tiene carácter universitario, sino puramente técnico, no es una profesión, sino un oficio. Su función no es entender lo que está pasando, sino resolver problemas individuales una vez que se han presentado. Como no es una ciencia, no contribuye al conocimiento, sino que funciona como una tecnología, que simplemente aplica la información [obtenida] a través de la ciencia.”

Nuestro conocimiento para adquirir una base sólida sobre la cual sustentar el conocimiento médico para llegar a entender el fenómeno de la enfermedad, comienza a estructurarse desde que ini-

ciamos nuestros pasos en el estudio de las ciencias fundamentales: Química, Física, Matemática y Biología, sin desmerecer la importancia que tienen las Ciencias Sociales, las Humanidades (Filosofía, Historia, Idiomas, Literatura, etc.) y ahora la Informática.

Sin embargo, es más comúnmente aceptado que el cuerpo de conocimiento básico para el estudio de la Medicina propiamente dicho, lo conforman varias disciplinas cuyo estudio se considera indispensable para la formación del médico, siendo estas actualmente: Embriología, Anatomía, Histología, Biología Celular, Bioquímica, Biología Molecular, Biofísica, Fisiología, Nutrición, Farmacología, Virología, Microbiología, Parasitología, Inmunología, Neurobiología, Psicología y Bioestadística.

El aprendizaje de la Medicina lo podemos comparar a un edificio sustentado por columnas que representan las ciencias básicas sobre las cuales descansa el entendimiento de la Patología. Las ciencias clínicas están representadas por el techo del edificio. Si las bases son débiles, el techo no se sustenta o si las bases se debilitan con el tiempo, el techo se cae (Figura 1).

Para responder si ese conocimiento básico es necesario para entender la Patología hay que introducir los conceptos de Etiología y Patogénesis. **Etiología** (Gr. *aitia*: causa y *lógos*: tratado), se refiere a las causas de las enfermedades, estas pueden ser intrínsecas (genéticas) o extrínsecas (adquiridas), existiendo en muchos casos una interdependencia, o sea que una predisposición genética puede aunarse a un factor ambiental para ocasionar un daño. La naturaleza de las causas adquiridas es muy variada, pudiendo ser químicas, nutricionales, infecciosas, físicas, etc. Los fundamentos de la etiología se adquieren con el estudio de las ciencias básicas.

Patogénesis (Gr. *pathos*: enfermedad, sufrimiento y *genos*: origen, inicio) se refiere a los mecanismos responsables del desarrollo de un proceso de enfermedad. El estudio de la patogénesis constituye uno de los principales dominios o ámbitos de la Patología. Aun cuando se conoce la etiología de una enfermedad, no siempre se entiende su patogénesis. De allí la gran importancia del conocimiento básico y la investigación, ya que sólo conociendo los mecanismos de la enfermedad en forma íntima, se puede llegar a entender mejor su prevención o a encontrar formas de terapia más racionales.

Estos dos componentes del fenómeno patológico van a la par y se complementan con el entendimiento de las formas de respuesta de las células, tejidos y órganos: inflamación, respuesta inmunológica, trastornos vasculares, transformación neoplásica, degenera-



Figura 1. El Partenón, acrópolis de Atenas.

ción, atrofia, hipertrofia, hiperplasia, regeneración, etc., que forman el cuerpo de la Patología General, la cual no es posible entender a menos que se tengan conceptos claros provenientes del estudio de las ciencias básicas. Tanto el estudiante que estudia Patología, como el médico ya formado, a menudo deben regresar a sus textos básicos para revisar dichos conceptos, por eso William Osler decía: "La Medicina es un estudio para toda la vida".

Aunque el conocimiento médico y la práctica de la Medicina han cambiado mucho en los últimos 100 años, la educación médica se ha mantenido notablemente estática. Todavía se utiliza ampliamente la clase magistral, los métodos de evaluación requieren que el estudiante memorice datos y se estimulan poco el desarrollo del conocimiento inquisitivo, la experimentación y la discusión en grupos, en base a problemas, como formas de enseñanza. Esto, desde luego, hace que la formación del médico y su futura práctica tengan limitaciones. La cantidad de información disponible actualmente hace que incluso, aun para los estudiantes más dedicados, la formación básica del médico sea incompleta. Cuando nos hacemos la pregunta si nuestra escuela está haciendo lo correcto con la enseñanza de las ciencias básicas, tenemos que reconocer que existen deficiencias a pesar de que se hacen algunos esfuerzos.

Hay quienes defienden el punto de vista que la formación científica del médico es innecesaria, consideran que un conocimiento superficial es suficiente y que lo que se debe hacer es enfatizar en las habilidades clínicas, las destrezas técnicas y las decisiones terapéuticas. Bueno...esto no haría al médico muy diferente a cualquier persona inteligente bien informada sobre enfermedades y para ello sólo basta sentarse a leer en internet. Ya tuvimos la experiencia con un ex Secretario de Salud que sin ser médico disertaba con propiedad sobre las distintas enfermedades que nos afectan.

El conocimiento de las ciencias básicas no sólo es importante para entender la Patología y por extensión la Medicina Clínica, también tienen una enorme importancia en el ejercicio de la salud pública, que a veces tiende a verse con un enfoque más sociológico y administrativo y la salud mental, que muchas veces se aprecia como una enigmática alteración de la psique (*Gr. psyché: alma*).

La práctica de la Medicina combina tanto la ciencia, que representa la base o evidencia del conocimiento, como el arte o sea la intuición, la relación con el paciente y el juicio clínico para determinar la mejor forma de tratamiento.

Aunque todo médico debe tener un conocimiento balanceado del arte y la ciencia de la Medicina, actualmente en otras latitudes se da importancia a la formación del científico médico,¹¹ o sea el estudio de la profesión orientado a la formación de investigadores en las ciencias médicas, desde la mesa de laboratorio hasta la cama del enfermo y la comunidad.

Como nuestra escuela de medicina no está orientada a la preparación de científicos médicos, sino a la formación de médicos con una base científica para la atención primaria de salud y por extensión a la formación de médicos especializados en distintas ramas de la Medicina, que tengan una base de conocimiento que les permita entender mejor nuestra Patología, se necesita de un programa de estudios que fomente en los estudiantes la capacidad para resolver problemas, sobre todo los problemas más comunes. En este sentido, los expertos recomiendan evitar la compartimentación de materias y crear en su lugar un plan de asignaturas integradas y dar

lugar a una participación entrelazada de otras disciplinas que pueden aportar significativamente a la formación del estudiante, como son algunos conceptos relevantes de Ecología, Geografía, Ciencias Políticas, Economía, Antropología y Humanidades.

Tradicionalmente las ciencias básicas han sido enseñadas en forma abstracta e independiente, vertical. La tendencia actual es que cada una de ellas debe tener un pensum de acuerdo a su complejidad y trascendencia y deben enseñarse en forma coordinada o integrada, como lo están haciendo muchas de las escuelas de Medicina que han renovado sus currícula para hacer frente a las necesidades en el siglo XXI. Estos ejercicios se pueden intentar a través de seminarios, discusiones de grupo, discusiones de casos, etc. Sólo teniendo una visión integrada de las ciencias básicas es que el estudiante puede entender mejor la enfermedad.

La integración de la enseñanza de las ciencias básicas tiene tanta importancia que en algunas escuelas de Medicina se ha creado para ellas una subdivisión administrativa, dirigida por un vicedecano. Eso no es sólo para fines docentes, sino también para la investigación y el desarrollo de estas disciplinas y para la creación de carreras aliadas a la Medicina. Desde esa posición, las ciencias básicas tienen una proyección no sólo como base para el estudio de la Patología, sino hacia las disciplinas clínicas, así los avances de la ciencia inciden directamente en la práctica clínica. Se pueden dar muchos ejemplos de esta relación.

El reconocimiento de una necesidad de cambio siempre ha sido una inquietud en las escuelas de Medicina y periódicamente se renueva la actividad para efectuar reformas. En nuestra escuela esta inquietud no es nueva. Hace casi 50 años la reforma de aquella época ya era un movimiento en marcha.

Esa fue una buena reforma, pues elevó mucho los estándares de la educación médica en Honduras, opuesta a otras iniciativas de cambio que han sido retrógradas. Lamentablemente se le consideró poco democrática y muy selectiva y pronto fue transformada por un movimiento de contra reforma cuyos resultados se pudieron ver años después.

De los que generaron un cambio en aquel entonces, surgió la idea de formar futuros profesores para la Escuela de Medicina, incluyendo profesores para las ciencias básicas y Patología. Así surgieron maestros como el Dr. Francisco Alvarado (QEPD) en Fisiología (primer Profesor a tiempo completo en la UNAH y fundador del Departamento de Ciencias Fisiológicas de la FCM), después le siguieron Juan Almdares y Samuel Dickerman en Fisiología, Pablo Cámbar en Farmacología, Eduardo Tábora en Bioquímica, Rina Girard de Kaminsky en Parasitología, Martha Yolanda de Cámbar en Anatomía, Claudyna Ferrera y Danilo Alvarado en Patología y otros más. Aquella iniciativa se fue desvaneciendo, aunque con el paso de los años, otras generaciones han tenido distinguidos representantes en las ciencias básicas.

De no fortalecer la enseñanza de las ciencias básicas en una forma orientada para entender la Patología de los problemas de salud más importantes en nuestro país, estaríamos preparando médicos para ejercer en el pasado. Con lo fuerte que pueda oírse esta aseveración, la hago con la convicción de que es necesario hacer una revisión detenida de nuestros objetivos y planes de estudio en las ciencias básicas y en Patología, la ciencia puente entre aquellas y la clínica.

NUEVA EXPERIENCIA EN LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD DEL INSTITUTO HONDUREÑO DE SEGURIDAD SOCIAL

New Experience in Health Care Delivery by the Honduran Institute of Social Security

Engels Alexis Sandoval, Kenneth Rafael Bustillo

Programa de Atención Integral en Salud Familiar y Comunitaria (PAISFC), IHSS.

El Instituto Hondureño de Seguridad Social (IHSS) y la Secretaría de Salud han venido impulsando un proceso de reforma en el sector salud (Proyecto Reforma del Sector Salud) PRSS, al igual que en otros países del continente.

El IHSS viene haciendo esfuerzos por mejorar la calidad y eficiencia de su propia red de servicios. Para ello está realizando tres tipos de acciones. En primer lugar, sus dos hospitales están siendo reestructurados y modernizados con recursos del Banco Mundial (Proyecto de Mejora de la Capacidad Resolutiva de los Hospitales del IHSS) para lo cual ha contratado a una firma española de consultoría.

En segundo lugar, está diseñando un sistema de asignación de recursos entre sus hospitales basado en sus resultados (Gestión por Resultado), en vez de hacerlo con base en el presupuesto histórico, para lo cual utilizará el instrumento de los compromisos de gestión. En tercer lugar, se da inicio a una experiencia piloto de acuerdo a la Estrategia de Atención Primaria con los llamados Equipos de Salud Familiar y Comunitario (ESAF), que consiste en la prestación de servicios de salud integrados de calidad para la población asegurada que promueve mediante el trabajo en equipo una práctica clínica y de salud en el contexto familiar y comunitario.

Se brinda acciones de promoción de la salud, la prevención, control y la rehabilitación de la enfermedad en los diversos niveles de atención del IHSS y la comunidad. Para ello, en el año 2002, 2003 y 2004 se iniciaron esfuerzos para implementar el MASFI (Modelo de Atención en Salud Familiar Integral). Este es un modelo biopsicosocial en el cual se establece una relación equilibrada entre los factores biológicos, interpersonales y sociales en la atención del paciente en el contexto de su familia.

Se implementa una práctica familiar a través de un sistema con equipos de salud capacitados para brindar una atención continua, accesible, integral e integrada (ambos sexos, toda edad, y cualquier órgano o sistema), con una coordinación y organización a nivel de equipo de salud que sean capaces de realizar planes de manejo de la salud y enfermedad del reservorio de familias bajo su responsabilidad. Además se extiende el cuidado de la salud de los derechohabientes y sus beneficiarios familiares y la comunidad a través de la educación, promoción de la salud y prevención de enfermedades.

Para el año 2005 y 2006 y siguiendo la reorganización de nivel central sin haber implementado operativamente el MASFI, se sigue

trabajando en hacer la planificación y la normativa respectiva para su funcionamiento. No obstante en ese momento falta la asignación presupuestaria para el desarrollo del mismo por lo que se le cambia de nombre a PASFI (Programa de Atención en Salud Familiar y Comunitaria) y así poder asignarle un presupuesto y deja de ser un proyecto para convertirse en Programa Nacional.

Posteriormente, a inicios del año 2007, se forma un equipo conductor para el desarrollo del mismo con apoyo del PRSS (Proyecto de Reforma del Sector Salud) surgiendo así el PAISFC (Programa de Atención Integral en Salud Familiar y Comunitaria) que a partir de la recopilación de la información que tenía disponible el IHSS de los años anteriores sobre el mismo y que concibió desde el año 2002 dio paso al manual normativo para su implementación progresiva a nivel nacional comenzando su operativización en la Clínica Periférica No. 2 de Tegucigalpa (Figura 1) y extendiéndose progresivamente a cada unidad de salud a nivel nacional contando actualmente con 11 ciudades que lo están implementando. (Figura 2)

Dicho Programa presenta y propone una serie de estrategias y acciones participativas e integrales donde participan los técnicos y profesionales del IHSS en equipos de trabajo para la realización de acciones de promoción y prevención a nivel de la familia, para garantizar una atención médica de calidad e integral con soporte especializado en la unidad de salud correspondiente.

Este Programa surge como respuesta a las necesidades de salud de la población asegurada y de sus beneficiarios, ya que en los últimos tres años estamos registrando como principales causas



Figura 1. Equipos de Salud Familiar y Comunitario (ESAF), Clínica Periférica No. 2 de Tegucigalpa.

Recibido 28/05/2009. Aceptado con modificaciones menores 20/08/2009
Correspondencia a: dresandoval@yahoo.es ó Kenneth_bustillo@yahoo.com



Figura 2. ESAFC Clínica Calpúles, San Pedro Sula.

de muerte en nuestros hospitales las enfermedades infecciosas, seguido del VIH/Sida, las enfermedades del recién nacido, las enfermedades crónicas, y las complicaciones del embarazo.

Este perfil de salud que obtenemos de los egresos de nuestros hospitales, nos obligan a realizar acciones de promoción y prevención en salud, para incidir en estas causas desde el seno de la familia y así evitar el daño con el que acuden nuestros pacientes a las Emergencias de nuestros Hospitales.

Este programa de atención integral se caracteriza además por cumplir con los principios de la estrategia de la Atención Primaria de Salud, como la integralidad y continuidad del proceso de atención y auto-cuidado de la salud, en la que resaltan los siguientes elementos: La orientación familiar y comunitaria, énfasis en la promoción y prevención, participación comunitaria, coordinación intersectorial, trabajo en equipo ejecutado por una variedad de trabajadores de salud (incluyendo a los practicantes de las medicinas tradicionales según el contexto en donde se aplica) y también, incluye los principios de respuesta a las determinantes de la salud-enfermedad, cobertura y accesibilidad, auto-cuidado y participación individual y comunitaria, acción intersectorial por la salud, tecnología apropiada y costo-efectividad con los recursos disponibles.

Existen antecedentes en América Latina sobre el proceso de construcción de los equipos de APS en Chile, Costa Rica, Cuba, Canadá, Ecuador Perú, Colombia y Brasil, tomando como referencia los modelos de atención de gestión y de financiación y las políticas de salud, con el mejoramiento de los indicadores de salud.

Elementos para la de Atención Integral en Salud Familiar y Comunitario

- Introducción de la Ficha Familiar: Comprende un resumen de información general, de morbi-mortalidad y ambiental del asegurado y de su grupo familiar (beneficiarios), obtenida y registrada por los promotores en salud (Bachilleres en salud, Auxiliares de Enfermería, Técnicos en Salud Ambiental).
- Conformar el Equipo de Salud en Atención Familiar (ESAF): Es un equipo con orientación y capacitación en medicina integral y familiar, para brindar de forma coordinada, organizada,

accesible y continua los servicios de atención primaria a un nicho de afiliados y sus familiares beneficiarios. El que esta integrado por: un Médico General, una o dos Auxiliares de Enfermería, un promotor en salud.

- Organización y Capacitación de un Grupo General de Apoyo (GGA) en orientación familiar. Los GGA estarán integrados por especialistas y técnicos para apoyar y cubrir las demandas de salud que le refieran los ESAFC, conformando una red asistencial para cumplir lo que se ha definido como atención integral.
- **Sectorización** de la población asegurada (Directos y beneficiarios). Delimitar las áreas geográficas de influencia de cada Unidad de Salud a través de la sectorización por zonas asignadas. La sectorización se hará por cercanía geográfica, accesibilidad, dependiendo de la capacidad instalada.

Marco Legal

El fundamento legal para el desarrollo del PAISFC se encuentra en la Ley del Seguro Social y de su Reglamento. El IHSS viene planteando desde el 2002 la necesidad de reorientar la atención en el Primer Nivel, con una sólida base en la promoción de la salud y prevención de la enfermedad cambiando su enfoque individual a uno orientado a la familia y con la participación de la comunidad.

Esto quedó manifestado en el Reglamento General de la Ley del Seguro Social aprobado mediante Acuerdo No 003-JD en febrero de 2005, en el Título I del campo de aplicación, Capítulo III de las contingencias y servicios en el Artículo 9. En el Título III de las prestaciones; en el Capítulo I de enfermedades y accidentes comunes, en la Sección I de Enfermedades y Accidentes Comunes, en el Artículo 37 y en la Sección V de las disposiciones comunes para el otorgamiento de las prestaciones, artículos 52,53,54 y 55, que hacen referencia explícita a la prestación de servicios con el enfoque de salud familiar y comunitaria y la organización de los servicios de salud por niveles de atención, para responder a la complejidad de los problemas de salud.

Estos artículos son la sustentación legal para instituir en forma progresiva un cambio de la prestación de servicios de salud en el IHSS y de su enfoque a través de la implementación del Programa de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitaria (PAISFC). Esta decisión fue ratificada por la Junta Directiva en el 2006, quienes han manifestado su intención de que este sea implementado a la brevedad posible.

Estrategia General

El Programa de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitaria (PAISFC) conlleva la provisión de servicios de salud integrales e integrados de calidad, en forma continua que desarrolla acciones de promoción de la salud, prevención y rehabilitación de enfermedades, con el propósito de contribuir a una vida sana y económicamente productiva; mediante la participación activa de los derecho-habientes, sus familias, gobiernos locales y en alianza con las organizaciones presentes en la comunidad. Para lograr este cambio, se han identificado varias etapas por la que pueden pasar las unidades, resumidas en el Cuadro 1.

Durante el período de desarrollo de este programa, también se logrará la identificación y consolidación de roles, en donde los

Cuadro 1. Estrategias generales. Programa de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitaria.

Fase inicial: definida como la etapa de motivación, compromiso, desarrollo, fortalecimiento y consolidación del programa, en la que deben de participar todos los trabajadores del IHSS. Para ello, es necesario realizar el diagnóstico o línea base que marcará el inicio del mismo, definiendo las brechas para alcanzar la transformación de la prestación de los servicios de salud.

Segunda Fase: conformación de los Equipos de Salud Familiar (ESAF), para lo que se requiere la empatía entre los miembros; esto también se logra en forma progresiva, una vez que se han aceptado los principios del nuevo modelo de atención.

Tercera Fase: Capacitación continua.

Durante el período de desarrollo de este programa, también se logrará la identificación y consolidación de roles, en donde los miembros de los equipos asumirán progresivamente los mismos, en los que fundamental se establece la autoridad y liderazgo. El propósito del PAISFC es contribuir al mejoramiento del estado de salud de la población asegurada, a través de la reorientación de servicios de salud que promueven la práctica clínica y de la salud en el contexto familiar y comunitario, consolidando la prevención de la enfermedad y la promoción de la salud de la familia, comunidad y sociedad y profundizar la estrategia de atención primaria del IHSS.

miembros de los equipos asumirán progresivamente los mismos, en los que fundamental se establece la autoridad y liderazgo. El propósito del PAISFC es contribuir al mejoramiento del estado de salud de la población asegurada, a través de la reorientación de servicios de salud que promueven la práctica clínica y de la salud en el contexto familiar y comunitario, consolidando la prevención de la enfermedad y la promoción de la salud de la familia, comunidad y sociedad y profundizar la estrategia de atención primaria del IHSS.

Celebremos nuestro
LXXX *Aniversario*

Revista Médica Hondureña

Invitamos a las Sociedades Médicas a ser parte de esta
 celebración enviándonos colaboraciones alusivas.

CUARENTA AÑOS DESPUÉS EL PAPEL DEL COLEGIO MÉDICO EN LA GUERRA DE 1969 ENTRE HONDURAS Y EL SALVADOR

Forty years later: Role of the College of Physicians During the War of 1969 between Honduras and El Salvador

Carlos Rivera Williams

INTRODUCCIÓN

Las diferencias fronterizas entre Honduras y El Salvador tienen ya más de dos siglos. En 1770, siete años antes del nacimiento del ilustre chorotega, Doctor don José Cecilio del Valle, los pueblos salvadoreños de Niño Dios de Arambala y Asunción de nuestra señora de Perquin, disputaban al de Jocoara, hoy Santa Elena, de Honduras, la posesión de dos caballerías, las cuales habían sido adjudicadas por autoridades competentes de la Corona Real de España, en concepto de ejidos, el 22 de diciembre del citado año. Constantes han sido desde entonces los incidentes fronterizos entre ambos países; y numerosos y encomiables los esfuerzos realizados para terminar con tan delicado asunto. Sin embargo el problema de más de dos siglos continúa sin resolverse llegando al hecho lamentable y verdaderamente trágico de la guerra no declarada por El Salvador contra Honduras en la cual tuvo una acción relevante por no decirlo el protagonismo más destacado que ningún otro gremio ha realizado en defensa de los sagrados intereses de nuestra patria y de nuestro pueblo, nuestro glorioso Colegio Médico de Honduras, que desde el principio ofreció el servicio incondicional de todos sus agremiados en aras de la defensa de nuestra patria.

Cuarenta años después, queremos rescatar de los anales del recuerdo esta épica acción para reiterarle a nuestro pueblo que el Colegio Médico siempre estará dispuesto al sacrificio por defender los más caros intereses de nuestra patria.

Aspectos Generales y Antecedentes Históricos

El 14 de Julio del presente año se completan 4 décadas de la invasión del ejército Salvadoreño a nuestro suelo patrio que dejó como saldo trágico mas de 8 mil muertos y 25 mil heridos, además de la destrucción de numerosos poblados y sobre todo el irreparable daño, tanto físico como moral, que quedó como secuela de esta guerra absurda con un país vecino que considerábamos hermano y que de repente vino a provocarnos la peor tragedia que sufrimos en el siglo pasado, superior a los daños que ocasionó el Huracán Fifi y otras catástrofes que habíamos sufrido en ese siglo.



Nueva Ocotepeque, médico hondureño, preparándose para evacuar paciente del área de combate.

En este incidente histórico tuvo gran participación el Colegio Médico de Honduras y por consiguiente haremos un relato ordenado de lo realizado por el mismo, ya que el Gobierno de esa época ni siquiera se tomó el trabajo de agradecer el enorme sacrificio de todos los médicos que participamos en dicha contienda arriesgando nuestras vidas en aras de la defensa de nuestra patria y escribiendo uno de los capítulos mas hermosos de servicio a nuestro pueblo, aun a costa de nuestras propias vidas.

Dado que es necesario conocer las causas que motivaron esta agresión y aprovechando que con los años se han venido aclarando muchas dudas, hoy podemos decir que la mal llamada "guerra de las cien horas o guerra del fútbol", fue planeada desde varios años antes, tanto por el ejército Salvadoreño como por la oligarquía dominante durante el Gobierno del Coronel Julio Rivera y ejecutada durante el Gobierno del Coronel Fidel Sánchez Hernández asesorado por dos oficiales de la misión militar norteamericana en el Salvador, el Coronel U.S. Army Mitchell y el Teniente Coronel U.S. Army Rosee, que actuaron sin el consentimiento de su Gobierno.

La causa principal fue de tipo geopolítico con hondas raíces históricas basadas sobre todo en problemas de límites y en la emigración ilegal de miles de campesinos Salvadoreños que no encontrando trabajo en su país y huyendo

*Recibido 08/2009. Aceptado con modificaciones 22/10/2009

de la represión de las autoridades, decidieron asentarse en otros países Centroamericanos, llegando en 1950 a 100 mil Salvadoreños en Guatemala, 100 mil en Nicaragua y cerca de 400 mil en Honduras, distribuidos sobre todo en la frontera sur occidental y en la costa norte y algunas partes de Olancho.

Fue un verdadero éxodo, como nos relataba en México el connotado líder marxista Salvadoreño Abel Cuenca, que se inicia sobre todo con las matanzas de campesinos y líderes obreros en el año de 1932 ordenadas por el dictador Maximiliano Martínez que acabó con la vida de más de 300 mil campesinos salvadoreños. Por otro lado, el crecimiento demográfico y la escasez de tierras cultivables, ya que la mayor parte se encontraba en manos de terratenientes y latifundistas, hizo que la emigración fuera continua a vista y paciencia de los sucesivos Gobiernos Salvadoreños que en esta forma evitaban los reclamos sociales de su pueblo. Debemos recordar que la República de El Salvador sólo tiene 25 mil kilómetros cuadrados y Honduras tiene 113 mil kilómetros cuadrados, habiendo 325 salvadoreños por kilómetro cuadrado contra 62 hondureños por kilómetro cuadrado. Olancho, por ejemplo, es más grande que todo el Salvador y sólo tiene 40 habitantes por Kilómetro cuadrado. Esto explica el porqué de esta inmigración en masa de campesinos salvadoreños a territorio Hondureño.

Ante los reclamos de los Gobiernos hondureños por esta inmigración a todas luces ilegal, los Gobiernos Salvadoreños se hacían los sordos y por otra parte nunca aceptaron delimitar la frontera. En esta forma se suceden frecuentes choques de tropas salvadoreñas y resguardos hondureños en los múltiples bolsones de una frontera no delimitada, como los sucedidos en los años de 1960, 1965 y 1967 en los bolsones de Dolores, Naguaterique, Tepangüisir, Goascorán y Ocotepeque entre otros.

En las fechas arriba señaladas el Gobierno de Honduras se queja ante los Organismos Internacionales sin ningún resultado. En 1961 una patrulla salvadoreña se interna en la hacienda de Dolores en busca del dueño de la misma y se lo llevan preso a El Salvador. En 1967 otra patrulla vuelve a internarse en el mismo lugar siendo repelida por una patrulla hondureña, resultando varios muertos en ambos bandos. En el mismo año es capturado un grupo de soldados y oficiales salvadoreños que habían incursionado en el Poy, Ocotepeque.

Como se ve, todas estas provocaciones fueron un caldo de cultivo propicio para una acción punitiva mas grave, como fue la guerra del 69. Hoy a 40 años de la misma estamos en condiciones de afirmar que desde la época de los 60, los gobiernos militares de El Salvador respaldados por la oligarquía, que era el poder fáctico de ese país, elaboraron un plan denominado "General Gerardo Barrios" que pretendía apoderarse de Honduras en una acción militar rápida, de menos de 72 horas, tipo "Blitzkrieg" (guerra relámpago) de los nazis de Hitler y quedarse para siempre con el territorio conquistado. El Coronel César Elvir Sierra escribió en el año 2002 un libro titulado "**El Salvador, Estados Unidos y Hon-**

duras. La gran conspiración del Gobierno salvadoreño para la guerra de 1969" que es la obra de consulta más importante en la cual el lector acucioso puede informarse al detalle de este siniestro plan. En este libro se señalan las causas que propiciaron esta guerra no declarada, que pueden resumirse en cinco.¹⁻⁴

La renuencia de El Salvador a delimitar la frontera con Honduras, problema que viene desde la colonia y que hasta en 1998 se logró resolver por la sentencia de La Corte Internacional de Justicia y el Tratado General de Paz en el que resalta la figura del mediador Dr. José Bustamante y Rivero de nacionalidad Peruana.

1. El éxodo masivo de campesinos salvadoreños que se inicia desde los años 40 y que ya en 1968 ascendía a 300 mil ciudadanos salvadoreños asentados en Honduras en forma ilegal, lo cual había provocado varias expulsiones por quejas de los dueños de las tierras donde se habían establecido.
2. El establecimiento de la reforma agraria en Honduras en el año de 1959 por el Gobierno del Dr. Ramón Villeda Morales, donde se beneficiaba únicamente a los hondureños por nacimiento, lo que provocó la protesta del Gobierno salvadoreño acusando a Honduras ante la Comisión Interamericana de Derechos Humanos.
3. La crisis del Mercomun Centroamericano que no favorecía en nada a Honduras y que ninguno de los países del área respaldó la petición de nuestro país para mejorar su balanza comercial.
4. La renuencia del Gobierno de Honduras a seguir aceptando más inmigrantes salvadoreños. A este respecto el Gobierno del Dr. Villeda Morales había firmado un pacto migratorio en el que se aceptaba la presencia de ciudadanos salvadoreños si ellos legalizaban su estatus migratorio, lo cual nunca sucedió.⁵⁻⁷

El pacto finalizó en 1968 haciéndose una ampliación hasta enero de 1969, fecha en la que el General Oswaldo López Arellano se negó a renovarlo por presión de los terratenientes hondureños, lo cual provocó una airada respuesta del Gobierno salvadoreño presidido por el General Fidel Sánchez, acusando de genocidio al Gobierno de Honduras por la expulsión de muchos salvadoreños por problemas agrarios. En ningún momento se señala que desde el 18 de noviembre de 1967 el Lic. Rigoberto Sandoval Corea, Director del Instituto Nacional Agrario de Honduras (INA) se reunió en San José, Costa Rica, con el Ing. Jaime Chacón, Gerente del Instituto Colonial de El Salvador, expresándole a éste su preocupación por la ocupación ilegal de tierras por parte de salvadoreños, ofreciendo el Lic. Sandoval como solución que los campesinos salvadoreños colonizaran el valle de Sico y Paulaya en el nororiente de Honduras, donde se podían asentar miles de familias en tierras eminentemente fértiles. Pasan los meses y no se obtiene respuesta alguna, por lo que Sandoval Corea en presencia del Abogado Roberto Ramírez, Presidente del Banco Central, el día 26 de julio de 1968 hace la misma propuesta al Ministro de Econo-

mía del Salvador Alfonso Rochac quién tampoco demuestra interés, por lo que Sandoval habla con el Embajador Salvadoreño el 25 de marzo de 1969 expresándole su malestar por no tener noticias, ni de Chacón ni de Rochac, enfatizando que se provocarían problemas por los salvadoreños que ocupaban tierras hondureñas ilegalmente. El 26 de mayo de 1969 se presentan al fin Chacón y Rochac en Tegucigalpa acompañados del Cónsul hondureño, señalando que no vienen a discutir el ofrecimiento de colonizar el valle de Sico y Paulaya sino que venían a pedirle que aplazara el desalojo de 54 familias a quienes el instituto agrario les había enviado comunicados de desalojo en ese mismo año. Aparentemente en ningún momento el Gobierno salvadoreño estuvo interesado en dicha colonización, a pesar de que eso resolvía el problema.

Tal como lo señalamos al principio, los militares y los grupos fácticos salvadoreños de ese entonces creían a pie juntillas que su plan guerrillero Gerardo Barrios resolvería de una sola vez el problema de los miles de salvadoreños radicados en Honduras y sus necesidades de espacio vital para proteger sus intereses estratégicos y así desviar la atención de los problemas sociales que ya presionaban al pueblo salvadoreño.

A raíz de estos hechos lamentables se inició un éxodo de más de 8000 salvadoreños afincados en Honduras, los cuales nunca legalizaron su estadía. Continuando su plan, el Salvador denunció el 25 junio 1969 ante la Comisión Interamericana de Derechos Humanos al pueblo y Gobierno de Honduras, acusándolo de genocidio. Dicha Comisión envió un grupo investigador que se trasladó tanto a El Salvador como a Honduras.⁸⁻¹¹

El Gobierno de Fidel Sánchez no espera que se conozca el informe de La Comisión Interamericana de Derechos Humanos, sino que invade los pueblos fronterizos que estaban totalmente indefensos y el 26 de junio el Gobierno salvadoreño dirige un mensaje cablegráfico al Gobierno de Honduras señalando que desde ese mismo momento rompía su relaciones diplomáticas con Honduras basándose en supuestos actos de persecución y vejámenes criminales contra el pueblo salvadoreño.¹²

Esa misma noche a las 10:30 el Dr. Ramón Custodio López, convocó de urgencia a la Junta Directiva del Colegio Médico de Honduras. En esa reunión se discutió que hacer ante la inminencia de una posible guerra entre Honduras y El Salvador, decidiéndose a la 1:00 de la madrugada ir a ver al Jefe de Estado para ponerse a las órdenes de las Fuerzas Armadas en caso de tal emergencia. En efecto la Junta Directiva fue recibida de inmediato por el General Oswaldo López Arellano a quien se le dijo que la clase médica se ponía a la orden de manera incondicional y que nadie de los presentes ni cualquiera que prestara sus servicios tenían ningún derecho a cobrar ningún favor político. A continuación el Colegio Médico se puso a la orden del Jefe de las Fuerzas Armadas General Andrés Ramírez Ortega y del Jefe del Estado Mayor, el Coronel Mario Laínez con quienes se acordó ultimar detalles. Ese mismo día a las 6:00 a.m. el Presidente

del Colegio Médico de Honduras fue llamado por el circuito oficial para hacerse presente en Casa Presidencial en la Asamblea de las Fuerzas Vivas de donde salió el Comité Cívico para la defensa nacional, en el cual el Colegio Médico de Honduras quedó a cargo de los servicios médicos tanto civiles como militares. El enlace con este comité fue el Dr. Manuel Carrasco Flores y el contacto con el Estado Mayor fue el Dr. Francisco Alvarado Salgado. Desde ese momento el Colegio Médico estuvo movilizado y en servicio activo, pero continuando con la apariencia de una vida normal hasta que se dio el ataque, para cuando ya todos los médicos movilizados estaban en sus respectivos destinos de servicio militar patriótico. El Dr. Alberto C. Bendeck se encargó del apoyo logístico, distribuyendo medicamentos y material médico quirúrgico a todos los hospitales y centros de salud del país en especial los que estaban en el área de conflicto y la sede del Colegio Médico de Honduras en el barrio abajo se convirtió en el cuartel general. El resto de la Junta Directiva se distribuyó en las diversas zonas, por ejemplo el Dr. Fernando Tomé Abarca. se encargó de la Zona Sur, el Dr. Enrique Samayoa de la Zona Central con base en Marcala y Sabanetas y el Dr. Ramón Custodio se encargó personalmente del Frente Noroccidental y a la vez supervisor general en todos los Frentes. El Dr. Héctor Laínez, se encargó de hacer los relevos en el frente de batalla, auxiliado por los Doctores Silvio Zúñiga y Octavio Zavala. Como puede verse, nuestro Colegio se encontraba organizado y listo desde muchos días antes del combate donde supieron cumplir en todo momento con su deber a la patria.¹³⁻¹⁵

Como mencionamos anteriormente, fueron múltiples causas las que provocaron la mal llamada Guerra del Fútbol aludiendo a los sucesos deportivos entre las selecciones de fútbol de Honduras y El Salvador del 10 al 14 de junio de 1969, que desembocaron en hechos bochornosos del público asistente a los mismos, tanto en Tegucigalpa como en San Salvador. Estos incidentes lo que hicieron fue atizar el fuego ya existente desde mucho tiempo antes. Más bien, parafraseando a García Márquez, deberíamos decir "Crónica de una Guerra Anunciada" al hablar de la guerra provocada intencionalmente por el Salvador, la cual duró mas de 100 horas, ya que en realidad se inició desde el día 13 de julio, día en el que El Salvador atacó sin previo aviso varios pueblos fronterizos dejando tras de si un rastro de muerte, violaciones y pillaje.

El día 27 del mismo mes a las 10:00 de la mañana, el Gobierno de Honduras rompió relaciones diplomáticas con el Gobierno de El Salvador rechazando al mismo tiempo las serias acusaciones que se le hacían y lamentando la medida tomada por el Gobierno salvadoreño.

El 27 de junio por la tarde, los cancilleres de Nicaragua, Costa Rica, y Guatemala ofrecen su mediación pacífica y ambos Gobiernos la aceptan y ya para el 30 de junio envían las 8 recomendaciones una de las cuales era el retiro de las tropas en la frontera. En la cuarta medida ambos Gobiernos deberán reanudar el cumplimiento de los tratados vigentes a efecto de garantizar las supervivencias del Mercomún Centroamericano y evitar perjuicios a la integración de los cinco

países. El Salvador no acepta el pliego de condiciones, fracasando de esta manera la mediación debido a la intransigencia salvadoreña.

Examinando con detenimiento la crisis, ya hemos señalado desde el principio que existían graves problemas en el campo sociopolítico, económico y militar que eran las causas reales del conflicto. Tales problemas, al no tener ninguna solución, sobresalían como los elementos desencadenantes de una guerra. Por otro lado el Gobierno salvadoreño había encubierto muy hábilmente sus intenciones, disimulando que se trataba de actos vandálicos ocasionados por el Gobierno hondureño.

El 15 de julio el informe preliminar de La Comisión Interamericana de Derechos Humanos señala que en ambos países han sucedido hechos lamentables, pero que en el segundo partido celebrado en el Salvador hubo terribles agresiones contra los hondureños además de ofensa contra los símbolos nacionales de Honduras, declarando que no ha encontrado evidencia de genocidio en Honduras.

Al romperse las relaciones diplomáticas con Honduras, el Gobierno salvadoreño continúa con sus planes atacando por la prensa escrita y la radio divulgando que Honduras está preparándose para atacar militarmente a el Salvador, tal como lo expresan los comunicados de la agencia T. Mcann tanto en Estados Unidos como en México y otros países. Es una campaña parecida a la que hacía el director de propaganda de Hitler, Joseph Goebbels para justificar la invasión de Polonia.

En este período de intensa campaña acusando a Honduras, que a su vez contraataca por todos los medios escritos y radiales, es cuando Clemente Marroquín Rojas, escritor y Vicepresidente de Guatemala, defiende a Honduras "Porque después que el ejército salvadoreño se apodere de este país continuará con Guatemala y continuaba afirmando "que la guerra se miraba venir desde hacía tiempos y el Gobierno hondureño se confió sin prever las consecuencias que le traería esta falta de visión".

Marroquín Rojas se hacía eco de la pasividad, la improvisación y el descuido del Gobernante hondureño General Oswaldo López Arellano, a quien de acuerdo con lo expresado por el periodista Juan Ramón Martínez, "le quedaba grande la camisa", dada su escasa capacidad de conducción militar, que como siempre le ha ocurrido en toda su carrera política, lo salvó momentáneamente la falta de decisión de los mandos salvadoreños y la oportuna participación del Estado Mayor General de las Fuerzas Armadas de Honduras. "Se hace notorio que López Arellano usa la guerra para fines personales, sacrificando de manera injusta a los oficiales que la libraron con pundonor y profesionalismo. Su comportamiento ante la pérdida de Ocotepeque, la torpe decisión de no permitir a partir del tercer día de la guerra incursiones de La Fuerza Aérea sobre territorio salvadoreño, la resistencia para convertir al batallón que él mismo dirigía, en reserva del teatro de operaciones del occidente y el discurso mezquino que pronuncia una vez concluidas las operaciones, confirman sin ningún género de duda, que

Honduras no contaba al frente de sus Instituciones Republicanas al mejor de los patriotas. López Arellano durante la guerra del 69 estaba interesado en mantener el control político, nada más que en eso. Así, vacila en tomar decisiones, teme a la rebelión militar de quienes le han perdido respeto por su incompetencia en el mando y trata por todos los medios de negarle el protagonismo a los oficiales como Policarpo Paz García, Laínez, Enrique Soto Cano, Matías Hernández, y Alvarado Silva, quienes tuvieron destacada participación, cortando prematuramente las carreras militares de Mondragón, Soto Cano, Villanueva, García Turcios, Lainez y Matías Hernández".

Por otra parte dice el mencionado periodista "que los organismos diplomáticos como La OEA no tienen el sentido de la urgencia de los problemas, ni mucho menos comprenden los sufrimientos de los pueblos confrontados. Por ello aunque pudieron evitar la guerra, dieron demasiadas vueltas para ser enérgicos y tomar en forma oportuna las medidas que hubieran impedido el inicio de las operaciones militares ofensivas de El Salvador contra Honduras. La guerra en este sentido fue el fracaso de la actividad política normal y civilizada y expresión directa de la falta de un sistema calificado para resolver controversias de manera civilizada, tanto dentro de la región Centroamericana como a nivel continental. Fue pues, el fracaso de la política y de los organismos internacionales, especialmente de la OEA".

"De la misma manera no sale muy bien librada la política exterior de los Estados Unidos durante la guerra del 69. No sólo se mostraron poco interesados en intervenir sino que además, por lo menos en un caso documentado, sus oficiales se involucraron mas allá de lo que indica la lealtad en la asesoría a uno de los países contendientes. El interés desmesurado en la reapertura de la carretera Panamericana es indicativo de la falta de importancia que los norteamericanos le dieron a la guerra, que aunque pequeña, desgarró el alma de los pueblos de Honduras y de El Salvador".

"En lo referente a los medios de comunicación en la guerra de las 100 horas, se clarifica el papel que los mismos (especialmente los hondureños) jugaron en la creación de un clima de pánico que afectaba la toma de decisiones por los mandos políticos, tanto de El Salvador como de Honduras. El que fuesen mencionados en casi todas las resoluciones de la OEA, es una clara indicación de que la manipulación de los medios de comunicación en manos de Gobiernos irresponsables, puede empujar a los pueblos a la irracionalidad de la guerra".

Con relación al General Fidel Sánchez, que había heredado el poder del Coronel Julio Rivera en 1968, no era más que una marioneta controlada por el poder fáctico de aquel país que negaba las conquistas sociales de su pueblo, empujándolo a una guerra fratricida que sólo a su clase oligárquica convenía. Tuvo la desfachatez de llamar a López Arellano horas antes de la invasión, engañándole infantilmente al decirle que ellos no declararían la guerra a Honduras. ¡De hecho nunca la declaró!

El Coronel Fidel Sánchez sustituyó en La Presidencia al de igual rango Julio Rivera y ambos son los artífices del plan de guerra General Gerardo Barrios, el cual conforman en 1957 dividiéndolo en tres fases:

1. Elaboración del plan, que estuvo a cargo del Estado Mayor del ejército asesorado por los dos militares agregados norteamericanos asignados al El Salvador. El Embajador Bings de Honduras los reportó al Departamento de Estado y fueron destituidos.
2. Concientización nacional al estilo Nazi aprovechando todo pretexto, como la expulsión de salvadoreños residiendo ilegalmente en Honduras, para lograr un estado de indignación del pueblo salvadoreño preparándolo para una guerra psicológica, utilizando Organismos y Medios Nacionales e Internacionales para lograr sus propósitos.
3. Movilización de las tropas, que a su vez requería de tres etapas:
 - a) Ejercicios de guerra y preparación de las reservas.
 - b) Compra de material y equipo de guerra emitiendo bonos por 5 millones de dólares y comprando las armas en Estados Unidos, Canadá y Alemania, con el pretexto de armarse por un posible ataque de Cuba.
 - c) Movilización de las tropas al teatro de guerra formado por tres frentes, el Noroccidental, El de Chalatenango y El Nororiental, los cuales ejecutarían un movimiento envolvente, capturando la mayor parte del territorio hondureño en un tiempo relámpago de 72 horas a lo más y manteniendo en absoluto secreto sobre todo esta última parte.

El ejército salvadoreño contaba para esta última etapa con alrededor de 18 mil soldados distribuidos en 4 brigadas de infantería además de las dos orgánicas, con sus unidades de apoyo y combate, con 16 batallones de infantería, 4 orgánicos y 12 de reservistas, 3 batallones de artillería así como 4 batallones de reservistas y 2 orgánicos de la guardia nacional y de la policía judicial.¹⁶⁻¹⁸

Para que el lector pueda formarse una idea de lo que iba a pasar, Honduras sólo contaba con 3,000 soldados en el primer batallón y en el de Fuerzas Especiales, pues el batallón Guardia de Honor Presidencial, lo dirigía personalmente López Arellano para asegurar su mando y sus políticas. Su único valuarte era La Fuerza Aérea Hondureña, que se había organizado desde 1936 durante la Presidencia del General Tiburcio Carias Andino, contando con Oficiales y personal técnico muy profesional teniendo como su primer Comandante hondureño al Mayor de Aviación Hernán Acosta Mejía desde 1947 y al Coronel Enrique Soto Cano desde 1954. Se puede decir que en el campo orgánico militar la situación era muy difícil ya que el armamento además de heterogéneo era muy antiguo y solamente los tres batallones que estaban incluidos dentro del programa de ayuda militar y el batallón Guardia de Honor, cumplía con adiestramiento anual y estaban equipados con armamento moderno.

El Estado Mayor de las Fuerzas Armadas por intermedio del Jefe del Grupo militar de Estados Unidos, había expuesto ante La Embajada de Estados Unidos en Honduras con fecha 22 de julio la grave situación que existía en el ejército hondureño por la escasez de pertrechos y municiones. Esta solicitud no fue atendida. Este hecho junto a los demás, hizo exclamar al Ex-canciller de Honduras, Abogado Jorge Fidel Durón **"ESTAMOS SOLOS"**. Sin embargo desde la 1:00 de la madrugada del 27 de junio de ese año apareció el viril pronunciamiento del Colegio Médico de Honduras dirigido por el Dr. Ramón Custodio López denunciando las intensiones guerreristas del gobierno militar salvadoreño ofreciendo a nombre de todos sus colegiados su apoyo incondicional al Gobierno de La República para defender la soberanía nacional y la integridad territorial.

Este clarinazo vino a ser como la chispa que iluminó la oscuridad de la incertidumbre que llenaba el espíritu de todos los hondureños ya que fue publicada y comentada en todos los medios escritos, hablado y vistos tanto a nivel nacional como internacional, señalando entre otros el Lic. Alejandro Valladares Director del Diario El Cronista, que la guerra era inevitable y que debíamos todos los hondureños, como lo expresaba el comunicado del Colegio Médico, "prepararnos para lo peor". También HRN leyó el pronunciamiento, expresando el Lic. Nahum Valladares su acuerdo con el mismo, excitando al Gobierno a la acción inmediata. Lo mismo sucedió con el Abogado Acosta Mejía del Diario Matutino y del Periodista Mairena Tercero del Noticiero de Radio América, todos los cuales eran los de mayor audiencia en el país y coincidían con el Pronunciamiento del Colegio Médico que instaba a la acción inmediata.

Por fin, después de todas las indecisiones del General Oswaldo López Arellano Presidente y además Comandante General del Ejército, este llamó el mismo día del pronunciamiento del Colegio Médico de Honduras, el 27 de junio, a los distinguidos juristas Ramón Ernesto Cruz, Esteban Mendoza, y Roberto Perdomo para preguntarles si ellos consideraban factible la guerra, a lo cual ellos respondieron que era necesario adelantarse a la misma, acudiendo con la urgencia del caso a los instrumentos del Derecho Internacional: Carta de La Organización de Estados Americanos, Carta de las Naciones Unidas y el Tratado de Río de Janeiro, que poseían disposiciones y mecanismos jurídicos para prevenir o evitar una guerra entre los Estados Americanos.¹⁹⁻²¹

El Gobierno Central formó entonces una Comisión Diplomática que se trasladó a Washington para comunicar a su Gobierno presidido por Richard Nixon, la gravedad de la situación, lo mismo al Secretario General de La OEA el Sr. Galo Plaza y al Consejo permanente de la misma, solicitando su intervención para evitar los graves acontecimientos.

El Gobierno de la República, presidido por el General Oswaldo López Arellano, a partir de 28 de junio convocó en casa presidencial a todas las fuerzas vivas del país y se les explicó la amenaza de guerra y la insuficiente preparación militar que tenía el país para poder enfrentarla. El Abogado

Eliseo Pérez Cadalso y el Dr. Ramón Pereira propusieron la creación de un comité cívico para la defensa nacional, quedando como Presidente el Dr. Miguel Andoníe Fernández, como Secretaria la Lic. Josefina Coello y como Tesorero Don Roque J. Rivera, el cual participó con mucho suceso durante toda la emergencia.

Se organizaron comités de defensa en todas las ciudades importantes del país: en San Pedro Sula, el comité estaba presidido por el Alcalde Juan Fernando López, en Santa Rosa de Copán por el Lic. Jorge Bueso Arias y el Dr. Eugenio Interiano y en Nacaome, el Gobernador del Departamento de Valle, el distinguido Capitán Carlos Ávila Cáceres, presidía el comité. Todos los comités tenían el propósito de neutralizar las minorías salvadoreñas para evitar que pudieran constituirse en una quinta columna, además guardar el orden y la seguridad y apoyar en todo lo posible las necesidades de los frentes de guerra.

La Junta Directiva del Colegio Médico de Honduras en pleno, dirigida por su Presidente Ramón Custodio se hizo presente en Casa Presidencial llamados por el General López Arellano para encargarlos de todo lo referente a la atención médica del pueblo, ya que el ejército sólo contaba con 9 médicos militares y eran necesarios por lo menos 300 o 400. Para cumplir su objetivo se reunieron con el estado mayor y con el Ministro de Salud, movilizándolo inmediatamente a todos los médicos del país sin ninguna distinción, organizándolos para atender la red de evacuación y puestos de emergencia de servicios de sanidad en todos los frentes de operaciones situando los mayores contingentes en La Labor en occidente, Nacaome en el sur y Marcala en el centro. En forma inmediata se organiza la red de atención del servicio de sanidad con medicamentos, material médico y bancos de sangre en los hospitales, con servicio de ambulancia tanto en la retaguardia como en los frentes de batalla. Su participación fue heroica y de gran sacrificio como lo expresa el Coronel Elvir Sierra en su libro.

La mujer hondureña también tuvo presencia en aquella emergencia y fue La Primera Dama de La Nación, Doña Gloria de López Arellano, quien toma la iniciativa convocando a las Asociaciones Femeninas para integrar comisiones de trabajo que estuvieron presentes en diversas actividades. Entre ellas podemos citar a la Licda. Alba Alonso de Quezada, la Dra. María Luisa de Bertrand Anduray y la Profa. Elba Aguiluz.

El Gobierno central, por medio de La Oficina de Relaciones Públicas de las Fuerzas Armadas, bajo la dirección del Teniente de Infantería Efraín González Muñóz, organizó una sala de prensa, con representación de todos los medios de comunicación escrita, hablada y televisada.

El Señor Ministro de Relaciones Exteriores, Dr. Tiburcio Carías Castillo, acompañado del Sub-Secretario, Abogado Carlos H. Reyes, convocó a los Ex-Cancilleres y destacados juristas nacionales: Esteban Mendoza, Andrés Alvarado Puerto entre otros y al Líder sindical Oscar Gale Varela para planificar la política exterior ante la gran amenaza a la seguridad del país y para nombrar la delegación que iría a Washington, para pedir a La Comisión permanente, convo-

car inmediatamente al Órgano de Consulta de La OEA, para que se aplicaran los tratados que existían.

Al mismo tiempo se analiza con el alto mando militar la situación de nuestro ejército haciéndose evidentes los abusos en el manejo de planillas de personal, además de la escasez de armamento y municiones, lo que ponía al desnudo que estábamos prácticamente a merced de cualquier invasor, en este caso el ejército salvadoreño.

Cumpliendo las instrucciones del Estado Mayor se procedió a la activación de los tres Teatros de Operaciones: Teatro de Operaciones Sur Occidental, cubriendo el eje: El Poy-Ocotepeque-Santa Rosa de Copán; Teatro de Operaciones del Centro: cubriendo el eje: Sabanetas- Marcala y el Teatro de operaciones Sur, cubriendo el eje: El Amatillo-Nacaome-Júcaro Galán. Ninguna de estas Unidades tenía capacidad ofensiva, en vista de que sólo disponían de armamento individual, armas de retrocarga y no tenían armas de apoyo de largo alcance, además tenían órdenes específicas de no provocar acciones militares. Ante este hecho comprobable, las fuerzas de cobertura en ningún momento tuvieron la capacidad para realizar las acciones bélicas que el gobierno de El Salvador les imputó. Incluso, las concentraciones de tropas de sus respectivas jurisdicciones, se hicieron en Ocotepeque, Choluteca, Nacaome y Marcala, que están a 8, 27, 18 y 30 kilómetros del borde fronterizo, respectivamente.

Mientras tanto, se habían girado órdenes a los comandos de batallones, para que iniciaran los reconocimientos del terreno de sus áreas de operaciones, con la mayor secretividad, pues se tenían sospechas de que el enemigo podía haber infiltrado espías en los mismos batallones. El Estado Mayor General coordinaría las acciones de acuerdo a los planes de operaciones que había elaborado para la defensa nacional y que son un testimonio histórico.

A partir del rompimiento de relaciones diplomáticas y consulares se va creando una situación muy grave, por los continuos incidentes militares en la zona de la frontera, era cosa evidente que el Gobierno de El Salvador se hacía indiferente a todas las intervenciones de mediación pacífica para evitar llegar a una guerra. Para el día 13 de julio las tropas salvadoreñas habían ocupado todos los bolsones en disputa y habían iniciado el fuego sistemático de fusilería en todas las aldeas fronterizas.

La famosa frase del ilustre jurista hondureño Jorge Fidel Durón "**ESTAMOS SOLOS**" mantenía actualidad por la indiferencia y la actualidad pasiva del gobierno de los Estados Unidos y La Organización de Estados Americanos, para evitar el conflicto. Es preciso recordar la parte activa de La OEA y el gesto simbólico que tuvo los Estados Unidos, cuando el conflicto entre Nicaragua y Costa Rica en 1955, que envió cuatro aviones de combate, como gesto de apoyo para Costa Rica, para evitar la continuación del conflicto que mantenían esas dos naciones.

En aquella fecha La Fuerza Aérea Hondureña mantuvo un continuo reconocimiento y también informó de las concentraciones de tropa salvadoreña sobre la zona fronteriza.

Incluso interceptó una avioneta de El Salvador bajo matrícula YS-234P, que estaba haciendo labores de reconocimiento sobre nuestro territorio. Con aquella política de no acelerar la escalada inevitable del conflicto, los pilotos hondureños la dejaron escapar y en obediencia militar acataron la orden de no disparar en esos casos para evitar que se nos acusara de provocadores.

Los aeroclubs de Tegucigalpa y San Pedro Sula, aerosevicios, pilotos particulares y las empresas de aerosevicios: LANSA, SAHSA, TAN, se integraron a la organización de La Defensa Nacional y se hicieron cargo de todas aquellas actividades logísticas de apoyo a los frentes de guerra y de ayuda a los desplazados de guerra, incluyendo el transporte de tropas, armamentos y Oficiales de enlace del Estado Mayor.

Ante el fracaso de la mediación de los Cancilleres de Costa Rica, Guatemala y Nicaragua, el 12 de julio se dan instrucciones verbales para efectuar el despliegue hacia los frentes de guerra de las principales Unidades de Combate y de La Fuerza Aérea.²²

Con el fin de proporcionar apoyo inmediato al frente Sur-Occidental, se creó el Comando Aéreo del Norte, como Unidad con capacidad de efectuar operaciones tácticas y estratégicas hacia el territorio de El Salvador y para efecto de su movilidad y operación tendría su propio servicio logístico y de mantenimiento. Este comando quedó constituido así: Comandante General el Coronel de Aviación Mario Chinchilla Cárcamo; Coronel de Aviación, Gustavo Zerón, Jefe de Mantenimiento y con el personal de pilotos: Capitán de Aviación Carlos Aguirre, Capitán de Aviación Walter López, Tenientes de Aviación Edgardo Mejía y Marco Tulio Rivera. Todos los nombrados, así como el personal auxiliar de los servicios se trasladan el 12 de julio al Aeropuerto La Mesa, en San Pedro Sula.

El 13 de julio el Estado Mayor de las Fuerzas Armadas es trasladado a las oficinas de la Casa Presidencial para instalar la Sala de Guerra y trabajar en conjunto con el alto mando militar. En la dirección estratégica de la guerra, es la primera vez que se integra a La Presidencia de la República, igualmente, es la primera vez que sus miembros son todos Oficiales de Estado Mayor que están preparados para asistir al Alto Mando en las decisiones más graves y audaces que se tomaron durante la guerra de las 100 horas librada en contra de las fuerzas salvadoreñas. El 13 de julio se ordenan, por requerimiento de urgencia, los dos últimos vuelos de la FAH, hacia Santa Rosa de Copán, con el C-47, para trasladar doce toneladas de abastecimiento, Clase V, munición, para las unidades de Teatro de Operaciones Sur Occidental.

Ahora le correspondía al pueblo y a las Fuerzas Armadas tomar las armas para defender La Nación, contra una guerra que, por la manera en que los acontecimientos se estaban presentando, se le estaba imponiendo. Mientras Honduras estaba sola en la batalla en que se amenazaba su existencia, en tanto que El Salvador tenía aliados, que con su actitud pasiva y sin involucrarse abiertamente le ayuda-

ban y le estimulaban el esfuerzo bélico.

Mientras dos países pequeños de La América Central, se preparaban a librar una contienda inútil, que significaría graves derramamientos de sangre, severos golpes para la economía y la estabilidad de las instituciones de los beligerantes, el mundo estaba a la expectativa del acontecimiento científico más grande del mundo occidental: el viaje tripulado del Apolo XI a la luna, en la que el Comandante Robert Armstrong caminó por primera vez en la luna, diciendo "Un pequeño paso del hombre y un gran paso de la humanidad".

Dada la inminencia de la guerra, el Colegio Médico organiza a más de 300 médicos voluntarios y los desplaza en grupos y en los más diversos transportes tanto aéreo como terrestre a los 3 campos de operaciones, cubriendo en abanico todas las fronteras Sur-Occidental y Norte, además de la zona Central. Todos ellos muestran un excelente espíritu en esta misión que los acerca a todos los hondureños que viven expuestos en la frontera además de integrarse en los diversos frentes de combate. Esta operación se inicia desde el día 12 de julio en el cuartel general del Colegio Médico instalado en el Barrio Abajo de Tegucigalpa, donde se acumulan todos los pertrechos y los uniformes militares que llevan todos los médicos. Los medicamentos y material médico se centralizan en el Hospital General San Felipe desde donde se trasladan a todos los diferentes puestos fronterizos. Ese día El Dr. Ramón Custodio, acompañado del Dr. Enrique Samayoa, el Dr. Carlos Javier y otros asistentes se desplazan a Marcala por vía aérea, Custodio regresa a Tegucigalpa el mismo día, entretanto Samayoa y su grupo siguen en auto hasta Santa Ana y luego a lomo de mula hasta la montaña para obtener los tipos de sangre de un pelotón de soldados acampados en la zona fronteriza, regresando a Tegucigalpa, justo antes que aviones salvadoreños iniciaran el bombardeo en varios sitios del país.

En mi caso personal somos trasladados el domingo 13 de julio al Frente-Sur y en el Jeep militar me acompañan los Doctores Francisco Murillo Selva y Claudio Ajestas (Q.D.D.G.), presentándonos inmediatamente con el Jefe del Frente-Sur, Teniente Coronel Policarpo Paz García, que nos da las instrucciones precisas de organizar adecuadamente todo lo referente a sanidad militar en compañía del médico militar Capitán Roberto Villalobos teniendo como base el Centro de Salud de Nacaome y reportándonos diariamente al frente de mando. En esta ciudad se encontraban 3 compañías procedentes de El Paraíso, Tegucigalpa y Choluteca mandadas por el Capitán de Infantería Ramón Zambrano y una cuarta compañía al mando del Mayor de Infantería Abrahán García Turcios, que cubría el frente Caridad- Aramesina -Goascorán- El Amatillo- Alianza y El Aceituno.

El Primer Batallón de Infantería era la unidad insignia de este frente y cubría el eje de La Carretera Panamericana: El Amatillo- La Arada- Nacaome, desparramando sus fuerzas en Las Colinas, Las Chiches y El Ujuste al mando del Sub Teniente Napoleón Arias Cristales, quien murió valientemente defendiendo su posición junto con 10 soldados

que lo acompañaban. Se cubrieron los cerros de La Mesa y Diente Blanco con compañías de fusileros.

El comando y La Plana Mayor del Primer Batallón que asumió el Comando de Teatro de operaciones Sur estaba dirigido como ya dijimos por el Teniente Coronel Policarpo Paz, su segundo en el mando era el mayor de Infantería José Jorge Solórzano, el Jefe de personal S-I Mayor de Inf. Oscar Raúl Ordóñez, Jefe de Inteligencia S-II Capitán de Inf. Rubén H. Montoya, Jefe de Operaciones S-III Mayor de Inf. Avertano Hernández y Jefe de Asuntos Civiles S-V Capitán de Inf. Carlos Ávila Cáceres, que a su vez era Gobernador Político del Departamento de Valle y luego seguían los nombres de todos los Oficiales al mando de la tropa.

Al comando de este Teatro se asignaron refuerzos y tropas de la primera y quinta Zona militar y de reservistas de la famosa Compañía C llamada también Compañía de Hierro, que habían sido fundadores del primer batallón. También conocimos ahí a los corresponsales de guerra Armando Zelaya (Chilío) y Gerardo Alfredo Medrano. La compañía B al mando del Capitán Said Speer cubría el blanco izquierdo Alianza-El Carreto. El flanco derecho al mando del Coronel David Guzmán en el eje Diente Blanco La Arada- Goascorán. Cabe señalar la presencia de los médicos militares Doctores Ricardo Ochoa Alcántara y Aníbal Montes Guerrero, quienes en todo momento nos prestaron su valiosa colaboración, lo mismo el Dr. Roberto Villalobos.

El día domingo 13 nos hicimos presentes los Jefes médicos del Frente-Sur con la plana mayor a las 5:00 a.m. y el Coronel Paz García, hombre de pocas palabras nos expresó que esperaba el cumplimiento de nuestro deber ya que tenía comunicaciones de que habían muchos heridos civiles provocados por La Guardia Civil salvadoreña dirigida por el Coronel José Medrano alias el "Chele Medrano", que estaba realizando operaciones de rapiña en todas las aldeas fronterizas. Nos encargó distribuir víveres y medicamentos oportunamente. Su ceño fruncido señalaba gran preocupación, por lo que inmediatamente nos desplazamos todos al unísono a cumplir nuestras obligaciones y esperando lo peor. Nuestro primer paso fue organizar la brigada médica en el Centro de Salud de Nacaome, que contaba con alrededor de 40 personas entre Médicos, Enfermeras, personal de La Cruz Roja, Cuerpo de Bomberos, Boy Scouts y voluntarios de toda índole, a quienes organizamos en grupos para turnarse cada 8 horas en labores de vigilancia y atención médica de cualquier naturaleza. Como sólo había un baño, construimos varias letrinas en un terreno aledaño y a la pregunta de donde dormiríamos, les dije: "todos en el suelo" y así lo hicimos mientras duró la emergencia. A continuación nos trasladamos con el Capitán Ávila y el Doctor Murillo Selva a Choluteca donde nos entrevistamos con el Comité de Emergencia encabezado por el Capitán Francisco Rodríguez Williams, Profesora Lidia Williams, Periodista Juan Ramón Aguilera y Emilio Williams Agasse quienes se pusieron a nuestras órdenes sobre todo en la alimentación de nuestra tropa, ya que las "burras" que venían de Tegucigalpa se estropeaban en el camino por falta de refrigeración. Podemos

señalar que nunca nos faltó la colaboración de Choluteca en lo que respecta al avituallamiento. Lo mismo podemos decir del Comité de Nacaome, que era liderado por nuestro amigo el Capitán Ávila, que distribuyó el personal a la manera del ejército en regimientos de voluntarios que se encargaban de la vigilancia y del orden de todos los barrios y caseríos aledaños demostrando en todo momento entusiasmo y colaboración. Ellos fueron quienes nos informaron que muchos semovientes deambulaban por todas partes por lo que los reconcentramos a todos ya fuera ganado caballar, vacuno, porcino o caprino en varios potreros y a las aves de corral en varios gallineros. Además se organizaron las cocinas de campaña y los grupos de limpieza.

El día lunes 14 de julio a las 5:00 a.m. el Coronel Paz García nos informa muy preocupado del avance de todas las tropas salvadoreñas en la frontera y nos reitera que debemos estar listos por si hay combate, de lo cual informamos a todo nuestro personal y a continuación colaboramos con el Sub-Teniente Álvaro Romero en el traslado de municiones hasta el Carreto, donde había una guarnición de 80 hombres y también entregamos agua y alimento a los mismos. Luego realizamos el mismo procedimiento en otras aldeas vecinas donde había destacamentos y columnas armadas. Como se ve nuestra labor era intensa, fundamental y a la vez llena de peligros, ya que las tropas salvadoreñas se encontraban por todos lados y Dios y los lugareños nos guiaban por los lugares adecuados. Ese día los salvadoreños se toman la frontera y entre los curiosos y vecinos que son desalojados a tiros nos encontramos con la lideresa nacionalista por todos conocida como Jefa de La Mancha Brava "Doña Débora de Budde" quien venía sudorosa y llena de rasguños al atravesarse por un potrero lleno de espinas huyendo del peligro a toda carrera a pesar de los tacones altos que calzaba. Le hicimos las curaciones a ella y a su comitiva y los despachamos inmediatamente para Tegucigalpa porque las negras nubes de la guerra se vislumbraban sin lugar a dudas.

Inicio del Plan General Gerardo Barrios

El día lunes 14 de julio el ejército salvadoreño inicia la invasión del territorio hondureño a las 6:00 p.m. por aire y por tierra en la siguiente forma: Cuatro aviones F-51 Mustang, un avión de DC-3 y un avión B-26 sobre el aeropuerto Toncontin; un avión F-51 Mustang sobre Catacamas; 5 aviones FG-1D corsarios sobre La Mesa; un avión C-47 sobre Nuevo Ocotepeque otros sobre Juticalpa y 14 aviones civiles artillados sobre las Ciudades de San Marcos de Ocotepeque, Santa Rosa de Copan, Nacaome, Amapala y Choluteca y otras mas. Pero para suerte nuestra y debido al crepúsculo de la tarde todos los aviones de combate que se dirigían a Toncontin se perdieron de ruta y terminaron atacando los pueblos de Jalteva, El Suyatal, Juticalpa y Catacamas.

Únicamente el avión DC-3 logró llegar a Toncontin a las 6:19 de la tarde lanzando por una puerta abierta dos bombas que caen en cerro despoblado a 2 Km al Sur del ae-

ropuerto. Otras dos bombas caen cerca del Río San José y una quinta en la colonia 15 de septiembre. Inmediatamente se interrumpe la energía eléctrica produciéndose un apagón en Tegucigalpa. La escuadrilla de Corsarios que se dirigía hacia La Mesa en San Pedro Sula nunca llegó a su destino perdiéndose en el camino ya que el estado del tiempo era malo a esa hora debido a la nubosidad que se extendía por todo el Sur del país. Estas acciones fallidas, con lo que no contaban los agresores salvadoreños exacerbó el patriotismo de los hondureños que se aprestan al combate.

Al mismo tiempo se inicia el ataque del ejército salvadoreño a las 6:00 p.m. con artillería de 75 y 105 mms y morteros de 81 mm, emplazados en toda la extensión del frente del Amatillo, con alrededor de 30 granadas por minuto.

Los cañones de 105 mm tienen un alcance de 11 Km. y los silbidos de las explosiones mantienen en tensión a los defensores y a la población, civil que salen corriendo y gritando para salvar sus vidas. Todos los médicos con altoparlantes dirigimos aquel tropel humano hasta un campo que habíamos acondicionado en Nacaome donde les prestamos auxilio. Todos ellos son desplazados de guerra de Alianza, Goascorán y la Aduana del Amatillo, que habían sido ocupados por el ejército salvadoreño desde las 6:00 de la tarde.

El espectáculo de aquel tropel de niños, mujeres y hombres de todas las edades era dantesco, sus gritos desesperados aun taladran mis oídos después de 40 años y en medio de todo esto las tropas hondureñas se abren paso para ocupar sus posiciones defensivas dirigidas por el mayor de infantería José Jorge Solórzano y el Capitán Montoya. El desorden es mayúsculo, pero ya señalamos como guiamos a todos los desplazados al lugar preparado en la retaguardia donde establecimos un campamento. Las tropas de cobertura se desplazaron en Caridad, Aramesina, El Copalillo y Alianza cediendo al enemigo el espacio en el Río Goascorán y El Amatillo. El dispositivo de defensa se coloca en el Junquillo-La Arada-El Bolichal y en los cerros El Guacimal, El Ajuste y El Rincón cubriendo así el eje principal de la Carretera Panamericana. La enorme concentración de refugiados nos obligaba a resolver el problema de alimentación por lo que decidimos con la autorización del Coronel Oscar Ordóñez (Moca), proceder al destazo del ganado bovino y en cocinas improvisadas se preparó la comida de campaña (el rancho), hecha por los mismos refugiados. Se envió comida fresca a todos los soldados de nuestro frente.

A la misma hora los salvadoreños atacan Ocotepeque, donde se encontraba el puesto de mando del Centro de Operaciones Sur-Occidental integrado por el siguiente personal de Oficiales: Comandante Teniente Coronel de Inf. Arnaldo Alvarado Dubón; Jefe de Plana Mayor, Mayor de Inf. DEM Edgardo Alvarado Silva; Capitán de Inf. Enrique Delattibodieri, Jefe de personal S-1; Teniente de Infantería Frank Ramírez Matheu, Jefe de Inteligencia; S-2 Mayor de Infantería Rosendo Martínez, y Capitán de Infantería José Abdenego Bueso Jefe de Logística S-4. Como médicos militares se encuentran los Doctores y Tenientes Jorge López, Armando Alemán y el Capitán René Cervantes.

El Teatro de Operaciones tiene como unidad insignia el Batallón Lempira, reforzado por el Cuerpo Especial de Seguridad. El Comando Militar de Teatro decide establecer una defensa escalonada con la fuerza de seguridad al frente cubriendo el eje El Poy-Ocotepeque con una línea en la quebrada El Jután y otra en la quebrada El Ticante como línea principal de resistencia. La misión del batallón Lempira era defender la línea principal de defensa. El segundo escalón de defensa estaría cubriendo el eje carretero Ocotepeque-Sinuapa-El Pedregal-El Portillo bajo la responsabilidad del Primer Batallón de Infantería. El tercer escalón de esta defensa estaba en la Zona de El Portillo. También se cubrían los blancos con pelotones de fusileros en la línea Guarita-Valladolid-Mapulaca.

Todo este dispositivo se enfrenta al ejército salvadoreño constituido por 4 brigadas dirigidas por el Coronel de Inf. Jesús Velásquez apodado "El Diablo" el cual tenía el apoyo de 7 batallones.

Inician el fuego a las 6:00 de la tarde con cañones de 81 y 105 mm en El Jutal y Cayagua manteniendo el combate toda la noche y de repente cae un fuerte aguacero que impide el avance de las tropas salvadoreñas. Al mismo tiempo que se están verificando las acciones del frente Occidental descritas arriba, La Fuerza Aérea Hondureña inicia sus ataques al finalizar el mal tiempo dirigidos a la base aérea de Ilopango, donde están concentrados los aviones de La Fuerza Aérea Salvadoreña la cual destruyen a las 4:00 a.m. del día 15 de julio. Al mismo tiempo la escuadrilla de Corsarios de San Pedro Sula destruye la base de Cutuco y la refinería de Acajutla. Todas las escuadrillas cumplen su objetivo y regresan a sus bases sin una sola baja.

Esta operación aérea inicia con éxito el contra ataque hondureño, lo cual es un refuerzo en el ánimo del ejército hondureño que inicia la contraofensiva cuando menos lo imaginaban los salvadoreños. Es así que a las 8:00 de la mañana del 15 de julio La Fuerza Aérea Hondureña representada por el Mayor Colindres, El Capitán Fernando Soto y el Capitán Zepeda atacan el convoy de carros de guerra que avanzan desde El Amatillo hasta Nacaome obligándolos a retirarse en desbandada. El fuego de fusilería, morteros y ametralladoras los obliga a replegarse del Cerro de El Ujuste y del Cerro Diente Blanco, capturando numerosos soldados salvadoreños en Caridad y Aramesina. Los puestos avanzados de combate reportan a la 1:00 p.m. que no hay movimiento de tropas en el frente pero hay fuego continuo de diferentes calibres para hostigar las tropas las cuales continúan ocupando sus posiciones bajo fuego continuo todo el día, pero no hay avance de tropas enemigas.

A la misma hora, 1:00 de la tarde del día 15 de julio, se desarrolla la batalla de El Ticante siendo definida por los corsarios hondureños piloteados por el Capitán Aguirre y el Capitán Rivera del Comando Aéreo del Norte que dejan caer una lluvia de bombas sobre las tropas salvadoreñas mientras la fusilería hace su trabajo.

Las tropas salvadoreñas se retiran de El Ticante y retroceden a sus posiciones en Nueva Ocotepeque y las tropas

hondureñas se reagrupan. Las bajas han sido considerables en ambos bandos pues la batalla ha durado hasta el anoche. El enemigo no ha logrado avanzar pero nuestras tropas han sido diezmadas y un nuevo ataque sería catastrófico, por lo que su Comandante Coronel Alvarado se dirige al alto mando solicitando urgentemente refuerzos. Contrario a lo que se podía esperar en aquellas terribles circunstancias, el ejército hondureño estaba iniciando el contra ataque a sólo un día en que el enemigo había iniciado la agresión. Esta maniobra era vital para distraer el enemigo que estaba a punto de avanzar en el frente Occidental, y aunque las tropas hondureñas habían logrado detenerlos en El Ticante, era inminente un nuevo ataque en ese lugar ya que las tropas enemigas se estaban agrupando nuevamente mientras que nuestras tropas se habían retirado prácticamente de ese frente con numerosas bajas y sin refuerzos que desesperadamente necesitaban.

Fue así que a las 3:00 a.m. del día 16 de julio bajo una llovizna pertinaz, en el puesto de mando del Teatro de Operaciones que estaba en La Arada, el Coronel Paz García con su voz grave y firme expresó a los miembros de la Plana Mayor, que había recibido una comunicación del Estado Mayor ordenándole que iniciara un contraataque al enemigo, ya que el día anterior se habían tomado Ocotepeque y continuaban su avance hacia San Pedro Sula. La contraofensiva era forzosa porque contribuiría a quitarle la iniciativa al ejército salvadoreño en aquel frente. Con estas frases sencillas todos los Oficiales corrieron a sus puestos de mando convencidos de que de ellos dependía el futuro de la guerra y que no cabía otra acción que vencer o morir en aras de la patria.

El primer batallón se desparramó sobre las colinas de Diente Blanco y Las Mesas y el Cerro de El Ujuste mientras que la Compañía de Artillería se emplazó en La Guasimada, supervisando el Coronel Paz García personalmente estas operaciones, cuyo objetivo principal era alcanzar la línea de La Carretera Panamericana en el eje Alianza-Amatillo-Goascorán.

La batalla se inició a las 4:30 de la mañana de aquel día con un estruendo terrible de armas de todo calibre, sorprendiendo a los salvadoreños que jamás esperaron ni remotamente una contraofensiva tan feroz que atribuyeron a que varios batallones de refuerzos estaban atacando y la sangre generosa de muchos hondureños comenzó a regar los campos áridos del Sur. Los primeros en caer fueron el Sargento Benjamín Sánchez, el Cabo Gutiérrez y los Soldados Cabrera, Lara, y Domínguez. Por nuestra parte corríamos entre las balas levantando muertos y heridos para trasladarlos a la retaguardia y darles atención médica a unos y a otros trasladándolos en ambulancia a Choluteca. El enemigo está presentando fuerte oposición, pero lo están obligando a desalojar sus posiciones. De repente a las 6:00 a.m. la escuadrilla de los F4U-5, al mando del Mayor Colindres se lanza en picada hacia la retaguardia del enemigo lanzando, los Capitanes Soto y Acosta, bombas de 100 libras que obligan el repliegue de las tropas salvadoreñas que huyen buscando cualquier resguardo.

A las 9:30 a.m. continúa la ofensiva del primer batallón en todo el frente de batalla llegando al Cerro del Ujuste. A esa hora se hace presente nuevamente la misma escuadrilla del Mayor Colindres arrojando bombas de 100 libras y disparando las ráfagas de sus cañones calibre 20 mm. El volumen del fuego y las explosiones ensordecedoras de las granadas hacían huir a la soldadesca enemiga. Se hace presente el destacamento de La Escuela Militar y de la seguridad interna de La Fuerza Aérea lo mismo que numerosos voluntarios. La batalla termina a las 19:00 hrs. y a las 20:00 hrs. El Teniente Coronel Paz García informa al cuartel general que las tropas bajo su mando han completado el repliegue a sus posiciones defensivas y que el personal de sanidad está evacuando a los heridos y muertos en combate y los prisioneros de guerra se trasladan a Nacaome. El enemigo ha huido derrotado hasta sus emplazamientos al otro lado de la frontera y se ha capturado mucho equipo de combate.

Nuestra labor es titánica trasladando y curando a los heridos en combate. Hay varios fracturados y algunos con heridas conminutas que no pueden suturarse por lo que se trasladan a Choluteca o a Tegucigalpa, según su gravedad. Hemos acabado con los analgésicos, antisépticos y suturas por lo que solicitamos más equipo y material a Tegucigalpa y San Lorenzo. Curamos al último herido al filo de las 2:00 a.m. del día 17. Gracias a Dios no hemos tenido ninguna baja, nos abrazamos con los Doctores Murillo Selva, Ayestas, Valladares Lemaire y Víctor Vallejo. El Colegio Médico ha cumplido su misión en el Frente-Sur.

Aquella contraofensiva que se iniciaría el día 16 de julio y que cambiaría el curso de la guerra tuvo como base los ataques de La Fuerza Aérea que destruyeron los aviones salvadoreños en sus pistas de Ilopango y Cutuco y la consolidación del frente Sur en la batalla de La Arada que hizo retroceder al enemigo hasta la frontera. Sólo faltaba consolidar el Frente-Sur Occidental, para lo cual el alto mando decidió el mismo día 16 aerotransportar el batallón Guardia de Honor Presidencial hasta La Labor y luego hasta El Portillo.

La misión de este batallón a cargo del Coronel Matías Hernández era atacar la retaguardia del enemigo que se ha-



Cuartel General, Nacaome, Valle, los Doctores son (izq. a derec. arriba) Carlos Arita Chinchilla, Gabino Córdova, Víctor Vallejo, René Valladares, Carlos Rivera W., Danilo Velázquez, Rubén Zelaya, (izq. a derec. abajo), A. Gómez Padilla, Napoleón Gúnera, Carlos A. Javier (en visita de supervisión), Orlando Ramírez, Rafael Lobo, Mauricio Varela.

bía replegado hacia Ocotepeque.²³ A las 11:00 de la mañana del día 17 de julio el batallón Guardia de Honor termina su despliegue en el Portillo y sus posiciones avanzadas se dirigen hacia San Rafael de las Mataras destruyendo a su paso las avanzadas enemigas en las colinas de La Chicotera y El Pedregal entablando batalla en forma sorpresiva en Llano Largo con las fuerzas del Coronel Medrano y en San Rafael de las Mataras a las 12:15 del mismo día, en una acción relámpago destruye al grueso de la tropa enemiga constituida por más de 2500 hombres contando con el apoyo de La Fuerza Aérea que como siempre fue decisivo.

San Rafael de las Mataras siempre será recordada por todos los hondureños ya que su ejército dirigido por el Coronel Matías Hernández se cubre de gloria al ganar esta batalla que es la llave de la guerra, pues los salvadoreños no pueden avanzar hacia San Pedro Sula, sino que todo lo contrario huyen en desbandada hacia Ocotepeque de donde son desalojados por nuestro ejército.

La maniobra clave de los Coroneles Alvarado y Matías Hernández en esta batalla fue haber emboscado al enemigo y luego atacarlo por todos lados. La batalla exalta el patriotismo de nuestros héroes y se da el caso de que el médico del batallón, sub. Teniente Rafael Roberto Sandoval Díaz, hizo a un lado su botiquín y tomando su fusil M-2 se lanzó al ataque contribuyendo a las acciones ofensivas, siendo herido en combate. Tiempo después este médico se trasladó a Estados Unidos donde hizo carrera militar destacada y actualmente es Coronel retirado del ejército de Estados Unidos. La batalla fue culminada en el crepúsculo de la tarde cuando los aviones corsarios piloteados por los Capitanes Carlos Aguirre y Marco Tulio Rivera dejaron caer sobre el enemigo dos bombas de 100 libras y a continuación 6 rockets y granadas de 81 mm, para seguir con el fuego de 6 ametralladoras calibre 50 de cada avión sembrando el pánico entre los soldados enemigos los cuales huyeron por todas partes escapando hacia la retaguardia. La batalla había durado más de 10 horas.

En esta forma se escribe la historia gloriosa de esta victoria de las tropas hondureñas que junto a la batalla de La Arada en el frente Sur, cambian el curso de las operaciones de la guerra. La iniciativa de la misma cambia. El enemigo se retira en desbandada pues al llegar a Ocotepeque no se detuvieron en la misma, sino que se retiraron hasta Citalá en El Salvador, quedando la ciudad mártir de Ocotepeque en silencio hasta el día siguiente en que hace su entrada triunfal nuestro glorioso ejército.

Cabe destacar la extraordinaria presencia del regimiento médico al mando de nuestro Presidente Doctor Ramón Custodio quien se desplazó una y otra vez por el frente de combate recogiendo y trasladando heridos ya que las bajas fueron muchas en ambos bandos, quedando sembrado el campo de batalla de muchos enemigos. Los vehículos de transporte que utilizaron la mayor parte quedaron destrozados. El enemigo dejó numeroso armamento y munición. Se considera que en esta batalla murieron más de 500 soldados salvadoreños y por el lado hondureño hubo 92 bajas entre



De izquierda a derecha: Coronel Policarpo Paz García (comandante del Frente-Sur), Capitán Said Speer, Teniente y Dr. David Abrahán Galo, atrás Teniente y Dr. Alejandro Zelaya, junto con un enfermero militar y dos guardias. Explorando posiciones en La Arada.

muerdos y heridos. Había más de 40 presos del ejército y La Guardia Nacional. Por orden del Doctor Custodio los heridos fueron trasladados a los puestos de socorro en La Labor, al Hospital de Santa Rosa de Copán y los más graves fueron trasladados en avión hacia San Pedro Sula. Entre los valientes médicos que participaron en esa batalla podemos citar entre otros a los doctores Alberto Pérez Estrada, German Madrid (Q.D.D.G.), Lisandro Oviedo, Juan Ramón Collart y los Mayores asimilados al ejército Luís Bueso Arias, Guillermo Florentino (Q.D.D.G.) y Rigoberto Rodríguez, además de otros como el Dr. Adán Coello, Dr. Fernando Hílzaca y Benjamín Matamoros.

El día 17 de julio a las 19 horas, hay mucho movimiento. Del comando de La Fuerza Aérea han informado que este día el Capitán de La Fuerza Aérea Fernando Soto ha derribado un avión Mustang F-51, y dos corsarios SG-1D en el Frente-Sur. El avión Mustang lo derribó a las 10:00 a.m. cerca de Alianza, Valle y era piloteado por el Capitán Vladimir Varela y los corsarios fueron derribados en el Amatillo a las 4:00 p.m. El primero piloteado por el mejor piloto de La Fuerza Aérea salvadoreña Guillermo Reinaldo Cortés y el segundo era conducido por el Capitán José Francisco Zeceña Amaya, quien fue recogido por las patrullas salvadoreñas en Santa Rosa de Lima. Esta hazaña asombrosa realizada el mismo día por nuestro máximo as del aire, cubre de gloria imperecedera al entonces Capitán Fernando Soto, llamado cariñosamente "Sotío". El avión Mustang F-51 salvadoreño cayó en territorio hondureño cerca del caserío de La Laguna en el municipio de Alianza. Por orden del Coronel Policarpo Paz García el Capitán de Inf. Carlos Ávila, Jefe de Asuntos Civiles S-5, en compañía de los Doctores Claudio Ayestas, Francisco Murillo Selva, y Carlos Rivera Williams, recogimos los restos del piloto salvadoreño Capitán Vladimir Varela que comandaba la nave derribada y los enterramos con honores militares de muerto en combate en el cementerio de Nacaome, presidiendo la ceremonia el Coronel Oscar Ordóñez y el Teniente Álvaro Romero. El año 2007 se me pidió identificar el lugar de su tumba y sus restos fueron trasladados a el Salvador donde también se le rindieron honores agradeciénd-



Dr. Enrique Samayoa, el Dr. Ramón Custodio, dialogando con el Alcalde de Marcala.

dole al Ejército y Gobierno de Honduras el trato que se le dió a pesar de todo.

El día 17 de julio, en el Frente-Occidental se emboscó un convoy salvadoreño en la zona del El Portillo y se ha ganado la batalla en San Miguel de las Mataras y el Jefe de Operaciones de la Fuerza Aérea Coronel Serra informa que la Fuerza Aérea controla el espacio aéreo y que ese día se ha realizado 13 salidas en apoyo al Frente de El Amatillo y 16 salidas en apoyo al Frente de Ocotepeque, además de las acciones de reconocimiento y defensa de las bases aéreas. Prácticamente se ha destruido el poder aéreo salvadoreño dejando fuera de combate cinco aviones Mustang F-51, cinco corsarios FG-1D y un C-47 mientras que nuestra Fuerza Aérea operaba con un 100% de efectividad y cero bajas.

En este momento era ya evidente que en los frentes de guerra la situación estaba cambiando a favor de Honduras a pesar de que el General Sánchez esperaba un milagro creyendo que podía lograr mejores posiciones en el territorio hondureño. Pero el pueblo salvadoreño también sufría los efectos de la guerra con el racionamiento de combustible y alimentos además del pánico que sentía cuando los aviones corsarios hondureños volaban a cualquier hora sobre San Salvador pero con órdenes de no arrojar bombas para no castigar al pueblo salvadoreño, que no tenía culpa de una guerra inventada por la oligarquía que manejaba al ejército y al Presidente Coronel Fidel Sánchez y ya se empezaban a oír por todas partes voces de protesta por esa guerra absurda.

El día 18 julio a las 11:00 a.m. se reunió el Órgano de Consulta de la OEA informando de las actividades del Comité de los 7 sobre el Plan de los 4 puntos que han propuesto a los Gobiernos de Honduras y El Salvador para el cese inmediato de las acciones de guerra y el retiro de las tropas invasoras salvadoreñas a su país.

A las 17:00 horas el Ministro de Relaciones Exteriores de El Salvador Dr. Francisco Guerrero, llamó por teléfono al Embajador Jorge Fernández señalándole que estaba de acuerdo con la Resolución N.1 y que se estaban dando ya

las órdenes para darle cumplimiento a la orden del cese de fuego a partir de las 22: 00 horas, aceptando la presencia de observadores militares. En esta forma se desactivaba el mecanismo de la guerra esperando los futuros acontecimientos.

A todo esto el segundo batallón de infantería, destinado desde el día 13 de julio a proteger el Frente Central en la aldea de Sabanetas jurisdicción de La Paz, el cual se mantuvo inactivo a pesar de habersele dado órdenes a su Jefe de establecer contacto con el enemigo, por recomendaciones del Mayor Mondragón Cárcamo G-3 es enviado hacia el Teatro Occidental con la misión de llevar a cabo operaciones ofensivas si es necesario. Es sustituido en Sabanetas por el tercer batallón de infantería o táctico. El Comandante del táctico, el día 18 de julio a las 15:30 horas, ordena iniciar el ataque con la misión de capturar los objetivos de Arambala y Perquin. El puesto de mando continuó en Sabanetas.

Las tropas del Táctico llegan hasta las montañas de El Zancudo, atraviesan el Río Negro y penetran en territorio salvadoreño. Al frente no hay actividad del enemigo y llegan hasta el pueblo de Perquin acampando en los alrededores. Esa misma noche recibieron una nota del Estado Mayor ordenándoles retirarse del territorio salvadoreño por haber entrado en vigencia la orden del cese de fuego. El reloj de las sala de guerra del Estado Mayor marcaba en ese momento 100 horas de combate. Esta zona fue inspeccionada por el Dr. Custodio.

Casi al mismo tiempo un batallón salvadoreño dirigido por el Capitán Fabián Reyes se toma San Marcos de Ocotepeque comunicándose con el General Medrano que estaba en Llano Largo y se dirigía hacia Santa Rosa de Copán, ignorando la toma de San Marcos. Dándose cuenta Medrano que podía ser atacado por la retaguardia decidió retirarse hacia la frontera, llevándose como botín un Jeep y varias reses destazadas y gallinas desplumadas como era su costumbre. Al pasar por San Marcos de Ocotepeque las tropas salvadoreñas, entre otras tropelías, saquearon la iglesia y se llevaron las campanas nuevas dijo el Párroco Rodrigo Brenan de la Parroquia de Nueva Ocotepeque.



Coronel de Aviación Fernando Soto con "overol" de combate al fondo el F-4U-5 corsario con la marca de los tres aviones salvadoreños que derribó (2 Corsairs y 1 Mustang)

El día 18 de julio a las 12:00 a.m. se presentó ante La Plana Mayor del Frente-Sur presidida por el Coronel Paz García y de la cual formábamos parte como representantes de regimiento de sanidad, en el cuartel general situado en la aldea La Arada, una comisión del Órgano de Consulta de la Organización de Estados Americanos, quienes pidieron a nuestro Jefe dirigirse a El Amatillo donde se reunió con el Jefe de la Fuerza Militar salvadoreña Coronel Artola y firmaron el documento que ordenaba el cese de fuego de las operaciones de los ejércitos del Salvador y Honduras y se disponía que ambos países deberían retirar las tropas a las posiciones que ocupaban antes de la guerra, el *Status quo ante bellum*, además de someterse a inspecciones *in situ* en ambos países. Después de rubricar con sus firmas el documento y a petición del delegado de la OEA el portorriqueño Capitán Montañés, ambos altos militares se hicieron el saludo militar y se estrecharon las manos. Casi llorando de emoción abracé al Coronel Solórzano (QDDG) que era el segundo al mando en el Frente-Sur, al Capitán ahora General Rubén Montoya, al Capitán Ávila que se había desempeñado extraordinariamente y por supuesto a mis colegas y amigos Capitán Roberto Villalobos, Mayores asimilados al ejército Doctores René Valladares L., Francisco Murillo Selva, y Claudio Ayestas (QDDG). Además al Coronel Oscar Ordóñez (QDDG) y al Sub-Teniente, actualmente General y ex Ministro de Seguridad, Álvaro Romero. El alto al fuego se iniciaba a las 22:00 de ese día.^{23,24} El reloj marcaba 100 horas de combate.

El ejército salvadoreño no respetó el numeral 1 de la Resolución en lo referente al cese de fuego y aprovecharon para invadir otros poblados hondureños como Alianza, Caridad, y Aramesina en el Departamento de Valle y San Marcos de Ocotepeque, población indefensa del Departamento de Ocotepeque. El periodista norteamericano Henry Goethels, del diario "The News" de la ciudad de México, al referirse a la guerra señala lo siguiente: "La presunción y la demasiada confianza en si mismos, fueron los factores que mas contribuyeron a la humillante derrota del ejército salvadoreño, cuyo alto mando estaba convencido de que en tres días estarían en Tegucigalpa y en cinco días en San Pedro Sula.

Pero sucedió que su ataque en forma de pinza es decir en dos puntos, fue parado en seco en ambos frentes y apenas penetraron 10 millas en territorio hondureño. Eso les dio tiempo a los diplomáticos para poner en operación la maquinaria de Paz de La OEA. En San Rafael de las Mataras mas de 2000 soldados de la guardia nacional salvadoreña, considerada lo mejor de los ejércitos de Centroamérica, fue rodeada y cortada virtualmente en hilachas por el ejército hondureño". La crónica anterior del periodista Goethels resume la verdad de la guerra de las 100 horas y demuestra la derrota que sufrieron las fuerzas invasoras al subestimar al ejército hondureño y realizar una estrategia vacilante en la que las decisiones más importantes fueron tomadas sin disponer de una información precisa.

El Salvador estaba en el banquillo de los acusados pero se negaba a replegarse violando las normas del sistema in-

teramericano y fue hasta que se les amenazó con aplicarles el Artículo 7 del convenio de Rio de Janeiro, declarándolos agresores, cuando decidieron retirar sus tropas lo cual se efectuó el 2 y 3 de Agosto y al día siguiente 4 de agosto, las tropas hondureñas izaron el pabellón nacional en toda la zona fronteriza que quedó completamente destruida y saqueada, dándose el caso de robarse las campanas de la iglesia de Ocotepeque, llevarse todo un puente Bailey, entre esa ciudad y Guatemala, además de robarse todo el ganado que pudieron y no dejaron ni una tan sola gallina en su afán de rapiña.

Con ocasión del retiro de las tropas salvadoreñas del territorio nacional, el señor Presidente de La República de Honduras y su Ministro de Relaciones Exteriores dirigieron sus mensajes a la nación relatando los hechos, pero inexplicablemente no se mencionaron los héroes anónimos que hicieron posible este grandioso triunfo: el Estado Mayor General, La Fuerza Aérea y las unidades del ejército que se enfrentaron en desventaja a las tropas agresoras, Los voluntarios, entre los que se encontraba nuestro glorioso Colegio Médico y sobre todo el pueblo hondureño que levantando su puño heroico dijo: "No Pasarán".

El 3 de octubre de 1969, día del Soldado, se realizó el desfile de las Fuerzas Armadas y el pueblo hondureño se desbordó con júbilo en las principales ciudades. Un pequeño grupo de nosotros desfiló con el primer batallón por invitación que nos hizo personalmente su Comandante Coronel Policarpo Paz García, ya que el entonces Presidente de La República nos ignoró. El Colegio Médico en respuesta a este desaire y cumpliendo órdenes de nuestro máximo Líder y Presidente Doctor Ramón Custodio López continuamos atendiendo ad-honorem a nuestro pobre pueblo pobre, como decía Allan Padgett, de sus múltiples enfermedades, lo mismo a las diferentes unidades del ejército en las que se habían desatado, debido al mal tiempo y peor calzado, numerosos casos de pie de atleta ocasionados por hongos y lesiones de la piel ocasionadas por los ejércitos de zancudos de la zona, que ocasionaron desde simples piquetes hasta casos de paludismo y prurigo intenso, además de las quemaduras solares.

Por otra parte nuestro Colegio se dirigió al Gobierno de La República en una proclama viril exigiendo que desapare-



Una compañía del XI Batallón desfila en el Estadio Nacional, en el desfile de la victoria.

ciera la corrupción y que se hiciera un verdadero plan de Gobierno. Para que la historia nos juzgue, reproducimos dicho pronunciamiento el cual lejos de ser tomado en cuenta por el Gobernante de turno General Oswaldo López Arellano, fue olvidado en el último rincón de las gavetas de su escritorio. Años después el mencionado gobernante fue expulsado del poder debido a un sonado acto de corrupción por soborno de las compañías bananeras el llamado "Banana Gate".

En cuanto a los gobernantes salvadoreños, también tuvieron su Waterloo, ya que los gobiernos militares, paradójicamente llamados de conciliación, fueron expulsados del poder al no poder resolver los problemas sociales del pueblo salvadoreño, el cual tuvo que lanzarse a la lucha armada con el Frente de Liberación Nacional Farabundo Martí (actualmente en el poder) que duró 12 años y ocasionó más de 300 mil muertos.

Epílogo: El tratado General de Paz entre Honduras y El Salvador fue firmado el 30 de octubre de 1980 gracias a la destacada mediación del gran ciudadano peruano el Doctor José Bustamante i Rivero, de grata recordación para todos los hondureños y el 11 de septiembre de 1992 La Corte Internacional de Justicia de La Haya fijó los límites fronterizos en forma definitiva, invariable, *ad perpetuam* logrando así tener sus 3 fronteras terrestres definidas.

Comentario final: Estamos convencidos de que nunca podremos resolver los diferendos fronterizos con el Salvador ya que en el año 2002 el Presidente Flores de ese país nos hizo acudir nuevamente a la Corte Internacional con nuevas pretensiones además de no definir completamente el área fronteriza terrestre. Volvimos a ganar en La Haya y en ese tribunal se le ganó también a Nicaragua que desconocía el laudo del Rey de España aparte de nuevas pretensiones en la plataforma marítima donde tenemos pendiente delimitar con Cuba, Colombia y otras islas caribeñas. Por consiguiente debemos siempre recordar la guerra de las 100 horas y recomendarles a nuestros vecinos que las controversias deben resolverse siempre por medios pacíficos. **¡Así sea!**



De izq. a derec: El Canciller de Costa Rica, Bernie Niehaus; el Canciller de El Salvador, Fidel Chávez Mena; el señor Presidente de El Perú, Fernando Belaunde Terry, el señor Mediador, José Bustamante i Rivero; el Canciller de Honduras, Cesar Elvir Sierra; el Canciller de Guatemala, Rafael Castillo Valdez; al fondo el Gabinete de gobierno, Cuerpo Diplomático y los dignatarios invitados. Suscripción del Tratado de Paz, Lima Perú, 30 de octubre de 1980.

En cuanto al Colegio Médico de Honduras cuando la patria peligre siempre estaremos al lado de nuestro ejército enarbolando la bandera de la paz y defendiendo a nuestro pueblo.

Pronunciamiento del Colegio Médico de Honduras al terminar la guerra no declarada de El Salvador contra Honduras.

Análisis de la problemática.

20 de agosto de 1969

Señor Presidente de La República,
General Oswaldo López Arrellano.
Su Despacho.

Señor Presidente:

Dos horas después del rompimiento de relaciones diplomáticas de El Salvador con Honduras, a la 1:00 de la madrugada del 27 de junio recién pasado, La Junta Directiva del Colegio Médico de Honduras se pronunció, a nombre de sus colegiados, en apoyo incondicional al Gobierno de La República para defender la soberanía nacional y la integridad territorial. Ese pronunciamiento, aun cuando prematuro en apariencia, fue oportuno como lo revelaron los acontecimientos posteriores que demostraron el buen juicio de su intención.

El médico hondureño, como cualquier ciudadano, ha sabido cumplir con sus deberes cívicos en diferentes circunstancias y en la actual emergencia nacional se hizo presente a todos los sitios donde fue requerido. Esta presencia en los diferentes sectores del frente interno (militar, desplazados de guerra, pueblo en general) le ha permitido tomar conciencia de la preocupación del ciudadano hondureño, desde el campesino y el soldado hasta el banquero y el industrial. Preocupación por la unidad e integración nacionales, el respeto a la soberanía, la defensa de la integridad territorial y la conquista de la independencia. Este médico, en su doble condición de colegiado y ciudadano, ha instalado en repetidas ocasiones a La Junta Directiva para que analice los problemas nacionales de la presente emergencia y plantee, tanto al Gobernante como a los gobernados, las posibles soluciones. Por ello La Junta Directiva del Colegio Médico de Honduras tiene la seguridad de hablar en nombre del pueblo hondureño de sus intereses soberanos, y cumple sin vacilaciones con tan sublime deber.

Unidad e Integración Nacionales

La presente crisis histórica ha engendrado una unidad de la opinión nacional que, aunque siendo espontánea, ha respaldado y hecho posible la efectiva defensa de Honduras ante la agresión salvadoreña en forma de una guerra no declarada. La preservación y fortalecimiento de esta unidad nacional exigen:

- a. La integración de los mejores recursos humanos en la administración pública mediante la efectiva aplicación de La Ley de Servicio Civil sin discriminación de ningu-

na especie, porque en el mundo de ayer y de hoy no han existido ni existen sustitutos para el talento, la inteligencia, la honestidad y la austeridad, cualidades que deben estar bien representadas en un Gobierno que no tiene aliados ni asistencia ante la inminente amenaza de una nueva invasión salvadoreña, autorizada tácitamente por la falta de sanciones a la agresión que propiamente se inició el 13 de julio de 1969.

- b. Reestructuración inmediata de la administración pública mediante la renuncia de todos los funcionarios que ocupen cargos de confianza para dar oportunidad a los poderes ejecutivos y legislativos de escoger ciudadanos capacitados y honestos. Debe recibir particular y urgente atención la reorganización del servicio exterior para que Honduras este representada de manera inteligente, digna y adecuada.
- c. Ejercicio inmediato de un régimen de honestidad en el que se aplique sin vacilaciones La Ley de Probidad y se acabe para siempre con el infamante comercio de las influencias, que por no dejar huellas de enriquecimiento ilícito ha sido visto con benevolencia cómplice.
- d. Ejercicio inmediato de un régimen de austeridad tanto de los funcionarios civiles como de los jefes militares, que sea el fiel reflejo de un país con recursos económicos limitados pero los suficientes para donaciones internacionales. Practicar la austeridad administrativa en vivir dignamente sin recurrir en forma desmedida a los empréstitos o forma tal que ninguna institución autónoma evada la auditoria fiscal invocando esta condición, que desaparezcan los lujos superfluos para numerosos funcionarios públicos, que se terminen los privilegios que inmerecidamente se han otorgado a otros funcionarios, que cesen las recepciones extravagantes, que no se autoricen viáticos excesivos para tanto viajero oficial, y que desaparezcan otros lujos poco apropiados para un país en que tantos carecen de lo indispensable para una subsistencia mínima.
- e. Que los partidos políticos, las Fuerzas Armadas y las otras fuentes de fuerza social por iniciativa del señor Presidente de la República comiencen el diálogo cívico para crear las condiciones propicias a la tolerancia y respeto mutuos, y que de hoy en adelante se hable en Honduras de adversarios y nunca mas de enemigos políticos. El Gobierno ya dio un Decreto de Amnistía, amplio e incondicional y ahora conviene el absoluto respeto de los derechos y garantías individuales, como el comienzo de un proceso democrático efectivo.
- f. Institucionalización del Comité Cívico Nacional como un organismo representativo que se encargue de orientar la opinión pública en la solución de todos los problemas del país.

Soberanía Nacional

El pueblo hondureño, de quien emanan todos los Poderes del Estado, es la única fuente de soberanía nacional y en la defensa de sus sagrados intereses no reconoce compro-

misos nacionales o internacionales que lo priven y despojen de sus atributos soberanos. Hay conciencia en cada hondureño de que el respeto de la soberanía nacional exige:

- a. Cumplimiento de La Constitución Política y demás ordenamientos jurídicos ante los cuales debe existir igualdad de todos los hondureños; cumplimiento estricto de las leyes aplicables a extranjeros, sin autorizar pactos especiales al margen de nuestras leyes fundamentales.
- b. En el orden económico se impone la revisión de los siguientes renglones:
 - Análisis de nuestra participación en el Mercado Común Centroamericano, tomando las medidas necesarias para que se respeten los intereses hondureños y se aclare que no ha pasado inadvertida, durante las 100 horas de agresión armada salvadoreña, la actitud de los Estados Unidos de América y otros países latinoamericanos que hicieron prevalecer los intereses económicos y políticos sobre los principios jurídicos y humanos del inoperante Sistema Interamericano, mas dañado aún por la parcial y oficiosa participación del señor Secretario General de La Organización de Estados Americanos (OEA.).
 - Evaluación del sistema bancario nacional, el que paulatinamente ha sido entregado al dominio extranjero mediante la mal disimulada compraventa de las afiliaciones financieras y las naturales consecuencias contrarías a los intereses del pueblo hondureño.
 - Medidas fiscales efectivas para combatir la evasión de impuestos por parte de hondureños y, sobre todo, de técnicos extranjeros, miembros de las famosas Misiones Internacionales o asesores militares que gozan de inmerecidos e injustificables privilegios diplomáticos. Iguales medidas para que capitalistas centroamericanos dejen de hacer uso de las facilidades para convertir en dólares en bancos hondureños sus respectivas monedas, aprovechando las pocas restricciones de nuestra política bancaria.
 - Revisión completa de nuestra legislación de Fomento Agropecuario e Industrial orientándola también, en lo posible, hacia la protección del pequeño productor.
 - Favorecer la política del ahorro nacional y otras medidas adecuadas que, como fuente interna de riqueza, nos permitan prescindir de los préstamos atados que engendran vasallaje económico y político.
 - Desarrollo de una política de comercio exterior que responda a los intereses del pueblo hondureño y que le permita a Honduras comerciar con los países que más le convenga. Que en lo comercial como cualquiera otra dimensión se ejerza el derecho de soberanía nacional.
- c. En materia de Educación una nueva política que reivindicque lo hondureño en este sistema, entregado desde hace muchos años a la responsabilidad de intereses y técnicas extranjeras. En nombre de distintos convenios internacionales, múltiples o bilaterales, se ha ignorado sistemáticamente la capacidad de los maestros hondureños.

reños entre los que hay personas con tanta o mayor capacidad que los técnicos extranjeros y que realmente pondrían orientar la educación hacia los genuinos intereses de Honduras. Organizar la radio y televisión estatales orientadas hacia la educación popular en todos los rincones del país.

- d. En social urge completar La Reforma Agraria cumpliendo su mandato legal, y promover la integración económica, cultural y política de los departamentos de Ocotepeque, Lempira, Intibucá, La Paz y Valle. Su actual desintegración hizo de las comunidades fronterizas víctimas fáciles de la agresión salvadoreña condenada entre líneas por la OEA y ningún hondureño puede estar tranquilo mientras no se corrijan las fallas anotadas. Baste decir que los hondureños que viven en el área fronteriza con El Salvador no sólo tienen que soportar la amenaza permanente de sus homicidas armas de fuego, sino que resistir además una propaganda sistemática de su radio y televisión porque estos son los únicos medios informativos en el área. La población hondureña en las comunidades fronterizas con El Salvador ha sido víctima del saqueo repetido por parte de bandas de salvadoreños a quienes las autoridades de su país nunca han querido controlar. Propicia es la oportunidad para relocalizar a los desplazados de guerra en granjas cooperativas, como parte del Plan de Reforma Agraria, con el doble propósito de mejorar sus condiciones económico-sociales y que ellos mismos sepan defenderse haciendo de cada campesino un soldado armado con azadón y rifle, que es mucho más justo que hacer de él un mártir.

Defensa de la Integridad Territorial

Honduras, como Estado soberano, ha tenido problemas de límites tanto en sus fronteras terrestres como en su plataforma continental en cuya resolución siempre ha demostrado ser respetuosa de los procedimientos jurídicos y a pesar de la justicia de sus causas, nunca ha recurrido a la fuerza militar para obtenerla. Guatemala y Nicaragua por su ubicación geográfica son nuestros mejores testigos de que no somos un pueblo que practique el genocidio ni que haga uso de la guerra no declarada para efectuar ataques traicioneros a sus vecinos. El Salvador, por un lado y los Estados Unidos de América por otro, continúan creando una situación de ocupación territorial de hecho, de territorio hondureño continental e insular. Consideramos que siempre debemos ser respetuosos de lo jurídico. Pero EL Salvador con su agresión nos obliga por nuestra propia seguridad a pensar tanto en recursos jurídicos como militares:

- a. Proceder con urgencia a la reorganización de La Oficina de Estudios Territoriales, nombrando personal capacitado y responsable, dándoles el apoyo económico amplio para la organización de los archivos y la preparación de las causas que conduzcan a la resolución definitiva de los límites fronterizos con El Salvador y a la desocupación de las Islas del Cisne por parte de los

Estados Unidos de América. Que al mismo tiempo se levanta un catastro de las propiedades litorales que por mandato Constitucional solo pueden ser propiedad de hondureños.

- b. Las Fuerzas Armadas de Honduras como institución respetuosa de la soberanía nacional y dedicada a defender la integridad territorial debe formar parte en el proceso de la integración nacional de recursos humanos y del nuevo régimen de honestidad y austeridad. Los altos oficiales que revelaron incapacidad deben ser sustituidos inmediatamente por oficiales capaces, honestos y austeros, de los que hay suficientes en los cuadros de nuestro ejército. El servicio militar obligatorio debe hacerse efectivo y en las actuales circunstancias es de impostergable importancia. Honduras, como Estado soberano, debe comprar armas para su defensa, no tras bastidores, en un mercado negro creado por los mismos fabricantes para vender más cara su mercadería, sino en cualquier país que se las venda sin reservas ni ataduras de ninguna clase. La acción unilateral de cualquier Gobierno encaminada a impedir a Honduras la compra de armas debe considerarse como una violación a nuestra soberanía y el pueblo hondureño sabrá respetar y apoyar a un Gobierno que lo represente con dignidad. El pueblo hondureño tiene fe en su Ejército, porque cada soldado supo cumplir con su deber en la línea de la libertad y por ello tiene derecho a estar, cuanto antes, bien equipado con lo comprado con nuestro dinero y nunca más con desechos de ejércitos de una carrera armamentista, como lo ha hecho el ejército salvadoreño. No es que el pueblo hondureño sea partidario de la guerra al borde mismo de su frontera que es donde quiere estar, y no donde La OEA le ordena, y continúa amenazando a hondureños indefensos ante la vista y paciencia de los observadores de un organismo internacional lento e inoperante y que responde a los intereses de un solo país americano y ese no es precisamente Honduras.

Independencia Nacional

El 15 de septiembre de 1821 se suscribió sin sacrificio alguno el Acta de nuestra Independencia que puso fin al colonialismo español, pero paulatinamente hemos perdido ese privilegio al permitir que un Gobierno poderoso nos incluya dentro de su área de influencia política y económica y hasta "cultural". El 13 de julio de 1969 el ejército salvadoreño, que a pesar de su pretendida condición profesional ha ignorado las leyes de la guerra, mediante su agresión de guerra no declarada despertó nuestro adormecido civismo y ha llegado el momento de que el Gobierno del pueblo hondureño actúe en su nombre, para que deje de ser vasallo de intereses extranjeros y viva como **dueño de su propio destino**.

Este pueblo ha hablado y para constancia histórica ante las generaciones futuras pide a su Gobernante, que ha dado muestras de serenidad y cordura en los momentos difíciles

que vivimos, que sobre la memoria de los mártires caídos en los campos de batalla y fuera de ellos, se hagan a la mayor brevedad posible los cambios aquí planteados y si algún político civil o militar, se opone a este justo reclamo, se le tenga como traidor y se le trate como tal.

Por una Honduras Libre, Soberana e Independiente,

Respetuosamente.

Dr. Ramón Custodio L., Presidente; Dr. Octavio Zavala C. Vice Presidente; Dr. Silvio R. Zúñiga, Secretario; Dr. Héctor Lainez N., Pro Secretario; Dr. Francisco Alvarado S., Tesorero; Dr. Fernando Tomé Abarca, Pro Tesorero; Dr. Alberto C. Bendeck, Vocal 1; Dr. Jesús Rivera Reyes, Vocal 2; Dr. Enrique Samayoa M., Fiscal.

REFERENCIAS

1. Elvir Sierra, César, El Salvador, Estados Unidos y Honduras: La Gran Conspiración del Gobierno Salvadoreño para La Guerra de 1969. Tegucigalpa: Litografía López, 2002.
2. Ardón, Juan Ramón. Díaz de Infamia, segunda edición, Tegucigalpa, 1970.
3. Anderson, Thomas P. La Guerra de los Desposeídos, El Salvador-Honduras, 1969, UCA editores, 1984.
4. Becerra, Longino. Evolución Histórica de Honduras, Editorial Baktum, Tegucigalpa, quinta edición, 1982.
5. Cáceres Lara, Víctor. Gobernantes de Honduras en el siglo XIX, Edisoff, Tegucigalpa Banco Central de Honduras, 1978.
6. Carías, Marco Virgilio. Análisis sobre el Conflicto entre Honduras y El Salvador, UNAH, Tegucigalpa, 1969.
7. Carías, Virgilio; Waiselfisz, Jacobo; Alonzo, Esther y Slutzky Daniel; Fuentes-Rivera, Luis. La Guerra Inútil, Análisis Socioeconómico del Conflicto entre Honduras y El Salvador, EDUCA, 1971.
8. Castrillo-Hidalgo, Roberto Arturo, La Guerra con Honduras, Fomento Cultura, Banco Agrícola, El Salvador, 1990.
9. Child, Jack. The Military Conflict in Central America, International Peace Academy, C. Hurst & Company, London, 1986.
10. Comandancia General de la F.A.H. Operaciones Aéreas, 1969, Tegucigalpa, D.C. 1983.
11. Durón, Jorge Fidel. La Batalla de Washington, Revista Extra, Año V No. 49 (Agosto), Tegucigalpa, 1969.
12. Fonseca, Gautama. Integración Económica, El Caso Centroamericano, UNAH, Tegucigalpa, 1990.
13. Funes h., Matías. Los Deliberantes, El Poder Militar en Honduras, Editorial. Guaymuras, Tegucigalpa, 1995.
14. Herrera Cáceres, Roberto, El Diferendo Hondureño-Salvadoreño. UNAH, Tegucigalpa, 1976.
15. Herrera Cáceres, Roberto. Estatuto Jurídico de la Bahía de Fonseca y Régimen de sus Zonas Adyacentes, UNAH, Tegucigalpa, 1974.
16. Henríquez, Orlando. En el Cielo Escribieron la Historia, Tipografía. Nacional, Tegucigalpa, 1972.
17. Jiménez, Hedí E. La Guerra no fue de Fútbol, Colección Premio, Casa de las Américas, La Habana, 1974.
18. Kapuscinski, Ryszard. The Soccer War, Vintage Books, New York, 1992.
19. López Contreras, Carlos. Las negociaciones de Paz. Mi Punto de Vista, Tegucigalpa, 1984.
20. Martínez, Juan Ramón. El Capitalismo Salvadoreño, una esperanza o una amenaza para Honduras, La Tribuna, Tegucigalpa, 6 de diciembre, 2000.
21. Oquellí, Ramón. Cronología de la Soberanía Militar, Revista Política, Año III, No. 26 (Marzo y Abril), Tegucigalpa, 2001.
22. Pérez Cadalso, Eliseo. El Conflicto Hondureño-Salvadoreño a la luz del Sistema Interamericano, Revista Extra, Año V, No. 54 (Enero) Tegucigalpa, 1970.
23. Sandoval Corea, Rigoberto, Honduras, su gente, su tierra y su bosque; Tomos I y II, Graficentro Editores, Tegucigalpa, 2000.
24. Velásquez Díaz, Max. La Aplicación del Tratado de Río y la Agresión a Honduras, Imprenta Calderón, Tegucigalpa, 1969.



***Aut Vincere, aut Mori
(O Vencer o Morir)***

***Por el Dr. Héctor Lainez N.
Dermatólogo, Maestro de La Escuela de Medicina y Poeta (Q.D.D.G.)***

Honduras de mis días,
Mis sueños y ambiciones,
Religión y conducta
De mi diario vivir,
Hábitat sacrosanto
De valientes legiones;
¡Que con nervio de Esparta
Resistió hasta morir!

En las horas más negras
De esta guerra asesina
Te encontraste aislada
Sin ayuda de fiar.
¡Solamente tus hijos
Impidieron tu ruina
.... Y entre ríos de sangre
Te lograron salvar!

A tus bravos pilotos
Y a tus férreos soldados,
El honor de la patria
Se enaltece en decir:
Salve Honduras que lloras
Los pillajes causados.
¡Nuestro grito de guerra
Es Vencer o Morir!
Agosto 7, 1969.



Colegio Médico de Honduras

Centro Nacional de Educación Médica Continua

PROGRAMA DE EVENTOS ACADÉMICOS PERÍODO OCTUBRE-DICIEMBRE 2009
(Accesible también en: <http://www.colegiomedico.hn/>)

MES DE OCTUBRE, 2009

No.	Fecha	Sociedad o Asociación Oferente	Sociedad o Asociación Receptora	Lugar	Tipo de Actividad
165	2 y 3	Sociedad Hondureña de Anestesiología Reanimación y Dolor		Tegucigalpa	Taller de Cuidados Primerios en Trauma
166	8,9 y 10	Asociación Quirúrgica de Honduras		Tegucigalpa	Congreso Médico de Cirugía
167	9	Sociedad Hondureña de Neurocirugía		Juticalpa	Jornada Regional
168	10	Asociación Médica Ceiba		La Ceiba	Jornada de Actualización
169	15, 16 y 17	Asociación Hondureña de Psiquiatría		Tegucigalpa	XIV Congreso Nacional de Psiquiatría
170	16 y 17	Sociedad Hondureña de Anestesiología Reanimación y Dolor		La Ceiba	Curso Taller Cuidados Primarios en Trauma
171	17	Sociedad Hondureña de Neurocirugía Capítulo de San Pedro Sula		San Pedro Sula	Jornada de Actualización
172	17	Sociedad Hondureña de Medicina Interna	Asociación Médica de Choluteca	Choluteca	Jornada de Actualización
173	17	Delegación Médica de Ocotepeque		Ocotepeque	Jornada de Actualización
174					
175	17	Asociación Hondureña de Radiología e Imagen Capítulo Nor-Occidental		San Pedro Sula	Curso de Actualización
176	17	Asociación Hondureña de Otorrinolaringología	Asociación Médica de Oriente	Danlí	Jornada de Actualización
177	22,23 y 24	Sociedad Hondureña de Cardiología		Tegucigalpa	Congreso Nacional de Cardiología
178	23 y 24	Asociación Pediátrica Hondureña	Organización de Médico del Departamento de Gracias a Dios	Puerto Lempira	Jornada y Brigada
179	24	Asociación Médica de Tela		Tela	Jornada de Actualización
180	24	Sociedad Médica de Yoro		Yoro	Jornada de Actualización
111	27 al 30	Colegio Médico de Honduras		Siguatepeque	LII Congreso Médico Nacional
181	30	Asociación de Médicos del Instituto Hondureño de Seguridad Social		Tegucigalpa	Jornada de Psiquiatría
182	30	Sociedad Hondureña de Medicina del Trabajo		San Pedro Sula	Jornada Médica
183	31	Asociación Hondureña de Médicos Generales		Tegucigalpa	Jornada de Actualización

MES DE NOVIEMBRE, 2009

No.	Fecha	Sociedad o Asociación Oferente	Sociedad o Asociación Receptora	Lugar	Tipo de Actividad
184	05,06 y 07	Sociedad Hondureña de Oncología Capítulo de San Pedro Sula		San Pedro Sula	Congreso Internacional de Oncología
185	4,5 y 6	Sociedad Hondureña para el Estudio y Tratamiento del Dolor		Tegucigalpa	V Congreso Internacional de Dolor
186	6	Sociedad Médica de Oriente		Danlí	Jornada de Actualización
187	13 y 14	Sociedad Hondureña de Enfermedades Infecciosas		Tegucigalpa	Curso Internacional
188	14	Sociedad Médica de Colón		Tocoa	Jornada de Actualización
189	15	Asociación Hondureña de Cuidados Intensivos		San Pedro Sula	Jornada de Actualización
190	19 y 20	Asociación Hondureña de Psiquiatría		Tegucigalpa	Curso de Psicodinámica
191	20 y 21	Sociedad Hondureña de Oftalmología	Asociación Médica Olanchana	Juticalpa	Jornada y Brigada
192	21	Sociedad Hondureña de Nefrología		Tegucigalpa	Jornada de Actualización
193	21	Asociación Pediátrica Hondureña	Delegación Médica de Santa Bárbara	Santa Bárbara	Jornada de Actualización
194	21	Delegación Médica de Choluteca	Asociación Médica de Choluteca	Choluteca	Jornada de Actualización
195	21	Sociedad Médica de Yoro		Yoro	Jornada de Actualización
196					
197	27	Sociedad Hondureña de Neurología	Asociación Médica de Comayagua	Comayagua	Jornada de Actualización
198	27	Asociación de Médicos del Instituto Hondureño de Seguridad Social		Tegucigalpa	I Jornada de Actualización Cuidados Intensivos
199	27	Sociedad Hondureña de Medicina del Trabajo		San Pedro Sula	Jornada Médica
200	28	Asociación Hondureña de Médicos Generales		Tegucigalpa	Jornada de Actualización
201	28	Delegación Médica de San Pedro Sula		San Pedro Sula	Jornada de Actualización
202	28	Delegación Médica de Ocotepeque		Ocotepeque	Jornada de Actualización
203	28	Sociedad Hondureña de Neurocirugía	Asociación Médica de Lem-pira	Gracias	Jornada de Actualización

MES DE DICIEMBRE, 2009

No.	Fecha	Sociedad o Asociación Oferente	Sociedad o Asociación Receptora	Lugar	Tipo de Actividad
204	03, 04 y 05	Sociedad Hondureña de Medicina Interna		Tegucigalpa	Congreso Nacional de Medicina Interna
205	5	Sociedad Hondureña de Radiología Capítulo Nor-Occidental		San Pedro Sula	Curso de Actualización
206	11	Sociedad Hondureña de Radiología e Imagen		Santa Bárbara	Jornada de Actualización
207	12	Delegación Médica de La Ceiba		La Ceiba	Jornada de Actualización

**ANUNCIARSE EN LA REVISTA MÉDICA HONDUREÑA
CONTÁCTECNOS PARA PUBLICIDAD EN IMPRESIÓN A COLOR
EN PAPEL SATINADO.**

Descuento para anuncios de congresos de Asociaciones Médicas.

Revista Médica Hondureña

Instrucciones para los autores

Instructions for authors

La Revista Médica Hondureña (Rev Med Hondur) considerará para publicación escritos relacionados con la clínica, práctica e investigación médica. Rev Med Hondur es una revista indizada y arbitrada y se apegará a los Requisitos Uniformes de los Manuscritos Propuestos para Publicación en Revistas Biomédicas, que pueden consultarse en <http://www.icmje.org>. No se aceptarán artículos que no cumplan los requisitos señalados. Cualquier aspecto no contemplado en estas normas será decidido por el Consejo Editorial.

MANUSCRITOS

Los manuscritos se presentan en documento de Word a doble espacio utilizando letra Arial 12, en papel tamaño carta y sin exceder la extensión indicada para cada tipo de manuscrito. Las páginas deben estar enumeradas en el ángulo superior o inferior derecho. Los escritos deben incluir un resumen (ver instrucciones sobre resúmenes) y un máximo de tres a cinco Palabras Clave. El título, el resumen y palabras clave deben traducirse al inglés de la mejor calidad académica posible. La redacción del texto debe ser clara, sencilla y comprensible. Se sugiere hacer uso de ilustraciones y cuadros, cuando sea estrictamente necesario. Se debe dividir el texto en apartados como se indica para cada tipo de artículo. La extensión permitida para cada tipo de artículo se resume en el Anexo No I.

Artículos originales: El cuerpo del artículo consta de: Introducción, Material y Métodos, Resultados, Discusión, Bibliografía y Agradecimientos cuando sea necesario.

Título: utilice palabras (significado y sintaxis) que describan adecuadamente el contenido del artículo. No utilice palabras superfluas.

Introducción. Se debe redactar en un máximo de tres párrafos: en el primero se expone el problema investigado, en el segundo se argumenta bibliográficamente el problema y en el tercero se justifica la investigación y se expone de forma clara el objetivo. Se debe incluir las referencias bibliográficas pertinentes. No debe contener tablas ni figuras.

Material (Pacientes) y Métodos. Debe redactarse en tiempo pasado. Determinar el tipo de estudio realizado, el tiempo de duración del estudio, el lugar donde se realizó, describir claramente la selección y características de la muestra, las técnicas, procedimientos, equipos, fármacos y otras herramientas utilizadas, de forma que permita a otros investigadores reproducir los experimentos o resultados. Los métodos estadísticos utilizados. Si hubo consentimiento informado de los sujetos para participar en el estudio. Se podrán usar referencias bibliográficas pertinentes. Cuando el manuscrito haga referencia a seres humanos el apartado se titulará Pacientes y Métodos.

Resultados. Debe redactarse en tiempo pasado. Anote los hallazgos más importantes de la investigación realizada. De preferencia utilice la forma expositiva, solo cuando sea estrictamente necesario utilice cuadros, figuras o ilustraciones. No debe repetirse en el texto lo que se afirma en las ilustraciones, cuadros o figuras. No exprese interpretaciones, valoraciones, juicios o afirmaciones. No utilice expresiones verbales como estimaciones cuantitativas (raro, la mayoría, ocasionalmente, a menudo) en sustitución de los valores numéricos.¹

Discusión. Debe redactarse en tiempo pasado. Interprete los resultados **estableciendo comparaciones** con otros estudios. Debe destacarse el significado y la aplicación práctica de los resultados, las limitaciones y las recomendaciones para futuras investigaciones. Haga hincapié en aquellos aspectos nuevos e importantes del estudio y en las conclusiones que se deriven de ellos. Podrán incluirse recomendaciones cuando sea oportuno. Se considera de especial interés la discusión de estudios previos publicados en el país por lo que se sugiere revisar y citar la literatura nacional o regional relevante relacionada con el tema. Debe evitarse que la Discusión se convierta solamente en una revisión del tema y que se repitan los conceptos que aparecieron en otras secciones.

Agradecimientos. Se recomienda reconocer las contribuciones de individuos o instituciones, tales como ayuda técnica, apoyo financiero y contribuciones intelectuales que no ameritan autoría. Es conveniente dejar constancia escrita en la cual las personas o instituciones a quienes se da agradecimiento acepten ser mencionadas en este apartado.

Bibliografía: Debe usarse la bibliografía estrictamente necesaria y consultada por los autores. Ver Anexos I y II.

Conflictos de interés: Si existen implicaciones comerciales o conflictos de interés, deben explicarse en un apartado antes de los agradecimientos.

Caso clínico o serie de casos clínicos: Este tipo de artículo describe casos que dejan enseñanzas particulares y su texto se subdividirá en: Introducción, Caso/s clínico/s y Discusión.

Artículo de Revisión: Representa una actualización sobre una temática de actualidad. Pueden ser solicitados por el Consejo Editorial o enviados por los autores. Deberá contener una sección introductoria, se procederá al desarrollo del tema y al final presentará conclusiones que contribuyan a la literatura. La introducción debe describir dónde y cómo se ha realizado la búsqueda de la información, las palabras clave empleadas y los años de cobertura de las búsquedas. Se sugiere considerar que gran parte de los lectores de la revista son médicos generales. Se debe incluir subtítulos apropiados, ilustraciones y bibliografía actualizada.

Imagen en la práctica clínica: Consiste en una imagen de interés especial, con resolución de imagen apropiada y señalizaciones que resalten aspectos de interés. Deberá contener un pie de foto no mayor de 100 palabras. El autor deberá indicar taxativamente si la imagen ha sido editada electrónicamente.

Artículo de opinión: Consistirá en el análisis y recomendaciones sobre un tema particular con aportaciones originales por el autor. Constará de una introducción y desarrollo del tema.

Artículo de historia de la medicina: Desarrollará aspectos históricos de la medicina o una de sus ramas. Constará de introducción, desarrollo y conclusiones del tema.

Comunicaciones cortas: Deben contener material de interés que puedan ser expuestos en una forma condensada, no excederán de 1.000 palabras. Incluirán un resumen de un máximo de 150 palabras.

Cartas al Director: Se publicarán cuando planteen algún tema de interés científico, alguna aclaración, aportación o discusión sobre alguno de los artículos publicados. Los autores cuidarán de expresar sus opiniones de una manera respetuosa. El Consejo Editorial se reserva el derecho de editar el texto particularmente en torno a su longitud. Procurará que las partes involucradas sean informadas y puedan hacer consideraciones.

Ad Libitum. Es una sección abierta de expresión, narraciones anecdóticas y otras notas misceláneas. Los Editores se reservan el derecho de seleccionar las comunicaciones que se consideren apropiadas a la misión y visión de la Rev Med Hondur.

Suplementos. Aquellos escritos cuya extensión sea superior a 20 páginas podrán publicarse en forma de Suplementos de la Revista. Esta modalidad podrá ser utilizada para los Congresos Médicos Nacionales. Las cubiertas de los suplementos se ajustarán a los requisitos de la Revista. Los Suplementos llevan una numeración separada pero secuencial. Podrían tener un financiador independiente lo cual debe constar. Su contenido debe pasar por el proceso de arbitraje a menos que se indique expresamente lo contrario.

Artículo Especial: temas de interés general revisados como una mezcla de artículo de revisión y artículo de opinión. Incluye también la transcripción con permiso de artículos publicados en otras revistas.

Anuncios: anuncio de productos o servicios comerciales. Esta sección será regulada por un reglamento separado.

Otros: La Rev Med Hondur podrá considerar para publicación artículos tales como normas generadas por instituciones gubernamentales u organizaciones profesionales que requieran la máxima difusión posible.

INSTRUCCIONES GENERALES

Resumen

Este es el apartado de un artículo que es visible siempre en las bases de revistas tanto nacionales como internacionales. Debe realizarse en español y

en inglés. La extensión no excederá de las 150 palabras en el caso de resúmenes no estructurados ni de las 250 en los estructurados. El contenido debe ser estructurado. Los artículos originales se divide en: Introducción, Métodos, Resultados y Discusión. En los artículos de Revisión estructurar en: Introducción, Fuentes, Desarrollo y Conclusiones. En los artículos de casos clínicos se dividirá en Introducción, Caso Clínico y Conclusiones. En los de opinión no hay estructuración pero considerar un orden de ideas desde antecedentes, desarrollo y conclusión.

Palabras clave

Al final del resumen debe incluirse tres a cinco palabras clave tanto en inglés como en español. Estas sirven para efectos de indexación del artículo. Se indicarán en orden alfabético, y se atenderán a los *Medical Subject Headings del Index Medicus* (<http://www.nlm.nih.gov/mesh/MBrowser.html>). También puede consultarse lista en el "DeCS-Descriptores en Ciencias de la Salud" <http://decs.bvs.br/E/decswebe2008.htm>.

Título abreviado

Corresponde a la frase breve (dos a cuatro palabras) que aparece en el margen superior derecho del artículo impreso.

Abreviaturas y símbolos

Se utilizarán lo menos posible y utilizando aquellos internacionalmente aceptados. 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 (http://www.bipm.org/en/si/si_brochure), que es esencialmente una versión amplia del sistema métrico.

Referencias

Se identificarán mediante números en superíndice y por orden de aparición en el texto. Se deben listar todos los autores cuando son seis ó menos. Cuando hay siete ó más, se listarán los primeros seis seguidos de "et al." Las referencias se colocarán después del texto del manuscrito siguiendo el formato adoptado por los Requisitos Uniformes de los Manuscritos Propuestos para Publicación en Revistas Biomédicas (<http://www.icmje.org>). Se abreviarán los títulos de las revistas de conformidad con el estilo utilizado la lista de revistas indexadas en el Index Medicus (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/PubMed>). Se incluirán sólo aquellas referencias consultadas personalmente por los autores. El 80% de las referencias deben ser de la última década excepto aquellas que por motivos históricos o por no encontrar referencias actualizadas son una alternativa. Se recomienda citar trabajos relacionados publicados en español, incluyendo artículos relacionados publicados en la Rev Med Hondur. El Anexo I indica el límite de referencias según tipo de artículo. Ver ejemplos de referencias bibliográficas en el Anexo II. Para ver otros ejemplos de citación, visitar: <http://www.nlm.nih.gov/bsd/formats/recomendedformats.html>.

Cuadros

Se presentarán en formato de texto, no como figura insertada en el documento y evitando líneas verticales. Los cuadros serán numerados siguiendo el orden de su aparición en el manuscrito, serán presentados en páginas separadas al final del texto, incluirán un breve pie explicativo de cualquier abreviación, así como las llamadas, identificadas correlativamente con una letra en superíndice (p. ej. a, b). Los cuadros deben explicarse por sí mismos y complementar sin duplicar el texto. Tendrá un título breve y claro, indicará el lugar, fecha y fuente de la información. El encabezamiento de cada columna debe incluir la unidad de medida (porcentajes, tasas, etc.). Si el autor propone un cuadro obtenido o modificado de otra publicación debe obtener y mostrar el correspondiente permiso.

Ilustraciones

Las ilustraciones (gráficos, diagramas, fotografías, etc.), deberán ser enviadas en formato digital, en blanco y negro, individuales, numeradas según aparición en el manuscrito, preferiblemente sin insertar en el documento. Se enviarán en formato TIFF o JPEG, con una resolución no inferior a 300 dpi. Las leyendas se escribirán en hoja aparte al final del manuscrito. Deberá incluirse flechas o rotulaciones que faciliten la comprensión del lector. Si el autor desea publicar fotografías a colores, tendrá que comunicarse directamente con el Consejo Editorial para discutir las implicaciones económicas que ello representa. Las figuras no incluirán datos que revelen la procedencia, números de expe-

diente o la identidad del paciente. Los autores deben certificar que las fotografías son fieles al original y no han sido manipuladas electrónicamente.

ASPECTOS ÉTICOS

Ética de Publicación

Los manuscritos deberán ser originales y no han sido sometidos a consideración de publicación en ningún otro medio de comunicación impreso o electrónico. Si alguna parte del material ha sido publicado en algún otro medio, el autor debe informarlo al Consejo Editorial. Los autores deberán revisar las convenciones sobre ética de las publicaciones especialmente relacionadas a publicación redundante, duplicada, criterios de autoría, y conflicto de intereses potenciales. Los autores deberán obtener permisos por escrito de personas que puedan ser identificadas en las ilustraciones o figuras, así como de autores o editores de materiales publicados previamente.

Ética de la Investigación

El Consejo Editorial se reserva el derecho de proceder de acuerdo al Reglamento de Ética del Colegio Médico de Honduras y las normas internacionales cuando existan dudas sobre conducta inadecuada o deshonestidad en el proceso de investigación y publicación. Los estudios en seres humanos deben seguir los principios de la Declaración de Helsinki (<http://www.wma.net/s/ethicsunit/helsinki.htm>) y modificaciones posteriores y el manuscrito debe expresar en el apartado de métodos que el protocolo de investigación y el consentimiento informado utilizados para el estudio fueron aprobados por el correspondiente Comité de Ética o en su defecto, por una instancia jerárquica superior de la institución donde se realizó el estudio. También deberá dejarse constancia del cumplimiento de normas nacionales e internacionales sobre protección de los animales utilizados para fines científicos.

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 el patrocinio financiero para realizar la investigación y la participación de organizaciones o instituciones con intereses en el tema del manuscrito.

Consentimiento de autor(es) y traspaso de derechos de autor

El manuscrito debe ser acompañado por la Carta de Solicitud y Consentimiento de Publicación de Artículo firmada por cada autor (Anexo III). Ningún manuscrito aceptado será publicado hasta que dicha carta sea recibida. De acuerdo con las leyes de derechos de autor vigentes, si un artículo es aceptado para publicación, los derechos de autor pertenecerán a la Rev Med Hondur. Los artículos no pueden ser reproducidos total o parcialmente sin el permiso escrito del Consejo Editorial. No se aceptarán trabajos publicados previamente en otra revista a menos que se tenga el permiso de reproducción respectivo.

ENVÍO DEL MANUSCRITO

El manuscrito en su versión definitiva (se aconseja que los autores guarden una copia) deberá presentarse en el siguiente orden: en la **primera hoja** se incluye Título del artículo con un máximo de 15 palabras, nombre(s) del autor(es), nombre completo del centro(s) de trabajo asociado al proyecto y dirección completa del autor responsable de la correspondencia incluyendo su correo electrónico. Se aconseja a los autores escribir su nombre uniformemente en todas las publicaciones médicas que realice, de lo contrario, cuando se realice búsquedas por nombre de autor, podría no encontrarse todas sus publicaciones. Además deberá incluirse el conteo de palabras, figuras, tablas y referencias. Cada página del manuscrito deberá estar plenamente identificada con título (puede ser abreviado) y numerada.

En la **segunda hoja** se incluye el Resumen. Posteriormente se incluirán el cuerpo del artículo, la bibliografía, los cuadros y las figuras correspondientes. Se aconseja revisar la lista de cotejo antes de enviar el manuscrito (Anexo IV). Enviar el manuscrito por uno de los siguientes medios:

a) Impreso entregado por correo postal o entregado en persona en la oficina de la Rev Med Hondur: un original, dos copias en papel y un archivo en formato electrónico (disco compacto rotulado con título del artículo).

b) Por correo electrónico a la dirección: revistamedicahon@yahoo.es. Se acusará recibo del manuscrito con carta al autor responsable. Cada manuscrito se registrará con un número de referencia y pasará al proceso de revisión.

PROCESO DEL MANUSCRITO

1. Primera revisión editorial. El Consejo Editorial decide si el escrito se somete a revisión externa, se acepta con o sin modificaciones o se rechaza.

2. Revisión externa o por pares (peer review). El manuscrito es enviado al menos a dos revisores, al menos uno de ellos considerado como experto en el tema correspondiente.

3. Aceptación o rechazo del manuscrito. Según los informes de los revisores internos y externos, el Consejo Editorial decidirá si se publica el trabajo, pudiendo solicitar a los autores modificaciones mayores o menores. En este caso, el autor contará con un plazo máximo de dos meses para remitir una nueva versión con los cambios propuestos. Pasado dicho término, si no se ha recibido una nueva versión, se considerará retirado el artículo por falta de respuesta del(os) autor(es). Si los autores requieren de más tiempo, deberán solicitarlo al Consejo Editorial. El Consejo también podría proponer la aceptación del artículo en una categoría distinta a la propuesta por los autores.

4. Segunda revisión editorial. Se considerará la aceptación o rechazo del manuscrito, considerando si el mismo tiene la calidad científica pertinente, si contiene temática que se ajusten al ámbito de la revista y si cumple las presentes normas de publicación. Los editores se reservan el derecho de indicar a los autores ediciones convenientes al texto y al espacio disponible en la Revista.

5. Revisión de estilo después de la aceptación. Una vez aceptado el manuscrito, el Consejo Editorial lo someterá a una corrección de idioma y estilo. Los autores podrán revisar estos cambios en las pruebas de imprenta y hacer las correcciones procedentes.

6. Pruebas de imprenta. El autor responsable debe revisar su artículo en un máximo de cuatro días calendario. No se retrasará la publicación electrónica o impresa de la revista por falta de respuesta de los autores. En esta etapa solamente se corregirán aspectos menores.

7. Informe de publicación. Previo a la publicación en papel, la Revista será publicada electrónicamente y será enviada para su inclusión en las bases de datos electrónicas en las cuales está indizada. La Secretaría de la Revista enviará al correo electrónico de los autores una copia de la revista en formato PDF que contiene su artículo.

ANEXOS

Anexo I. Extensión y número de figuras, tablas y referencias bibliográficas máximos, según tipo de artículo.

Tipo de artículo	Extensión en palabras*	Figuras	Cuadros/Tablas	Ref. bibliográficas
Originales	4,000	6	3	20-40
Revisiones	5,000	6	3	40-70
Casos clínicos	3,000	3	2	10-20
Imagen	200	2	0	0
Artículo de opinión	3,000	3	2	10
Comunicación corta	1,000	1	1	10-20
Cartas al Director	500	0	0	1-10

*Sin incluir bibliografía, resumen, cuadros y pies de figuras.

Anexo II. Ejemplos de referencias bibliográficas:

Artículos de Revistas: Tashkin D, Kesten S. Long-term treatment benefits with tiotropium in COPD patients with and without short-term bronchodilator responses. *Chest* 2003;123:1441-9.

Libro: Fraser RS, Muller NL, Colman N, Paré PD. Diagnóstico de las Enfermedades del Tórax. 4a Ed. Buenos Aires: Médica Panamericana S.A.; 2002.

Capítulo de libro: Prats JM, Velasco F, García-Nieto ML. Cerebelo y cognición. En Mulas F, ed. Dificultades del aprendizaje. Barcelona: Viguera; 2006. p. 185-93.

Sitio web: Usar en casos estrictamente convenientes solamente: Fisterra.com, Atención Primaria en la Red [Internet]. La Coruña: Fisterra.com; 1990- [actualizada el 3 de enero de 2006; consultada el 12 de enero de 2006], <http://www.fisterra.com>.

Publicación electrónica o recurso dentro de una página web: American Medical Association [Internet]. Chicago: The Association; c1995-2002 AMA Office of Group Practice Liaison; <http://www.ama-assn.org/ama/pub/category/1736.html>. [Actualizada 5 de diciembre de 2005; consultada el 19 de diciembre de 2005].

Anexo III. Carta de Solicitud y Consentimiento de Publicación de Artículo

Revista Médica Hondureña		
Carta de Solicitud y Consentimiento de Publicación de Artículo		
Lugar y fecha		
Señores Consejo Editorial Revista Médica Hondureña Colegio Médico de Honduras Centro Comercial Centro América, Blvd. Miraflores Tegucigalpa, Honduras		
Estamos solicitando sea publicado el artículo titulado: (nombre del artículo) en la Revista Médica Hondureña, preparado por los autores: (nombres en el orden que se publicará). Declaramos que:		
Hemos seguido las normas de publicación de esa Revista. Hemos participado suficientemente en la investigación, análisis de datos, escritura del manuscrito y lectura de la versión final para aceptar la responsabilidad de su contenido. El artículo no ha sido publicado ni está siendo considerado para publicación en otro medio de comunicación. Hemos dejado constancia de conflictos de interés con cualquier organización o institución. Los derechos de autor son cedidos a la Revista Médica Hondureña. Toda la información enviada en la solicitud de publicación y en el manuscrito es verdadera.		
Nombre de autores	Número de colegiación	Firma y sello
_____	_____	_____

Anexo IV. Lista de cotejo para autores.

Aspectos generales	
<input type="checkbox"/>	Presentar un original, dos copias y el archivo electrónico en CD rotulado si el artículo se presenta impreso. Si se envía por correo electrónico enviar todo el contenido del manuscrito por esa vía.
<input type="checkbox"/>	Indicar la dirección del autor responsable de la correspondencia.
<input type="checkbox"/>	Texto a doble espacio, en letra Arial 10.
<input type="checkbox"/>	Páginas separadas para referencias, figuras, cuadros y leyendas.
<input type="checkbox"/>	Carta de solicitud y declaración de autoría firmada por todos los autores participantes (Anexo III).
<input type="checkbox"/>	Autorización escrita de los editores de otras fuentes para reproducir material previamente publicado.
Manuscrito	
<input type="checkbox"/>	Título, resumen y palabras clave en español e inglés
<input type="checkbox"/>	Introducción incluyendo el(los) objetivo(s) del trabajo
<input type="checkbox"/>	Secciones separadas para Material y Métodos, Resultados y Discusión.
<input type="checkbox"/>	Referencias citadas en el texto por números consecutivos en superíndice y siguiendo las normas de la revista.
<input type="checkbox"/>	Utilizar las normas del Sistema Internacional de Unidades para las mediciones.
<input type="checkbox"/>	Cuadros y figuras al final del texto, con leyendas en páginas separadas y explicación de las abreviaturas usadas.

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

RESPUESTAS

Cuestionario del Contenido del Volumen 77 No. 2

Respuesta a la pregunta No 1. La correcta es a. El artículo sobre “Factores Asociados con la no Adherencia a la Terapia Antirretroviral en Personas con Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida”, es un artículo científico original, de casos y controles, fueron 162 pacientes con VIH (54 casos y 108 controles) atendidos en el Centro de Atención Integral del Hospital Escuela de Tegucigalpa, de enero a junio del 2006. Los resultados establecen que los efectos adversos de la TARV son un factor claramente asociado con no adherencia a la terapia, por lo que se recomienda que exista una efectiva comunicación entre el paciente y el personal de salud para que se proporcione información completa sobre los efectos adversos de los medicamentos.

Respuesta a la pregunta No 2. La correcta es e. La Leptospirosis es una zoonosis común de distribución mundial, pero su presentación a nivel de sistema nervioso central es poco frecuente. Puede manifestarse como meningitis aséptica, Se reportó el caso de un paciente con cuadro febril, mialgia, cefalea, rigidez de nuca y convulsiones. Probablemente adquirió la infección por contacto con agua estancada a través de las heridas que tenía en las piernas. La leptospirosis puede ser anictérica manifestándose como un resfriado, con fiebre, cefalea, náuseas, vómito y mialgias. El paciente usualmente tiene cefalea intensa y ocasionalmente desarrolla fotofobia. El avance tecnológico es importante, pero una buena historia clínica es la base fundamental para un buen diagnóstico.

Respuesta a la pregunta No 3. La correcta es a. La lumbalgia afecta al menos al 80% de la población, padeciéndola al menos una vez en la vida, puede ser secundario a patologías diversas. Se recomienda no prescribir de manera rutinaria pruebas diagnósticas, como la radiología o la resonancia magnética. No están demostrados los supuestos beneficios de técnicas como la ozonoterapia, las infiltraciones, las tracciones lumbares, la manipulación vertebral o la acupuntura. La cirugía no está indicada, salvo en casos excepcionales. Las intervenciones de efectividad comprobada son el evitar el reposo en cama, ciertos tipos de fármacos (como antiinflamatorios o analgésicos), el ejercicio físico, el tratamiento psicológico cognitivo-conductual, y los programas multidisciplinarios.

Respuesta a la pregunta No 4. La correcta es d. El artículo sobre “niños con enfermedad terminal” es un artículo de opinión donde se recuerda que la Organización Mundial de la Salud ha definido los cuidados paliativos como “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”. Al igual que en los adultos, los cuidados paliativos no deben pretender adelantar ni retrasar la muerte del niño con enfermedad terminal, sino que constituyen un verdadero sistema de apoyo y soporte para el paciente y su familia. Se debe ayudar a los niños con enfermedad terminal a vivir sus últimos momentos de la forma más digna y cómoda posible, respetando en todo momento sus derechos fundamentales.

Respuesta a la pregunta No 5. La correcta es e. La Organización Panamericana de la Salud en atención a la emergencia que está ocasionando la aparición de casos de *Influenza* por el virus A H1N1 publicó las Recomendaciones Generales para abordar el manejo clínico de casos por infección por el Virus de influenza de acuerdo a los protocolos existentes hay criterios clínicos, epidemiológicos y de laboratorio donde es importante identificar cuando es caso Sospechoso: Tener en cuenta los criterios clínicos y al menos un criterio epidemiológico. Caso Probable: Tener en cuenta los criterios clínicos, al menos un criterio epidemiológico y una prueba de positiva por *Influenza A* no sub-tipificable por PCR en tiempo real.

Caso Comprobado: Cuando exista confirmación.

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

Cuestionario del Contenido del Volumen 77 N° 3

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° 4 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 original sobre Accidente Cerebrovascular en el IHSS por Licon T. y Aguilera M. es cierto que:**
 - a. El estudio fue prospectivo y longitudinal, valorando la sobrevida de los pacientes en un año.
 - b. Se encontró que la hipertensión arterial asociada a eventos isquémicos en pacientes jubilados era muy frecuente.
 - c. Los aneurismas fueron la principal causa de hemorragia
 - d. El ACV afectó más a mujeres que a hombres.
 - e. Todas las anteriores

2. **En relación al artículo escrito por Márquez M, et al sobre Perfil de la diarrea aguda en niños hospitalizados en Santa Barbará, es correcto afirmar:**
 - a. Se trata un estudio descriptivo, en el servicio de Pediatría del Hospital Santa Bárbara Integrado de Honduras durante los primeros cinco meses del año 2009.
 - b. Se trata de un estudio de revisión bibliográfica.
 - c. Los hallazgos clínicos y epidemiológicos encontrados en este estudio indican que las condiciones socioeconómicas se asocian a enfermedad diarreica.
 - d. El universo estuvo constituido por 400 niños desde cero hasta cinco años que ingresaron en el Servicio con el diagnóstico de Enfermedad Diarreica Aguda (EDA), en el transcurso de una epidemia.
 - e. Todas las anteriores son correctas.

3. **Con respecto al artículo de Carcinoide Apendicular en paciente pediátrica, reporte de caso escrito por Fernández E, es correcto afirmar:**
 - a. Los carcinoides son tumores neuroendocrinos de baja incidencia en la población general, Su tratamiento es quirúrgico y tienen un buen pronóstico.
 - b. Se presento el caso clínico de una paciente de 14 años de edad con cuadro clínico de apendicitis aguda, a quien se le realizó apendicetomía.
 - c. Los tumores carcinoides apendiculares son habitualmente asintomáticos, por lo que la mayoría de las veces sólo se descubren en las biopsias de la pieza operatoria de las apendicetomías.
 - d. Es importante el seguimiento de las conclusiones del examen histológico de pacientes sometidos a apendicetomía.
 - e. Todas son correctas.

4. Del artículo de Caracterización Clínico Terapéutica de la Fractura esternal en el Hospital Escuela escrito por Ayes-Valladares F, Alvarado L, es correcto afirmar:

- a. Es un artículo científico original.
- b. Fue un estudio prospectivo de 100 pacientes con diagnóstico de fractura esternal que ingresaron a la Emergencia de Cirugía del Hospital San Felipe entre el 1 de enero de 1996 y el 30 de noviembre de 2009.
- c. Ninguno de los pacientes sufrió traumatismo cerrado de tórax;
- d. Se estableció que la causa más frecuente de fractura esternal fue el trauma directo contra el timón del vehículo por colisión.
- e. La fractura esternal no está asociada politraumatismo.

5. Con respecto al artículo de revisión Apendicitis aguda ¿ser o no ser? escrito por Barahona J, Wildt Rittenhouse D, es correcto afirmar:

- a. Es un artículo científico original.
- b. La primera apendicetomía conocida de la historia, fue realizada en octubre de 1735 por Johann Wolfgang von Goethe.
- c. El diagnóstico de apendicitis es radiológico, la leucocitosis y neutrofilia son contribuyentes pero no confirman ni descartan el diagnóstico
- d. La apendicitis aguda es la patología más frecuente que requiere una intervención quirúrgica abdominal de urgencia en pediatría
- e. Ninguna de las anteriores es correcta.

6. Del artículo de opinión Nueva Experiencia en la prestación de servicios de salud del Instituto Hondureño de Seguridad Social, escrito por Sandoval E y Bustillo K, es correcto afirmar:

- a. El Programa de Atención Integral en Salud Familiar y Comunitaria, comenzó su operativización en la Clínica Periférica No. 2 del IHSS en Tegucigalpa.
- b. Este programa de atención integral se caracteriza por cumplir con los principios de la estrategia de la Atención Primaria en Salud.
- c. PAISFC se ha extendido a nivel nacional contando actualmente con 11 ciudades que lo están implementando.
- d. El Programa de Atención Integral en Salud Familiar y Comunitaria (PAISFC) dejó de ser un proyecto para convertirse en Programa Nacional, en el año 2007.
- e. Todas las anteriores son correctas.