



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

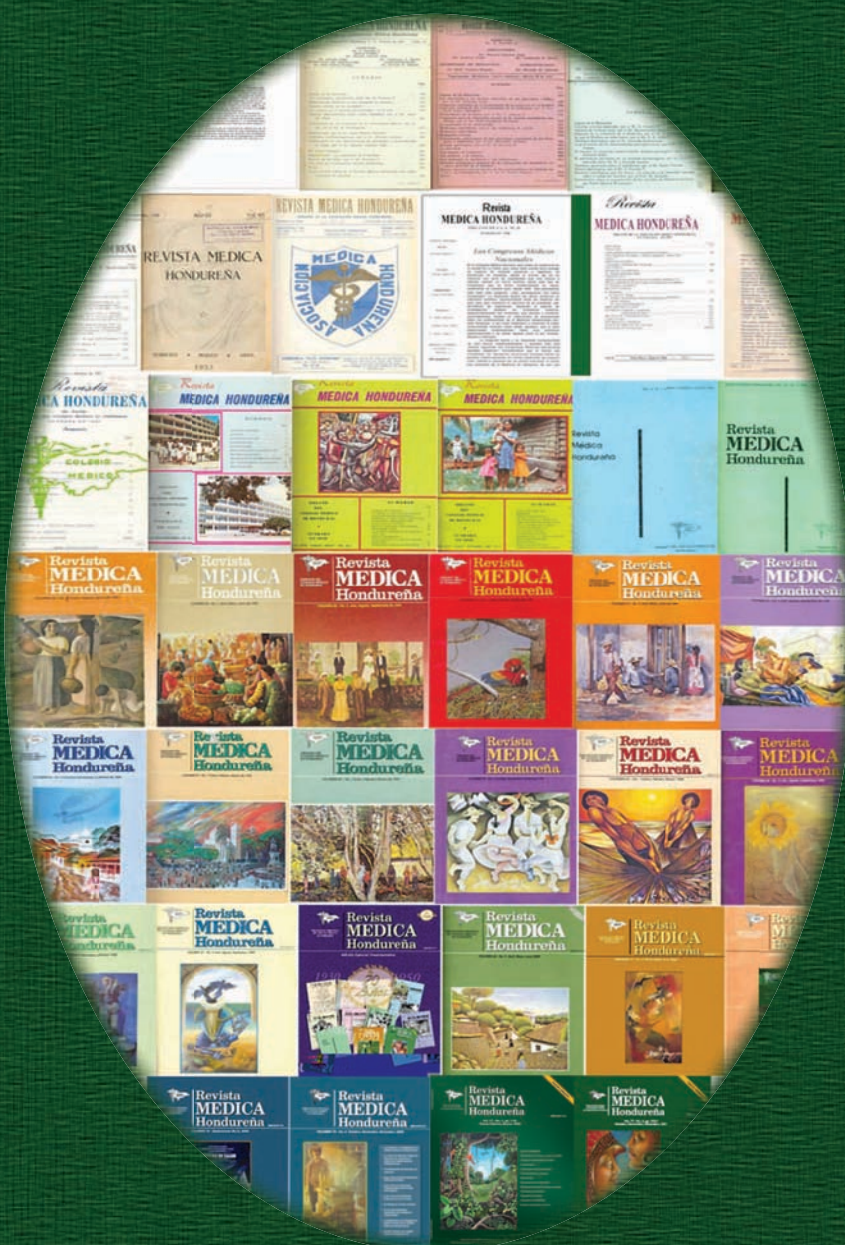
Revista MEDICA Hondureña



Mayo 1930- Mayo 2010

ISSN 0375-1112

Vol. 78 - No. 2, pp. 59-112
Abril, Mayo, Junio, 2010



Número Conmemorativo

LXXX Aniversario de la Revista Médica
Hondureña

Salud en escolares

Depresión en mujeres misquitas

Manifestaciones cutáneas de candidiasis

Perforación de esófago torácico

Atrofia de Pasini y Pierini

Hiperactividad, déficit de atención
y epilepsia

Homenaje a Sir Salvador Moncada

Asociación Hondureña de Editores
Científicos (AHECI)

Planeación y evaluación efectivas de
proyectos

Reminiscencia estudiantil:
Revista Galenia

Calendario CENEMEC 2010

Instrucciones a autores

Versiones electrónicas en: <http://www.colegiomedico.hn/> y <http://www.bvs.hn/>

Indizada en: LILACS-BIREME, LATINDEX, Biological Abstracts, SciMed, Index Medicus Latinoamericano

Portada:

Imagen compuesta que muestra la evolución de la imagen y las portadas de la Revista Médica Hondureña a través de las décadas. Además de la contribución de los investigadores y escritores, ha sido invaluable la contribución de los pintores hondureños cuyas obras engalanan nuestras portadas.



Revista **MEDICA** Hondureña



Mayo 1930- Mayo 2010

ISSN 0375-1112

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

Vol. 78, No. 2, pp. 59-112
Abril, Mayo, Junio, 2010

Colegio Médico de Honduras
Centro Comercial Centro América, Blvd. Centro América, 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 disponible en versión electrónica en la página del Colegio Médico de Honduras (www.colegiomedico.hn) y en la Biblioteca Virtual en Salud (www.bvs.hn), cuyo 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 su reproducción es necesario contar con la autorización del Consejo Editorial.

CONSEJO EDITORIAL 2009-2010

DIRECCIÓN GENERAL

Dra. Reyna M. Durón

SECRETARIA

Dra. Silvana Varela

CUERPO DE REDACCIÓN

Dr. Gustavo Avila

Dra. Yeny Chavarría

Dr. Luis Ortiz

Dra. Nelly Sandoval

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 una publicación trimestral.
Impresión por Litografía López S. de R.L., Tegucigalpa, Honduras.
©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.

EDITORIAL

LXXX ANIVERSARIO DE LA REVISTA MÉDICA HONDUREÑA	63
<i>LXXX Anniversary of Revista Médica Hondureña</i>	
Reyna M. Durón	

SALUDO DEL PRESIDENTE DEL COLEGIO MÉDICO DE HONDURAS

CON MOTIVO DEL LXXX ANIVERSARIO DE LA REVISTA MÉDICA HONDUREÑA.....	64
<i>Address of Colegio Médico de Honduras's President on the occasion of the LVXXX Anniversary of Revista Médica Hondureña</i>	
José Manuel Espinal	

ARTICULOS ORIGINALES

CONDUCTAS ALIMENTARIAS Y ACTIVIDAD FÍSICA EN NIÑOS ESCOLARES DE TEGUCIGALPA.....	65
<i>Feeding Behavior and Physical Activity in Primary School Children of Tegucigalpa</i>	
María Félix Rivera, Ivette C. Rivera	

PREVALENCIA DE DEPRESIÓN MAYOR EN MUJERES MISQUITAS DE PLAPLAYA, GRACIAS A DIOS	70
<i>Prevalence of major depression among Miskito women at Plaplaya, Gracias a Dios</i>	
Hugo Landa Oviedo, María Aguilar Pardo, Daniel López Padilla, Eleonora Espinoza, Manuel Sierra, Carlos Sosa, Denis Padgett, Mauricio Gonzáles, Jackeline Alger.	

IMAGEN EN LA PRÁCTICA CLÍNICA

MANIFESTACIONES CUTÁNEAS DE <i>CANDIDA ALBICANS</i> EN PACIENTE CON LEUCEMIA LINFOBLÁSTICA AGUDA.....	75
<i>Cutaneous manifestations of Candida Albicans in Patient with Acute Lymphoblastic Leukemia</i>	
Cristian Alvarado	

CASO CLINICO

MANEJO DE UNA PERFORACIÓN INVETERADA DE ESÓFAGO TORÁCICO CON PARCHE PEDICULADO DE DIAFRAGMA. INFORME DE CASO Y REVISIÓN DE LITERATURA	76
<i>Management of delayed thoracic esophageal perforation with pedicled diaphragmatic patch. Case presentation and review</i>	
Francisco Ayes-Valladares, Luz Tatiana Alvarado	

ATROFODERMIA DE PASINI Y PIERINI UNILATERAL	80
<i>Unilateral Atrophoderma of Pacini and Pierini</i>	
Karla Ortiz Paredes, Verónica Meléndez Oviedo	

REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

COMORBILIDAD TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN CON HIPERACTIVIDAD (TDAH) Y EPILEPSIA	83
<i>Comorbidity of attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) and epilepsy</i>	
Eduardo Barragán-Pérez, Reyna M. Durón, Andrés Kanner, Marilisa Mantovani Guerreiro, Eneida Porras, Héctor Rodolfo Benavente, Marisela Hernández, Jaime Ramos	

ARTÍCULO DE OPINIÓN

INVESTIGADORES Y ESCRITORES MÉDICOS SOBRESALIENTES EN HONDURAS: HOMENAJE A SIR SALVADOR MONCADA.....	91
--	----

Outstanding researchers and medical authors in Honduras: honor to Sir Salvador Moncada

Ramón Custodio

LA ASOCIACIÓN HONDUREÑA DE EDITORES CIENTÍFICOS (AHECI): INICIATIVA PARA FORTALECER LA PUBLICACIÓN CIENTÍFICA EN HONDURAS	93
---	----

The Honduran Association of Scientific Editors (AHECI): an initiative for strengthening the scientific publication in Honduras

Nicolás Sabillon, Jackeline Alger, Martha Cecilia García, Cecilia Varela, Silvana Varela, Lourdes Ramírez

REUNIÓN DE LA RED INTER-REGIONAL DE CENTROS DE REFERENCIA PARA CAPACITACIÓN EN CURSOS DE PLANEACIÓN Y EVALUACIÓN EFECTIVAS DE PROYECTOS DE INVESTIGACIÓN PARA LA SALUD, CALI, COLOMBIA, ABRIL 2010	96
--	----

Meeting of the Inter-regional Network of Reference Centers for Effective Training in Planning and Evaluation Courses on Health Research Projects, April 2010

Jackeline Alger, Ligia Gómez, Andrés Jaramillo, Nancy G. Saravia, Luis Gabriel Cuervo, Beatrice Halpaap, en nombre de la Red Inter-Regional de Planeación y Evaluación Efectivas de Proyectos de Investigación para la Salud.

ARTÍCULO HISTÓRICO

80 AÑOS DE PUBLICACIÓN ININTERRUMPIDA DE LA REVISTA MÉDICA HONDUREÑA	100
--	-----

80 years of continuous publication of Revista Médica Hondureña

Carlos Rivera Williams

AD LIBITUM

REMINSISCENCIA ESTUDIANTIL. LA REVISTA GALENIA	104
--	-----

Arnulfo Bueso

ANUNCIOS

CALENDARIO DEL CENTRO NACIONAL DE EDUCACIÓN MÉDICA CONTÍNUA (JULIO-DICIEMBRE 2010).....	106
---	-----

Calendar of the National Center of Continuing Medical Education (July-December 2010)

CENEMEC

INSTRUCCIONES PARA AUTORES

<i>Instructions for Authors</i>	108
---------------------------------------	-----

CUESTIONARIOS/QUESTIONNAIRES

RESPUESTAS AL VOLUMEN 78(1) – ANSWERS ABOUT VOLUME 78(1)	111
--	-----

PREGUNTAS AL VOLUMEN 78(2) – QUESTIONS ABOUT VOLUME 78(2)	112
---	-----

LXXX ANIVERSARIO DE LA REVISTA MÉDICA HONDUREÑA

LXXX Anniversary of Revista Médica Hondureña

En mayo de 1930, ya hace 80 años, salió a la luz el primer número de la Revista Médica Hondureña, dirigida por su primer Director, el Dr. Antonio Vidal. Después de varios intentos de otras generaciones, surgió esta revista, con un empuje y espíritu de superación que han mantenido todos los consejos editoriales hasta ahora. Como describe el historiador médico Dr. Carlos Rivera Williams en su artículo histórico que aparece en este número, la Revista ha pasado por varias etapas. A la primera la denomina formativa, bajo el impulso de la Asociación Médica Hondureña y vista en los primeros 6 volúmenes, con una influencia médica europea y la búsqueda de su propio estilo.

En la segunda etapa de estabilización se siguió mejorando la calidad científica y reglamentaria, convirtiéndose en el órgano oficial del Colegio Médico de Honduras fundado en 1962. En la tercera etapa hacia la década de los 80, se avanzó hacia la consolidación, impulsando la medicina científica basada en la evidencia y la investigación. Nuevamente hubo cambios sustanciales de formato y se promueve desde entonces el arte hondureño a través de portadas con pinturas de artistas hondureños. En la década de los 90 se inició la capacitación formal a los autores a través del Curso de Escritura y Publicación de Artículos Científicos, que se sigue impartiendo a quienes lo soliciten.

Actualmente, la Revista Médica Hondureña tiene su residencia electrónica en la Biblioteca Virtual en Salud, entre otras bases de revistas internacionales. A través de los años, la vocación científica y académica del gremio médico hondureño se ha expresado como un estupendo voluntariado para mantener vigente su revista oficial. Han sido muy importantes los aliados estratégicos como la Biblioteca Médica Nacional, la Biblioteca Virtual en Salud, la Biblioteca Regional de Medicina y la Organización Panamericana de la Salud, que han sido fundamentales en su desarrollo y socialización. Todos los números de la Revista están disponibles en versión digital, siendo este un logro importante que también se convirtió en un modelo para otras revistas latinoamericanas.

En la etapa actual de reingeniería iniciada desde el 2009, se hizo nuevo cambio de formato y normas para autores, se busca avanzar hacia la autogestión, la revisión sistemática por árbitros pares, se ha agregado un Comité Asesor Internacional y se está trabajando para cumplir con requisitos más estrictos que puedan permitir la inclusión de la revista en los portales de Scielo y PubMed. Esta meta obliga a superar las debilidades en los aspectos humanos, técnicos y financieros que inciden sobre la calidad y la visibilidad.

Debe continuarse las estrategias para mejorar el número y la calidad de artículos disponibles para publicación, integrar y capacitar los cuerpos de revisores pares, fortalecer los Consejos Editoriales tomando en cuenta que debe prepararse los recambios generacionales y seguir manteniendo la cooperación de editores

previos. Se necesita siempre vencer las barreras idiomáticas, combatir errores como la publicación duplicada, el plagiarismo, las autorías no merecidas y prevenir el retraso en las revisiones. También se debe mejorar el uso de la tecnología para el envío, recepción y revisión de artículos. Por otra parte, no podemos dejar de agradecer y motivar a los colaboradores extranjeros que nos siguen remitiendo sus escritos desde Estados Unidos, México, Alemania, Centro y Sur América.

La Revista Médica Hondureña debe verse en el contexto de la producción científica latinoamericana, la cuales deben superar su nivel para no perderse en el anonimato al no alcanzar el cumplimiento de requisitos de calidad internacionales. Debe hacerse también un llamado a no subvalorar lo que se investiga y publica en nuestro medio. Cada vez más vemos como la investigación hondureña mejora a pesar de varias dificultades locales, también vemos como aumenta el número de investigación colaborativa con pares extranjeros. A la par de este aumento de producción de trabajos y de capacidad científica, debe producirse un aumento en la publicación biomédica local e internacional. El fin último de un proyecto científico es resolver un problema de la humanidad. En nuestro caso, necesitamos resolver problemas de salud basándonos en nuestros propios datos y no en datos importados.

Entonces, la Revista Médica Hondureña debe seguir buscando mayor calidad y visibilidad, para eso se requiere de un trabajo planeado a mediano y largo plazo, con mayor participación de las Juntas Directivas del Colegio Médico de Honduras y de su Centro Nacional de Educación Médica Continua. La Revista debe revalorarse como un recurso científico y educativo primordial, como una inversión financiera obligatoria y no como un gasto. El mantener vigentes sus versiones electrónicas e impresas es importante, haciendo las consideraciones financieras y de distribución apropiadas, considerando las necesidades de educación del médico hondureño en las zonas rurales y urbanas.

Desde que en 1995 W. Gibbs pusiera en boga el concepto de "ciencia perdida en el tercer mundo", definiendo que la ciencia perdida es el conocimiento científico que no está accesible a través de las grandes bases de datos internacionales, se iniciaron estrategias para apoyar el fortalecimiento de la producción y socialización ciencia de países como el nuestro. Después de 80 años de publicación ininterrumpida, la Revista Médica Hondureña debe impulsarse a otros niveles de calidad y difusión con la ayuda de todo el gremio médico nacional y los colaboradores internacionales.

Dra. Reyna Durón
Dirección General
Revista Médica Hondureña
Consejo Editorial Período 2009-2010

SALUDO DEL PRESIDENTE DEL COLEGIO MÉDICO DE HONDURAS CON MOTIVO DEL LXXX ANIVERSARIO DE LA REVISTA MÉDICA HONDUREÑA

Address of Colegio Médico de Honduras's President on the occasion of the LVXXX Anniversary of Revista Médica Hondureña

Es un grandioso tiempo de celebración para la comunidad científica Nacional y Latinoamericana. La Revista Médica Hondureña, el órgano oficial de difusión y comunicación científica del Colegio Médico de Honduras cumple 80 años de publicación ininterrumpida, cumpliendo así una de las funciones más importantes de nuestra institución gremial: fomentar y apoyar la investigación científica y la educación médica continua en Honduras y aún fuera de Honduras a través de su versión impresa y de su versión digital. La Revista se apega a los requisitos internacionales de publicaciones científicas biomédicas y constituye un orgullo para nuestro gremio.



Es necesario hacer un alto en nuestras actividades cotidianas y reflexionar en toda la riqueza literaria acumulada durante estas ocho décadas que fortalecen y nutren la investigación médica hondureña. Nos sentimos cada día más comprometidos en apoyar e incentivar a muchos colegas para promover la investigación en todos los rincones de nuestro país y que esto nos sirva de guía para replantear nuestro sistema de salud, ya que es por todos conocido que el mismo está completamente colapsado. Es un compromiso fuerte de nuestros científicos el proponer las pautas para lograr un nivel de salud que merece nuestra población.

En estos últimos años la Revista Médica Hondureña ha tenido grandes avances, logrando su modernización, pero es importante además estimular a la comunidad médica para aprovechar este espacio que el Colegio Médico de Honduras nos brinda y en el que se ha esforzado para darle continuidad ininterrumpida. Nos sentimos sumamente orgullosos de tener este año una gran celebración y no nos mediremos para que ésta sea una verdadera fiesta y reconocer el trabajo que han desarrollado los diferentes Consejos Editoriales y los autores.

Nuestro agradecimiento en primer lugar a Dios nuestro Creador por permitirnos compartir este momento y escribir con letras de oro estos Ochenta Años de la Revista Médica Hondureña.

Gracias.

Dr. José Manuel Espinal Rodríguez
Presidente Colegio Médico de Honduras
Junta Directiva 2010-2012

CONDUCTAS ALIMENTARIAS Y ACTIVIDAD FÍSICA EN NIÑOS ESCOLARES DE TEGUCIGALPA

Feeding Behavior And Physical Activity In Primary School Children Of Tegucigalpa

María Félix Rivera,^{1,2} Ivette C. Rivera^{2,3}

¹Departamento de Fisiología, Facultad de Ciencias Médicas, Universidad Nacional Autónoma de Honduras (UNAH)

²Centro Odontopediátrico, Secretaría de Salud

³Carrera de Psicología, Universidad Nacional Autónoma de Honduras (UNAH)

RESUMEN. Introducción: La obesidad y el sobrepeso en la población pediátrica son factores de riesgo para el desarrollo de enfermedades crónicas en la vida adulta. **Sujetos y métodos:** se efectuó un estudio transversal descriptivo en 288 escolares de sexto grado de escuelas de Tegucigalpa que asistían a un centro asistencial. Se les aplicó una encuesta para evaluar conductas alimentarias y de actividad física. Se distribuyeron en dos grupos según el Índice de masa corporal (IMC): un grupo con IMC normal y otro grupo obesos y con sobrepeso. **Resultados:** la media de edad fue de 11.6 años $\pm$ 0.88 1DE, la relación niño:niña fue de 1:1.2. Sobre la conducta alimentaria, el 65.4% consumían en sus viviendas una alimentación saludable, el 48.6% de las meriendas escolares eran altas en grasas, en 15.8% altas en carbohidratos. Según la actividad física, el 52.0% miraban televisión $\geq$ 3 horas al día, solo el 53.2% tenían actividad física intensa y únicamente 27.0% la realizaba en la escuela. Las niñas tenían menos actividad física que los varones (con diferencias estadísticamente significativas). En relación a obesidad o sobrepeso y conducta alimentaria y actividad física las diferencias no fueron significativas entre niños y niñas, pero si fue significativo que los escolares con IMC ideal desayunaban con más frecuencia que los obesos. **Conclusión.** Las conductas alimentarias y de actividad física de los escolares estudiados distan de estándares de estilos de vida saludables. Es necesaria la implementación de programas que contribuyan a la solución del problema. **Rev Med Hondur 2010;78(2):59-112.**

Palabras Clave: Conducta Alimentaria, Actividad Física, Obesidad, Sobrepeso, Escolares.

INTRODUCCIÓN

La prevalencia de obesidad es alta en países desarrollados, y en los países en vías de desarrollo se ha observado un incremento afectando a todas las edades y los estratos sociales.¹ La obesidad en la época escolar y en la adolescencia constituye un factor de riesgo reconocido de obesidad en la edad adulta y se asocia a un mayor grado de morbilidad de Enfermedades Crónicas No Transmisibles (ECNT).² En América Latina, una de cada tres muertes en adultos se debe a enfermedades no transmisibles.³

En los últimos años se ha observado un aumento continuo y sostenido de la prevalencia de sobrepeso y obesidad en la población hondureña. Esta enfermedad afecta todos los estratos de la población desde edades tempranas incluyendo la edad escolar. Un estudio realizado en el año 2000, demostró la existencia de escolares obesos en todos los estratos socioeconómicos y una relación directa entre la obesidad en la niñez y los antecedentes familiares de diabetes mellitus. La prevalencia de obesidad que se encontró fue de 6.4% y de sobre peso 13.5%.⁴

Las causas de la obesidad son múltiples, incluyendo factores genéticos que explican una mayor susceptibilidad de algunos individuos; sin embargo el incremento abrupto de la obesidad en las últimas décadas y su gran extensión obedecen principalmente a importantes cambios en la alimentación de la población y al patrón

de actividad física así como a factores de índole sociocultural.⁵⁻⁷ En el campo de la prevención de la obesidad se reconoce que una alimentación adecuada, el ejercicio físico y el deporte practicado regularmente son fundamentales.⁸⁻⁹

Los estudios en población hondureña en estos aspectos son escasos y con el propósito de aportar mayores conocimientos en este campo decidimos realizar una investigación que tuviera como objetivo evaluar conductas de vida saludable con respecto a la dieta y la actividad física, en población escolar de sexto grado de escuelas públicas de Tegucigalpa y su relación con obesidad y sobrepeso cuyo conocimiento permita realizar acciones y contribuir a la prevención de dicha enfermedad y sus consecuencias.

SUJETOS Y MÉTODOS

Se diseñó un estudio transversal descriptivo. De todas las escuelas públicas de Tegucigalpa que asistieron a atención médica al Centro Odontopediátrico y Detección de Otras Patologías (CODO-PA) en el año 2005. Se seleccionaron 6 escuelas y se incluyeron niños y niñas de sexto grado. Se evaluó un total de 288 escolares considerando que es representativo de la población escolar que cursaba el sexto grado de educación primaria pública de Tegucigalpa MDC.

Se consignó datos generales entre ellos edad y sexo. A todos los niños y niñas seleccionados, previo consentimiento informado y firmado por sus padres, se les aplicó una encuesta estructurada del Ministerio de Salud de Chile denominada "¿Tienes una Vida Saludable?", consta de 26 preguntas separadas en 4 ítems: en las que

Recibido 16/12/2009, aceptado con modificaciones menores 25/03/2010

Correspondencia: Dra. María Félix. Departamento de Fisiología, Facultad de Ciencias Médicas UNAH, Correo-E: mariafelixrivera@yahoo.es

incluyen conductas alimentarias, tipo de actividad física, consumo de sustancias nocivas como tabaco y estrés. Para fines de este estudio se tomó únicamente conductas alimentarias y de actividad física.

El ítem de conductas alimentarias consta de 6 preguntas que evalúa el hábito de desayunar, la escogencia de alimentos descremados al consumir yogurt u otro lácteo, el tipo de comida que consumen en la escuela o en la casa, frecuencia de consumo de frutas y verduras, la preferencia de alimentos en las meriendas así como si se saltan comidas para controlar el peso. La actividad física se evaluó mediante 5 preguntas, permitiendo conocer el tipo de actividad física que realizan, así como, si realizaban deportes tanto en la escuela como fuera de sus casas, el tiempo de ver televisión o estar en la computadora o juegos de videos, y actividades como trotar o caminar, etc. A cada respuesta se le asignó 0 si es una conducta ideal, 1 punto si es media, y 3 puntos si era deficiente. A menor puntaje mejor estilo de vida y por consiguiente a mayor puntaje estilo de vida no saludable.

Una persona capacitada realizó a todos los y las escolares encuestados mediciones de talla y peso en una balanza de pie con tallímetro marca Health Meter® para obtener el Índice de masa corporal (IMC) y clasificarlos en deficientes, normales, con sobrepeso y obesos según la referencia de Cole TJ y Col.¹⁰ Para poder visualizar si existían diferencias significativas entre sexo masculino y femenino se prepararon tablas de 2x2 combinando los resultados de la conducta media y la deficiente, comparándolos luego con los de la conducta ideal en todas las respuestas observadas. Además se hizo un análisis en escolares con obesidad y sobrepeso comparándolos con escolares con IMC normal y deficiente.

En el análisis estadístico se calculó promedio y desviación estándar de cada una de las variables. Para determinar la fuerza de asociación entre conductas alimentarias y de actividad física y sexo y obesidad se utilizó Odds Ratio (OR), pruebas de significancia estadística como ser X^2 y un valor de $p < 0.05$, con intervalos de confianza del 95%. El procesamiento de los datos se realizó en EPI-Info versión 3.01, año 2003, para Windows.

RESULTADOS

Se evaluó un total de 288 escolares. El promedio de edad fue de $11.8 \text{ años} \pm 0.98 \text{ IDE}$ y una razón niño:niña de 1.2:1. En cuanto a las conductas alimentarias (Cuadro No.1), encontramos que del total de los escolares estudiados el 67.6% tenían el hábito de desayunar todas las mañanas y solo un 5.3% casi nunca. Por otra parte, el 61.8% de los escolares encuestados nunca se saltaban comidas para controlar el peso, y solo un 7.8% refirió hacerlo muchas veces. Con respecto al consumo de frutas y verduras, únicamente un 29.7% los escolares tenían una conducta adecuada en cuanto al consumo de frutas diariamente y un 11.3% no consumían ni frutas ni verduras.

Observamos que únicamente una tercera parte de los escolares tomaban una elección adecuada al momento de consumir su merienda ya que lo hacían en base a frutas, a diferencia de un porcentaje mayor de escolares que seleccionaban una merienda alta en grasa. La conducta de elegir siempre alimentos bajos en grasas

solo se observó en un porcentaje mínimo de escolares (13.4%). En referencia al tipo de alimentación que consume en su casa, el 65.4% de los escolares tenían una conducta adecuada, con poca grasa y muchas frutas y verduras, únicamente un 13.4% con alto contenido de grasa y carbohidratos.

Por otra parte, el 52% de los escolares estudiados pasaban 3 ó más horas viendo televisión o videos o en la computadora (Cuadro 2), prácticamente un tercio de las horas de vigilia y únicamente un 18.5% de los escolares preferían otro tipo de actividad. Respecto a la práctica de un deporte fuera de la escuela, los resultados encontrados fueron estadísticamente significativos, los varones en un mayor porcentaje (62.6 %) con respecto a las niñas (45%).

Sobre actividades de mediana intensidad como correr, trotar, andar en bicicleta, caminar rápido, levantar pesas por lo menos 20 min, del total de escolares estudiados únicamente un 29.8% realizaban este tipo de actividades en forma periódica. Del total de los varones solo el 39.2% de los varones realizaban este tipo de actividad y en menor porcentaje las niñas (21.5%). Las diferencias fueron estadísticamente significativas. Fue dos veces más frecuente que un varón escolar realice actividades de mediana intensidad que una niña escolar.

Sólo el 27% de los escolares encuestados realizaban actividades deportivas en su escuela. Únicamente el 35.9% de los varones y el 18.8% de las niñas. Las diferencias fueron estadísticamente significativas, es dos veces más frecuente que los varones realicen actividad física en la escuela que las escolares. Acerca de la actividad física ligera o leve como caminar, encontramos que del total de los escolares encuestados un 24.2% camina más de 20 cuadras diarias, y el 52.7% menos de 10 cuadras.

Al relacionar el comportamiento de los niños obesos y con sobrepeso en contraposición con los de IMC normal y deficiente no se encontraron diferencias estadísticamente significativas en los ítems que contempla la encuesta a excepción del hábito de desayunar, el cual fue más frecuente en no obesos que en escolares con sobrepeso u obesidad.

DISCUSIÓN

El estudio permitió describir los estilos de vida en etapa escolar del grupo evaluado, aún cuando existen algunas dificultades como ser la imposibilidad de reproducir fielmente las actividades habituales. En relación a las conductas alimentarias encontradas en este estudio observamos que más de la mitad de los escolares tenían por hábito desayunar, en la misma proporción no se saltan comidas para controlar el peso y más de la mitad consumían alimentos bajos en grasa en sus viviendas, pero también mostraban conductas no saludables como ser que menos de un tercio de los escolares consumen 4 o más frutas y verduras diarias, aproximadamente 1 de cada 10 escolares elige alimentos bajos en grasa y más de la mitad de los escolares consumían meriendas altas en grasa en sus escuelas.

Estudios en escolares de Chile han reportado similares resultados: un aumento en el número de comidas al día, alto consumo de golosinas y alimentos grasosos a diferencia de una baja ingesta de verduras frutas, leguminosas y carnes blancas.¹¹

Cuadro 1. Conductas alimentarias en escolares de sexto grado de escuelas públicas de Tegucigalpa. Año 2005

Variable	Femenino		Masculino		-Total		OR	IC (95%)
	No.	%	No.	%	No.	%		
<u>Conducta de desayunar</u> ¹							1.28	0.75 a 2.17
Casi nunca	12	7.9	3	2.2	15	5.3		
A veces	41	27.0	36	27.3	77	27.1		
Todas las mañanas	99	65.1	93	70.5	192	67.6		
Total	152	100.0	132	100.0	284	100.0		
<u>Conducta de saltarse comidas para control de peso</u> ²							1.15	0.69 a 1.92
Muchas veces	12	7.9	10	7.6	22	7.8		
pocas veces	48	31.8	38	28.8	86	30.4		
Nunca	91	60.3	84	63.6	175	61.8		
Total	151	100.0	132	100.0	283	100.0		
<u>Número de frutas y verduras que consume/día</u> ³							0.82	0.48 a 1.42
Ninguna	23	5.1	9	6.9	32	11.3		
1 a 3	81	53.3	86	65.6	167	59.0		
4 o más	48	31.6	36	27.5	84	29.7		
Total	105	100.0	131	100.0	283	100.0		
<u>Tipo de merienda que consumen en la escuela</u> ⁴							0.89	0.53 a 1.46
Golosinas, papas fritas, churros y otras con sal y grasas (altas en grasas)	76	50.0	62	47.0	138	48.6		
Helados, chocolates, galletas, jugos (altas en carbohidratos)	20	13.2	25	18.9	45	15.8		
Frutas, verduras	56	36.8	45	34.1	101	35.6		
Total	152	100.0	132	100.0	284	100.0		
<u>Elección de alimentos bajos en grasa</u> ⁵							1.50	0.72 a 3.16
Nunca	66	43.4	52	39.4	118	41.6		
A veces	69	45.4	59	44.7	128	45.0		
Siempre	17	11.2	21	15.9	38	13.4		
Total	152	100.0	132	100.0	284	100.0		
<u>Tipo de alimentación que consume en la casa</u> ⁶							1.05	0.62 a 1.76
Con mucha grasa y poca fruta y verduras (fibras)	15	9.9	23	17.4	38	13.4		
Con mucha grasa, frutas y verduras (fibras)	38	25.2	22	16.7	60	21.2		
Con poca grasa y con muchas frutas y verduras	98	64.9	87	65.9	185	65.4		
Total	151	100.0	132	100.0	283	100.0		

¹p= 0.40, ²p= 0.64, ³p= 0.53, ⁴p= 0.72, ⁵p= 0.32, ⁶p= 0.96

En nuestra investigación, se observó que la actividad física desarrollada por los escolares es limitada. Aproximadamente la mitad de los escolares practicaban algún deporte fuera de la escuela y menos de un tercio lo hacía en la escuela y al igual, menos de un tercio tenía como hábito trotar o andar en bicicleta de 4 o más veces por semana y solo una cuarta parte caminaba a diario 20 cuadras o más. Y también se encontró que la mitad de los escolares permanecían de 3 horas o más al día frente al televisor o computadora o juegos de videos. Investigaciones realizadas en Estados Unidos en población escolar reportaron una alta prevalencia de escolares viendo televisión más de 4 horas durante días de la semana.¹²

En relación a la actividad física y las diferencias entre sexo, en este estudio se encontró que en los varones fue dos veces más frecuente la práctica de un deporte fuera de la escuela o en la escuela

o de tener actividades a diario como trotar o andar en bicicleta en comparación con las niñas. En un estudio realizado en Argentina en mayores de 6 años, encontró que menos del 50% de escolares realizaba alguna actividad física o deportiva y existía una diferencia importante entre las niñas (39%) y los varones (54%).¹³ Otro estudio, sobre este mismo aspecto, midió el gasto energético por actividades diarias en escolares de ambos sexos, encontrándose que la actividad física realizadas por niños y niñas era limitada; únicamente las clases de educación física aportaban los ejercicios de mayor intensidad en su rutina diaria y aun así los varones eran más activos que las niñas.¹⁴⁻¹⁵

Aunque, si bien es cierto, la encuesta utilizada en este estudio no fue diseñada para realizar comparaciones entre niños obesos y no obesos, en nuestra investigación los niños y niñas escolares con

mayor IMC reportaron en mayor porcentaje que no tenían el hábito de desayunar. En el resto de las variables estudiadas las relaciones no fueron estadísticamente significativas entre estos grupos.¹⁶ Con respecto a la relación entre nivel socioeconómico (NSE) y conducta alimentaria, en este estudio no fue contemplado quedando abierta la opción a nuevas investigaciones. Sin embargo, estudios realizados en Argentina, en escolares de diferentes NSE se encontró que los niños de nivel bajo y medio tenían un alto consumo de carbohidratos que superaban a lo recomendado y los de NSE alto reportaron un excesivo consumo de grasas y carnes. Además la ingesta de frutas y hortalizas era baja en ambos grupos.¹³

Los resultados de este estudio no distan de estudios realizados en escolares en otros países que nos revelan un menor compromiso con la actividad física intensa y una elevada proporción de tiempo empleado en ver televisión y meriendas con alto contenido de carbohidratos, grasa y sal que nos permitiría predecir un mayor riesgo en la salud futura de los niños.¹⁷⁻¹⁹ En consecuencia para dar solución a este grave problema de salud pública se debe promover cambios en los hábitos alimentarios y la práctica de actividades físicas desde edades tempranas, a manera de crear estilos sanos de vida.³

Cuadro 2. Actividad física en escolares de sexto grado de escuelas públicas de Tegucigalpa. Año 2005

Variable	Femenino		Masculino		Total		OR	IC (95%)
	No.	%	No.	%	No.	%		
<u>Tiempo frente al televisor, o computadora¹</u>							1.51	0.79 a 2.88
3 ó más horas	73	50.3	68	53.1	141	52.0		
1 a 2 horas	48	33.1	32	25.0	80	29.5		
Menos de 1 hora	25	16.6	28	21.9	50	18.5		
Total	146	100.0	128	100.0	271	100.0		
<u>Practica de deporte fuera de la escuela²</u>							2.05	1.23 a 3.40
No	41	27.5	21	16.0	62	22.4		
A veces	41	27.5	28	21.4	69	24.6		
Siempre	67	45.0	82	62.6	149	53.2		
Total	149	100.0	131	100.0	280	100.0		
<u>Frecuencia de actividad física como trotar, andar en bicicleta, etc.³</u>							2.38	1.37 a 4.14
Nunca o menos de una vez por la semana	62	41.6	30	23.1	92	32.9		
De 1 a 3 veces por semana	55	36.9	49	37.7	104	37.3		
4 a más veces por semana	32	21.5	51	39.2	83	29.8		
Total	149	100.0	130	100.0	279	100.0		
<u>Participación en actividades deportivas en la escuela⁴</u>							2.42	1.36 a 4.33
Nunca	53	35.6	32	24.4	85	30.3		
A veces	68	45.6	52	39.7	120	42.7		
Siempre	28	18.8	47	35.9	75	27.0		
Total	149	100.0	131	100.0	280	100.0		
<u>No. de cuadras que camina diario⁵</u>							1.11	0.62 a 1.99
Menos de 10 cuadras	83	56.8	63	48.1	146	52.7		
De 10 a 20 cuadras	29	19.9	35	26.7	64	23.1		
Más de 20 cuadras	34	23.3	33	25.2	67	24.2		
Total	146	100.0	131	100.0	277	100.0		

¹p= 0.238, ²p= 0.004, ³p= 0.001, ⁴p=0.002, ⁵ p= 0.819.

REFERENCIAS

1. Ibañez L. El problema de la obesidad en América. Rev Chil Cir 2007;56(4):399-400.
2. Maffei C, Moghetti P, Grezzani A, Clement M, Gaudino R, Tato L. Insulin resistance and the persistence of obesity from childhood into adulthood. J Clin Endocrinol Metab 2002;87(1):71-6.
3. World health Organization. World Health Report 2002: reducing risks, promoting healthy life. Geneva: WHO;2002.
4. Rivera MF. Obesidad en condiciones de pobreza. Estudio epidemiológico en escolares de escuelas públicas de Tegucigalpa, Honduras 2000. Rev Med Hondur 73(1):10-14.
5. Jacoby E, Bull F, Neiman A. cambios en el estilo de vida obligan a fomentar la actividad física como prioridad en la Región de las Américas. Rev Panam Salud Publica 2003;14(4):223-5.
6. Silva JR. Restricción alimentaria y sobre alimentación: modelo de la neurociencia afectiva. Rev Med Chile 2008;136:1336-42.
7. Peña M, Bacallao J. Obesidad y sus tendencias en la región. Rev Panam Salud Publica 2001;10(2):75-8.

8. Organización Mundial de la Salud OMS. Dieta, nutrición y la prevención de enfermedades crónicas. Ginebra. OMS, 1990, serie de informes técnicos;797.
9. Smith GD, Morris JN. Assessment of physical activity and physical fitness, in population surveys. J Epidemiol Comm Health 1992;46:89-91.
10. Cole TJ, Bellizzi, Flegal KM, Dietz WH. Establishing a standard definition for child survey overweight and obesity worldwide: international survey. Br Med J 2000;320(7244): 1240-3.
11. Vásquez X. Gasto energético en reposo, ingesta alimentaria y actividad física en niñas prepúberes obesas y eutróficas. Tesis para optar al grado de magister en Ciencias Médicas Mención Nutrición. Facultad de Medicina, Universidad de Chile, 1999.
12. Robinson TN, Hammer LD, Killen JD, Kraemer HC, Wilson DM, Hayward C, et al, Does television viewing increase obesity and reduce physical activity? Cross-sectional and longitudinal analyses among adolescent girl. Pediatrics 1993;91(2): 273-80.
13. O'Donnell A, Rodrigo Clacheo SB, Grippo B, Pueyrredón P, Pujato D, et al. Obesidad en Argentina: ¿Hacia un nuevo fenotipo? Julio 2004. Disponible en: http://200.89.72.103/documentos/obesidad/docuybase/obesidad_hacia_un_nuevo_fenotipo.pdf. Acceso el 22 de septiembre del 2009.
14. Riddoch C, Savage JM, Murphy N, Cran GW, Boreham C. Long term health implications of fitness and physical activity patterns. Arch Dis Child 1991;66:1426-1433.
15. Martorell R, Mendoza F, Castillo R. Poverty and stature in children. In linear growth retardation in less developed countries. Ed. J.C. Waterlow. Nestle Nutrition Workshops series, Raven Press 1988:57-74
16. Cabrera JP, Cea J, Catalán S, Gallardo A, Fuentes V. Evaluación nutricional y conductas de vida saludable: Realidad en una escuela perteneciente a un centro de salud familiar. 2006. Revista ANACEM 2:24-8.
17. Amador M. Adiposity and growth relationship of stature at 14 years with relative body weight at different ages. E J Clin Nutr 1992; 20:167-73.
18. Gupta RK, Saini DP, Acharya U, Miglani N. Impact of television on children. Indian J Pediatric 1994;61: 153-9.
19. Atalah E, Urteaga C, Rebolledo A, Delfin S, Ramos R. Patrones alimentarios y de actividad física en escolares de la Región de Aysén. Rev Chil Pediatr 1999;70(6): 483-490

ABSTRACT. Introduction: Obesity and overweight in pediatric population are risk factors for the later development of chronic diseases in adult life. **Participants and methods:** We conducted a cross quantitative study in 288 sixth-grade school children attending a medical center in Tegucigalpa. A survey was applied to assess feeding behavior and physical activity. Furthermore, they were divided in two groups according to Body Mass Index (BMI): a group with normal BMI, and a group of obese and overweight. **Results:** Mean age was 11.6 years-old $\pm$ 0.88 1DE, the male-female ratio was 1:1.2. According feeding behaviors, 65.4% of children ate healthy food at home, 48.6% of school-meals were high on fat, and 15.8% of school meals were high in carbohydrate. According to physical activity, 52.0% of scholars used to watch television more than 3 hours per day. In addition, 53.2% of participants had intense physical activity, and only 27.0% of children had physical activity at school facilities. Girls were significantly less active than boys. There was no significance relationship between the variables overweight, obesity, feeding behavior, and physical activity. The most significant difference was that only participants with normal BMI ate breakfast more frequently than other children. **Conclusion:** The standards of feeding behavior and physical activity of the sixth grade school children evaluated are far from healthy lifestyles. It is necessary to implement programs to contribute to the solution of this problem. **Rev Med Hondur 2010;78(2):59-112.**

Keywords: Feeding Behavior, Physical Activity, Obesity, Overweight, School-aged Children.

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

Descuento para anuncios de congresos de Asociaciones Médicas.

PREVALENCIA DE DEPRESIÓN MAYOR EN MUJERES MISQUITAS DE PLAPLAYA, GRACIAS A DIOS

Prevalence of major depression among Miskito women at Plaplaya, Gracias a Dios

Hugo Landa Oviedo,¹ María Aguilar Pardo,¹ Daniel López Padilla,¹ Eleonora Espinoza,² Manuel Sierra,² Carlos Sosa,³ Denis Padgett,² Mauricio Gonzáles,² Jackeline Alger.²

¹Universidad Nacional Autónoma de Honduras (Médico en Servicio Social período 2009-2010)

²Unidad de Investigación Científica, Facultad de Ciencias Médicas, Universidad Nacional Autónoma de Honduras

³Hospital Psiquiátrico Nacional "Santa Rosita", Amarateca, Francisco Morazán

RESUMEN. Antecedentes: En Honduras no existen estudios sobre depresión mayor en los grupos poblacionales étnicos. El objetivo de este estudio fue determinar la prevalencia de depresión mayor y factores relacionados en mujeres mayores de 18 años de Plaplaya, Gracias a Dios, en la costa misquita hondureña. **Sujetos y Métodos:** Estudio descriptivo transversal realizado entre enero 2009 y enero 2010 en la población total femenina de Plaplaya. Entre julio y agosto, una vez obtenido el consentimiento informado, se utilizó una encuesta estructurada para recolectar información sociodemográfica y antecedentes, y el instrumento PHQ9 (Patient Health Questionnaire 9) para identificar depresión mayor. **Resultados:** Se encuestaron 84 mujeres, identificando cinco casos, para una prevalencia de depresión mayor de 6% (IC95% 2.2-13.9). El grupo de edad 18-30 años fue el predominante (52.4%), el 92.9% sabía leer y escribir y 57.2% tenía una pareja estable (casadas y en unión libre). El 53.6% tenía al menos un hijo <10 años. El 17.9% y 2.4% afirmaron haber consumido alcohol y drogas (marihuana y cocaína) en los últimos 6 meses, respectivamente. El 27.4% refirió comportamientos violentos en la familia y 44.0% refirió padecer alguna enfermedad. Se determinó que edad >50 años ($p=0.002$, OR=27.6, IC95% 2.4-721.9) y escolaridad <6 años ($p=0.001$) se asociaron a depresión. Todas las pacientes depresivas refirieron dificultad para desempeñar sus labores ($p=0.00006$). **Conclusión:** La depresión es un trastorno psiquiátrico universal que se presenta en los diferentes grupos étnicos con variaciones en su caracterización epidemiológica. Se recomienda a la Secretaría de Salud abordar el problema de depresión en estas poblaciones minoritarias. **Rev Med Hondur 2010;78(2):59-112.**

Palabras clave: Grupos étnicos, Trastorno depresivo, Trastorno depresivo mayor, Salud de la mujer.

La depresión es una patología de presentación universal que afecta al organismo, el ánimo y la manera de pensar. Se considera como un trastorno del carácter y es la forma más común de sufrimiento mental. Millones de personas en el mundo, sin importar raza, nacionalidad o cultura sufren esta enfermedad.¹ El Informe Mundial sobre la Salud 2001 refiere que la prevalencia puntual de depresión de las mujeres en el mundo fue 3.2% y 9.5% la prevalencia para un periodo de 12 meses.² En algunos estudios acerca de los trastornos mentales en Latinoamérica, se contrasta que la prevalencia media de la depresión mayor en algún momento de la vida en las mujeres adultas fue de un 8.7%, con un rango de un 1.9 % hasta un 19.6%.³⁻⁵

Durante las dos últimas décadas todavía sabemos muy poco acerca de la naturaleza y la frecuencia de la depresión en las diversas culturas, aunque ha existido un interés considerable por el estudio de las variaciones interculturales en la epidemiología de la depresión.⁶ Existen poderosas razones teóricas que hacen pensar que tanto el grado como la manifestación de la depresión varían significativamente a través de las distintas culturas, costumbres, hábitos y estructura social entre los miembros de los distintos grupos raciales y étnicos.⁶

Los datos publicados sobre la prevalencia de la depresión por la raza o etnia son contradictorios, especialmente para los grupos poblacionales de afroamericanos, blancos e hispanos. Algunos estudios reportan tasas más elevadas de trastorno depresivo mayor en afroamericanos en comparación con personas blancas, mien-

tras que otros informan de menores o su equivalente en las tasas de afroamericanos.^{7,8} En un estudio realizado para determinar la prevalencia de depresión de acuerdo a la raza o el grupo étnico en Estados Unidos de América, se detectó que la prevalencia del trastorno depresivo mayor fue significativamente mayor en blancos que en afroamericanos y los mexicano-americanos.⁹

En Honduras no existen estudios sobre depresión en los grupos poblacionales étnicos ya sea garífunas, misquitos o cualquiera de los otros grupos, o la forma de manifestación de los síntomas o sus causas y desencadenantes. Es por esta razón que el principal objetivo de este estudio fue determinar la prevalencia y caracterización de la depresión y algunos factores relacionados en mujeres mayores de 18 años que viven en la comunidad garífuna y misquita de Plaplaya, Juan Francisco Bulnes, Departamento de Gracias a Dios, con el propósito de proponer recomendaciones a la Secretaría de Salud para un diagnóstico oportuno y un manejo adecuado en estos grupos minoritarios. La presente investigación se desprende de un estudio nacional asesorado por la Unidad de Investigación Científica (UIC) de la Facultad de Ciencias Médicas (FCM) de la Universidad Nacional Autónoma de Honduras (UNAH), en mujeres mayores de 18 años residentes en localidades asignadas a los Médicos en Servicio Social (MSS).

SUJETOS Y MÉTODOS

Este estudio de tipo descriptivo transversal se realizó entre enero 2009 y enero 2010, con un levantamiento de encuestas en las mujeres mayores de 18 años de las etnias garífuna y misquita de

Recibido 06/2010, aceptado con modificaciones menores 06/2010

Correspondencia: Dra. Eleonora Espinoza; 2do piso, Edificio Administrativo, Unidad de Investigación Científica, FCM, UNAH. Correo-E: eleo22@hotmail.com

la comunidad de Plaplaya del Municipio Juan Francisco Bulnes del Departamento de Gracias a Dios, conocida como La Mosquitia hondureña. Se visitó la totalidad de la comunidad incluyendo los barrios Berijales, El Centro, barrio Caliente, Los Pinos y Trujillo, y los caseríos Piñales, El Cayo y Jaloa, encuestando 84 mujeres en total. Se decidió incluir la totalidad de la población porque es una aldea con pocos habitantes, que de acuerdo al censo poblacional realizado por personal de salud del CESAMO en el año 2007, el 51.6% de sus habitantes eran menores de 18 años y porque la mayoría de las personas en edad laboral-productiva tienen la tendencia de migrar del campo hacia las ciudades grandes de Honduras, siendo así un lugar con alta variabilidad demográfica.

La información se recolectó aplicando una encuesta estructurada en dos partes. La primera parte consistió en preguntas de información general y la segunda parte contenía el instrumento PHQ9 (Patient Health Questionnaire 9) para el diagnóstico de depresión. Dicho instrumento tiene una sensibilidad y especificidad comparables a los criterios de diagnóstico del DSM-IV (Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales) y puede determinar la severidad de los episodios depresivos.¹⁰ La información fue tabulada en computadora y los datos se analizaron en el programa estadístico y de base de datos para profesionales de la salud pública Epi Info versión Windows (CDC, Atlanta, EUA).

A cada persona participante se le leyó el consentimiento informado, explicándoles el propósito del estudio y solicitándoles su consentimiento para participar en el mismo, haciendo hincapié en que su participación era voluntaria y asegurando la confidencialidad de la información, la cual solo podría ser manejada por los investigadores, estudiantes y docentes de la UIC, FCM, UNAH.

RESULTADOS

Características socio-demográficas y antecedentes de la población

Se detectó que el grupo poblacional predominante fue el de 18 a 30 años (52.4%). Alrededor del 93% (78) sabía leer y escribir. El 70% (59) de las mujeres tenía al menos los 6 años de estudios de educación primaria. La mayoría de las mujeres (57.2%) tenía una pareja estable (casadas y en unión libre). Con respecto a la fuente de ingresos, el 68.9% (58) de las mujeres fue parcial o completamente dependientes económicamente (Cuadro 1).

Con respecto a la paridad, el 53.6% (45) de las encuestadas tenía al menos un hijo menor de 10 años, y de ellas, el 23.8% (20) tenía dos y el 8.4% tenía tres hijos. El 100% (84) de las mujeres negó tener problemas familiares relacionados al consumo de alcohol. El 17.9% (15) de las mujeres afirmó haberlo consumido recientemente. Con respecto a las drogas, solamente el 2.4% (2) afirmó su consumo en los últimos 6 meses, de las cuales la mitad lo hizo con marihuana y la otra mitad con cocaína. Ninguna afirmó tener problemas personales, familiares o laborales relacionados al consumo de drogas.

En cuanto a los comportamientos violentos en la familia, el 27.4% (23) refirió haberlos tenido. Sin embargo, en el 100% de los casos fue comportamiento violento de tipo verbal. Todas negaron violencia física, sexual o psicosocial. Finalmente, con respecto a sus relaciones familiares en general, el 26.2% las consideró "regula-

Cuadro 1. Características socio-demográficas de las mujeres encuestadas en la comunidad de Plaplaya, Julio y Agosto 2009 (N=84)

Características	N (%)
Edad (años)	
18-30	44 (52.4)
31-40	14 (16.7)
41-50	12 (14.2)
> 50	14 (16.7)
Alfabetismo (sabe leer)	
Si	78 (92.9)
No	6 (7.1)
Escolaridad	
Ninguno	7 (8.3)
Primaria incompleta	18 (21.4)
Primaria Completa	13 (15.5)
Secundaria (I)	4 (4.8)
Secundaria (C)	37 (44.1)
Universitaria (I)	5 (5.9)
Estado Civil	
Casada	22 (26.2)
Divorciada	2 (2.4)
Soltera	31 (36.8)
Unión libre	26 (31.0)
Viuda	3 (3.6)
Ingresos	
Propios	26 (31.0)
Compartidos	14 (16.6)
Completamente dependiente	44 (52.4)

I=incompleta, C=completa

res", la mayoría de las mujeres (52.4%) las consideró "buenas" y un menor porcentaje (21.4%) las consideró "muy buenas". El 44% (37) de las mujeres refirió padecer alguna enfermedad, sin predominio de alguna patología (Cuadro 2).

Prevalencia de depresión

En el periodo del estudio se aplicó un total de 84 encuestas. El número de casos detectados con depresión mayor en la Comunidad de Plaplaya fue de 5. Se estimó que la prevalencia de depresión mayor para el universo de mujeres encuestado que se encontraba en la comunidad de Plaplaya entre los meses de Julio y Agosto del 2009 fue de 6% (IC95%: 2.2%-13.9%).

Pacientes identificadas con depresión y sus características

El 80% (4) de las mujeres con depresión mayor era mayor de 50 años y el 20% (1) restante correspondía al grupo etario de 18 a 30 años. Todas ellas informaron saber leer y escribir, aunque con respecto a la escolaridad ninguna completó los 6 años de educación primaria y el 20% (1) no recibió ningún tipo de educación formal. El 60% (3) informó ser casada, 20% (1) viuda y 20% (1) soltera. Más de la mitad de las pacientes (60%) era parcial o completamente dependiente económicamente ya sea de su pareja o de alguno de sus familiares, y el 40% (2) restante contaba con ingresos propios.

En relación a los antecedentes, el 80% (4) de las mujeres depresivas informó no tener hijos menores de 10 años. El 20% (1) restante tenía solamente un hijo. El 40% (2) de las mujeres depresivas afirmó como antecedente el consumo del alcohol en los últimos 6 meses. Ninguna consumió drogas. Todas negaron cualquier problema familiar o laboral relacionado con el consumo de alcohol o

Cuadro 2. Antecedentes personales de las mujeres encuestadas en la comunidad de Plaplaya, (N=84)

Antecedentes	N (%)
Paridad (hijos menores de 10 años)	
0	39 (46.4)
1	18 (21.4)
2	20 (23.8)
3	7 (8.4)
Consumo de alcohol en los últimos 6 meses	
Si	15 (17.9)
No	69 (82.1)
Problemas personales relacionados a consumo de alcohol en los últimos 6 meses	
Si	0 (0.0)
No	84 (100.0)
Consumo de drogas en los últimos 6 meses	
Si	2 (2.4)
No	82 (97.6)
Problemas personales relacionados a consumo de drogas en los últimos 6 meses	
Si	0 (0.0)
No	84 (100.0)
Comportamientos violentos en su familia	
Si	23 (27.4)
No	61 (72.6)
Tipo de violencia	
Verbal	23 (100.0)
Relaciones familiares	
Regulares	22 (26.2)
Buenas	44 (52.4)
Muy buenas	18 (21.4)
Padece de alguna enfermedad	
Si	37 (44.0)
No	47 (56.0)

drogas. El 20% (1) de ellas refirió comportamientos violentos en su familia, en el 100% (5) de los casos la violencia fue de tipo verbal, negando daño físico, sexual o psicosocial. Con respecto a las relaciones familiares, el 60% (3) de ellas las definió como "regulares". En cuanto a los antecedentes patológicos, el 60% (3) de las mujeres afirmó padecer de una enfermedad (entre ellas hipertensión arterial y diabetes mellitus).

Información comparativa entre pacientes con y sin depresión mayor

Al comparar las mujeres con y sin depresión (Cuadro 3), se detectó que las mujeres mayores de 50 años en la comunidad de Plaplaya presentaron 27 veces más probabilidad de padecer de depresión mayor que las mujeres de menor edad (OR=27.6, IC95% 2.4-721.9). También se determinó que el contar con menos de 6 años de estudio se asoció significativamente con depresión mayor (0.001, OR=no definido). Todas las pacientes depresivas refirieron dificultad para realizar o desempeñar su trabajo (p=0.00006, OR=no definido). No se determinaron diferencias estadísticamente signifi-

cativas en relación a las otras variables estudiadas (Cuadro 3). No fue posible evaluar la respuesta terapéutica en vista de que no se contó con medicamentos antidepresivos en el Centro de Salud y ninguna de las pacientes los pudo adquirir por sus propios medios. Se brindó apoyo psicológico.

DISCUSIÓN

En este estudio hemos determinado una prevalencia de trastorno depresivo mayor de 6% (IC95% 2.2-13.9) en una comunidad de misquitos y garífunas en la Mosquitia Hondureña. Esta prevalencia es superior a la prevalencia mundial puntual de 3.2% presentada en el Informe Mundial sobre la Salud 2001, aunque menor a la prevalencia de 9.5% de periodo de 12 meses.¹¹ En cuanto al nivel regional, es similar a la prevalencia de depresión de 5.8% (IC95% 5.2-6.5) en mujeres adultas informadas en un estudio del año 2004 en México.² Esta prevalencia es influenciada tanto por algunos factores sociodemográficos como por los antecedentes de las mujeres adultas.

Las variables socio-demográficas que resultaron asociadas significativamente fueron la edad y la escolaridad. Se encontró que las mujeres mayores de 50 años tienen 27 veces más probabilidad de padecer depresión mayor (OR=27.6, IC95% 2.4-721.9) que las que no se encuentran en ese grupo etario. Este dato es compatible con un estudio de la prevalencia de depresión en una población colombiana en la que el grupo con mayor proporción de mujeres deprimidas era el de 46 a 60 años (11.1%) y el de 61 ó más (10.9%).¹² Este resultado se puede también contrastar con un estudio de Bromberger y col., en el cual la raza-etnia puede ser un marcador de riesgo importante para la depresión en la madurez precisamente porque muchos grupos raciales / étnicos tienen índices más altos de las condiciones y presiones que están asociados con el riesgo para la depresión.¹³ La mayoría de las fuentes confirma que las mujeres de más edad son las que tienen más sintomatología depresiva.¹⁴

En cuanto a la escolaridad, encontramos una asociación estadísticamente significativa de padecer depresión para las mujeres que tienen menos de 6 años de escolaridad. Un estudio sobre la relevancia de las variables sociodemográficas publicado en el International Journal of Clinical and Health Psychology en el 2006 establece que entre las mujeres que tienen empleo, su nivel depresivo disminuye a medida que aumenta su nivel profesional, siendo menor en aquellas que tienen profesiones para las que se requiere estudios universitarios y presentando mayor sintomatología depresiva las mujeres con empleos de tipo manual.¹⁴ No se encontró diferencia estadísticamente significativa en el factor tener o no una pareja estable. En relación a antecedentes, se encontró asociación entre presentar algún grado de dificultad para desempeñarse en su trabajo y depresión mayor. En Colombia, se encontró que el desempleo con discapacidad y las dificultades en las relaciones interpersonales y laborales incrementan el riesgo de sufrir un episodio depresivo.¹²

En nuestro estudio se presentaron algunas dificultades metodológicas principalmente relacionadas con las condiciones topográficas. Plaplaya es una pequeña franja de tierra que limita tanto con el océano Atlántico como con la laguna de Ibans, situándola como una especie de isla. Para acudir a los caseríos aledaños se recurrió

Cuadro 3. Características sociodemográficas y antecedentes entre mujeres con y sin depresión.

Características	Con Depresión N= 5 (100.0%)	Sin Depresión N=79 (%)	OR (IC95%)	P
Edad				
>50 años	4 (80.0)	10 (12.7)	27.6	0.002
≤50 años	1 (20.0)	69 (87.3)	(2.4 -721.9)	
Tiene pareja				
Si (UL, Casado)	3 (60.0)	45 (57.0)	1.1	NS 1.0
No (Div, Solt, Viu)	2 (40.0)	34 (43.0)	(0.1-10.4)	
Escolaridad				
Si	4 (80.0)	73 (92.4)	0.3	NS
No	1 (20.0)	6 (7.6)	(0.03-9.0)	
<6 años de años estudio	5 (100.0)	20 (25.3)	----	0.001
≥6 años de estudio	0 (0.0)	59 (74.7)		
Tiene hijos(as) menores de 10 años	4 (80.0)	35 (44.3)	5.0	NS
No	1 (20.0)	44 (55.7)	(0.49 -123.7)	
Uno o mas				
Ha consumido alcohol				
Si	2 (40.0)	13 (16.5)	3.4	NS
No	3 (60.0)	66 (83.5)	(0.35-28.9)	
Comportamiento violento en familia	1 (20.0)	22 (27.8)	0.7	NS
Si	4 (80.0)	57 (72.2)	(0.03-6.8)	
No				
Violencia verbal				
Si	1 (20.0)	22 (27.8)	0.6	NS
No	4 (80.0)	57 (72.2)	(0.03-6.8)	
Relaciones familiares				
Regulares	3 (60.0)	19 (24.0)	4.7	NS
Buenas/Muy Buenas	2 (40.0)	60 (76.0)	(0.58-44.6)	
Antecedente de padecer enfermedad	3 (60.0)	34 (43.0)	2.0	NS
Si	2 (40.0)	45 (57.0)	(0.25-18.2)	
No				
Dificultad en el trabajo				
Algún grado de dificultad	5 (100.0)	9 (11.4)	----	0.00006
Nada en absoluto	0 (0.0)	70 (88.6)		

NS= No significativo, p≥ 0.05.

al uso de cayuco ya que las viviendas son considerablemente distantes unas de otras. A las mujeres diagnosticadas con depresión mayor se les brindó apoyo psicológico y se prescribieron medicamentos antidepressivos; sin embargo, en el presente estudio no se pudo determinar la respuesta terapéutica al tratamiento porque este centro de atención primaria no cuenta con fármacos antidepressivos, al igual que los centros de atención primaria en el resto del país y ninguna de las mujeres tenía la posibilidad económica de cubrir los costos del tratamiento.

En general, los datos encontrados en este estudio son concordantes con los de la literatura médica internacional especialmente en lo concerniente a la prevalencia, demostrando que la depresión mayor es un trastorno psiquiátrico universal y que se presenta sin importar raza o grupo étnico, pero que su caracterización epidemiológica varía de acuerdo a las características socioeconómicas, los antecedentes y el grupo poblacional al que se pertenece. Este es el primer estudio realizado en Honduras para establecer la prevalencia de depresión mayor en mujeres mayores de 18 años de dos grupos étnicos: Garífunas y Misquitos, residentes en una comunidad de La Mosquitia. Con este estudio en La Mosquitia se demuestra que en los grupos étnicos existe una prevalencia que requiere suministro de medicamentos antidepressivos en una zona con aislamiento no solo topográfico sino también social y cultural.

AGRADECIMIENTO

Nuestros sinceros agradecimientos a los habitantes de la comunidad de Plaplaya, especialmente a los líderes comunitarios: Doña Sedy Dican, "La Tía", por su hospitalidad y sus atenciones; a la Enfermera Auxiliar Luz Andrea Suazo, por su apoyo tanto en el Centro de Salud como en el trabajo de campo; y a todas las mujeres misquitas y garífunas que sin dudarlo decidieron participar en este estudio.

REFERENCIAS

- Guadarrama L, Escobar A, Zhang L. Bases neuroquímicas y neuro- anatómicas de la depresión. Rev Fac Med UNAM 2006;49(2):66-72.
- Belló M, Puentes-Rosas E, Medina-Mora M, Lozano R. Prevalencia y diagnóstico de depresión en población adulta en México. Salud Pública Mex 2005;47(1):4-11.
- Vicente B, Rioseco P, Saldivia S, Kohn R, Torres S. Prevalencia de Trastornos Psiquiátricos en Latinoamérica: Revisión Crítica. Rev Col Psiqui 2005;34(4):506-14.
- Trejo-Contreras A, Velásquez-Pérez L., Prevalencia y Tendencia de Trastornos Mentales en el Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía, Rev Ecuat Neurol 2007;15(2-3):73-79.
- Kohn R, Levav I, Caldas J, Vicente B, Andrade L, Caraveo-Anduaga JJ, et al., Los Trastornos Mentales en América Latina y el Caribe: Asunto Prioritario para la Salud Pública. Rev Panam Salud Pública 2005;18 (4/5):229-40.
- Sulaiman S, Bhugra D, De Silva P. Síntomas de la Depresión en mujeres de Dubai, un estudio piloto. Rev Eur J Psychiat 2003;17(1):22-32.
- Rickert VI, Wiemann CM, Berenson AB. Ethnic differences in depressive symptomatology among young women. Obstet Gynecol 2000; 95(1):55-60.
- Dunlop DD, Song J, Lyons JS, Manheim LM, Chang RW. Racial/ethnic differences in rates of depression among preretirement adults. Am J Public Health 2003;93(11):1945-52.
- Riolo SA, Nguyen TA, Greden JF, King CA. Prevalence of depression by race/ethnicity: Findings from the National Health and Nutrition Examination Survey III. Am J Public Health 2005; 95(6):998-1000.

10. Kroenke K, Spitzer RL. The PHQ-9: a new depression diagnostic and severity measure. *Psychiat Ann* 2002;32(9):1-7.
11. Organización Mundial de la Salud. Informe sobre la Salud en el Mundo 2001. Salud Mental: nuevos conocimientos, nuevas esperanzas. Ginebra, Suiza: Organización Mundial de la Salud; 2001: 29-30.
12. Gómez-Restrepo C, Bohórquez A, Pinto D, Gil Laverde JFA, Rondón Sepúlveda M, Díaz N. Prevalencia de depresión y factores asociados con ella en la población colombiana. *Rev Panam Salud Pública* 2004;16(6):378-86.
13. Bromberger J. T., Harlow S., Avis N., Kravitz H. M., Cordal A. Racial/Ethnic Differences in the Prevalence of Depressive Symptoms Among Middle-Aged Women: The Study of Women's Health Across the Nation (SWAN). *Am J Public Health* 2004; 94(8):1378-86.
14. Matud M, Guerrero K, Matías R. Relevancia de las variables sociodemográficas en las diferencias de género en depresión. *Intl J Clin Health Psychol* 2006; 6(1):7-21.

ABSTRACT. Background: There are not studies in Honduras about major depression in ethnic groups. The objective of this study was to determine the prevalence of major depression in women over the age of 18 in the community of Plaplaya, Honduran Misquito Coast. **Subjects and Methods:** cross sectional study conducted during January 2009- January 2010 in the entire women population of Plaplaya. Once informed consent was obtained, a structured survey was used during the months of July and August to collect information on background and sociodemographic factors. The cases of major depression were detected using the instrument Patient Health Questionnaire 9 (PHQ-9). **Results:** We identified five out of 84 women surveyed with major depression for a prevalence of 6.0% (IC95% 2.2-13.9). Most of women (52.4%) were in the age group of 18-30 years, 92.9% knew how to read and write, 57.2% had a stable partner (married and in cohabitation) and 53.6% had at least a child less than 10 years of age. In the last six months, 17.9% and 2.4% of the women had consumed alcohol and drugs (marihuana and cocaine), respectively. Violent behavior in the family was experienced by 27.4% of them and 44% said they had suffered some disease. It was determined that being over the age of 50 ($p=0.002$, $OR=27.6$, $IC95\% 2.4-721.9$) and having completed less than six years of study ($p=0.001$) are factors associated with depression. All of the women with major depression said they have difficulties doing their tasks ($p=0.00006$). **Conclusion:** Depression is a universal psychiatric disorder that occurs regardless of ethnic group but with variations in the epidemiological characterization. It is recommended that the Secretary of Health approach this problem in this minority group. *Rev Med Hondur* 2010;78(2):59-112. **Keywords:** Depressive Disorder, Major; Ethnic groups, Women's health.

Apoyemos la ley para el Control del tabaco



31 de Mayo
Día Mundial Sin Tabaco

MANIFESTACIONES CUTÁNEAS DE *CANDIDA ALBICANS* EN PACIENTE CON LEUCEMIA LINFOBLÁSTICA AGUDA

Cutaneous manifestations of Candida albicans in patient with acute lymphoblastic leukemia

Cristian Alvarado^{1,2}

¹Hospital General Regional No. 20, Tijuana, México

²Clínica de Hemato-Oncología, Honduras Medical Center, Tegucigalpa, Honduras



Figura 1



Figura 2

Paciente mexicano masculino de 21 años de edad con cuadro de Leucemia Linfoblástica Aguda. Desarrolló plaquetopenia de 15,000 células, neutropenia de 500 células y lesiones cutáneas consistentes en pápulas y pústulas color púrpura (Fig. 1 y 2). Su evolución clínica fue de deterioro general rápidamente progresivo que requirió manejo en unidad de cuidados intensivos. Las lesiones plantearon un reto diagnóstico. En la biopsia de piel se demostraron levaduras y en el cultivo de tejido se identificó *Candida albicans*. El paciente tuvo una evolución tórpida, falleciendo 48 horas después del inicio de las lesiones cutáneas.

MANEJO DE UNA PERFORACIÓN INVETERADA DE ESÓFAGO TORÁCICO CON PARCHE PEDICULADO DE DIAFRAGMA. INFORME DE CASO Y REVISIÓN DE LITERATURA

*Management of delayed thoracic esophageal perforation with pedicled diaphragmatic patch
Case presentation and review*

Francisco Ayes-Valladares,¹ Luz Tatiana Alvarado²

¹Hospital Escuela, Tegucigalpa, Honduras, ²Hospital y Clínica Adventista. Tegucigalpa, Honduras

RESUMEN. Introducción. La perforación de la porción intra-torácica del esófago es una condición potencialmente mortal y un desafío clínico. **Caso.** Presentamos el caso de un paciente masculino de 41 años de edad con neumotórax total izquierdo y antecedente de siete días antes haber sido sometido a instrumentación endoscópica del esófago para remoción de cuerpo extraño (trozo de carne), sufriendo perforación desapercibida del órgano. Se confirmó una fístula esófago-pleural por perforación desapercibida a 33 cms. de la arcada dental. Fue intervenido, realizándole empiemectomía, lavado y parche pediculado de diafragma por vía postero-lateral izquierda y gastrostomía. Una esofagoscopia realizada en el 20° día post-operatorio mostró cicatrización adecuada sin fuga ni estrechez. **Conclusión.** Se destaca el éxito del procedimiento a pesar de la evolución prolongada de la perforación en este caso. **Rev Med Hondur 2010;78(2):59-112.** **Palabras clave.** Perforación esofágica. Parche pediculado de diafragma.

La perforación de la porción intra-torácica del esófago es una condición potencialmente mortal que hoy día, continúa siendo un gran desafío clínico.^{1,2} Su pronóstico depende básicamente de la etiología y momento del diagnóstico el cual puede ser diferido ya que se basa por mucho, en un alto índice de sospecha y exige dominio de los procedimientos quirúrgicos requeridos.

La etiología más frecuente es la perforación instrumental (durante procedimientos endoscópicos) y el traumatismo penetrante. El manejo depende del sitio y causa de la perforación, tiempo transcurrido, la disrupción de la pleura vecina y el desarrollo de medias-tinitis o empiema. Aquí reportamos un paciente con una perforación esofágica instrumental distal inveterada manejado con parche pediculado de diafragma y enfatizamos en la confiabilidad del procedimiento para estos casos.

PRESENTACIÓN DE CASO

Evalúamos a paciente masculino de 41 años, procedente de San Marcos de Colón, Choluteca, labrador, quien ingresó a la Emergencia de Cirugía del Hospital Escuela con historia de siete días de evolución de disnea progresiva que se volvió incapacitante y que inició poco después de haber sido sometido a esofagoscopia rígida para la extracción de cuerpo extraño (trozo de carne). El paciente acusaba además, dolor retro-esternal persistente de igual evolución.

La placa de tórax mostró un neumotórax total izquierdo. Se le realizó una toracostomía con tubo, mejorando de inmediato su condición ventilatoria. El paciente presentaba además un conteo de total de glóbulos blancos de 12,200 con 8,870 neutrófilos segmentados. No había datos clínicos de sepsis. Poco después se reportó

recuperación de restos alimentarios y pus por el tubo de tórax, lo que alertó sobre la posibilidad de perforación instrumental inadvertida del esófago torácico (Fig. 1) Se inició terapia antibacteriana con oxacilina 2g IV cada 6 horas, cefoxitina 1 g IV cada 6 horas y metronidazol 500 mg IV cada 6 horas.

El esofagograma con medio de contraste hidrosoluble mostró fuga del mismo hacia el espacio pleural izquierdo y la esofagoscopia flexible establece una perforación a 33 cms. de la arcada dental en la pared lateral izquierda del esófago. El paciente fue sometido a cirugía 19 horas después de su ingreso. Se abordó la lesión a través de una toracotomía postero-lateral izquierda en el 6° espacio intercostal. Luego de la empiemectomía y el lavado exhaustivo de la cavidad se valoró la condición del esófago. Los bordes de la perforación se desbridaron cuidadosamente, comprobando que contaban con adecuada irrigación y no existía friabilidad.

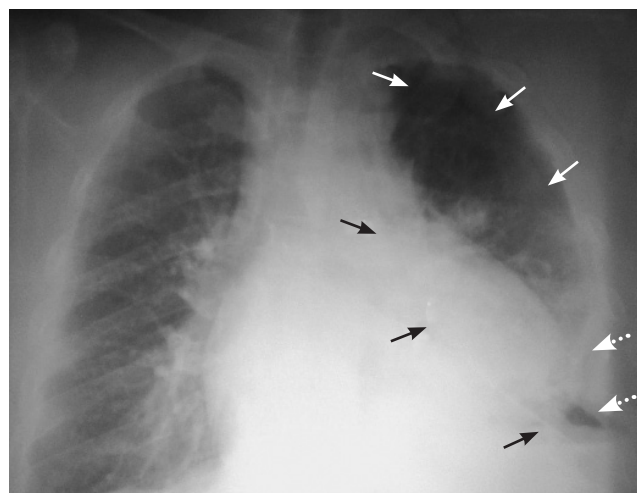


Figura 1. Radiografía de tórax posterior a la toracostomía con tubo, el cual está adecuadamente colocado (flechas negras), la persistencia de neumotórax (flechas blancas) y el desarrollo temprano de empiema (flechas blancas punteadas).

Recibido 11/05/2009, aceptado con modificaciones 30/06/2010

Correspondencia: Dr. Francisco Ayes, Instituto Nacional Cardiopulmonar, Tegucigalpa, Honduras. Correo-E: fayeshn@yahoo.com

Se decidió entonces colocar un parche pediculado de diafragma suturado a los bordes de la perforación sin cierre primario de la mucosa. Para elaborar el parche se realizó un corte de espesor total en el diafragma en forma de huso de unos 12 cm de longitud por 4 cm de ancho con la base a aproximadamente 3 pulgadas del hiato esofágico. Aseguramos la integridad de las ramas del nervio frénico izquierdo. Una vez suturado el diafragma, el flap se unió al esófago a través de los bordes de la perforación y finalmente se fija la base con puntos separados a la pared muscular del mismo asegurando también el cierre del diafragma en la base del pedículo (Fig. 2).

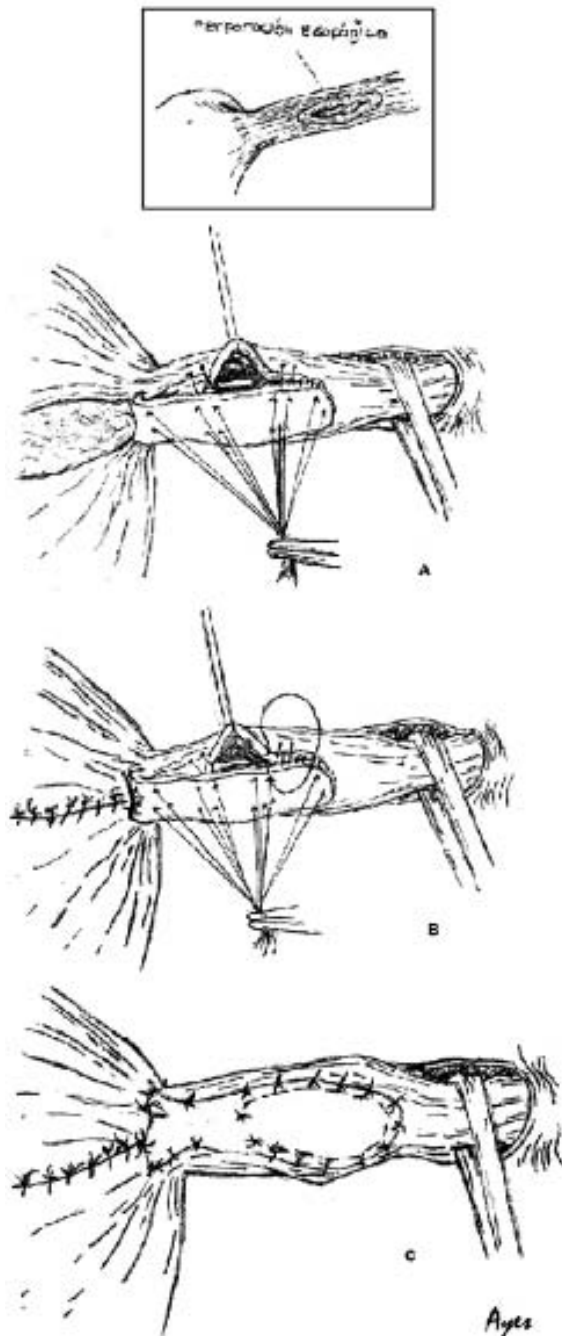


Figura 2. Técnica de elaboración de parche pediculado de diafragma. A) Elaboración del pedículo de espesor total del músculo diafragmático; B) Sutura del pedículo a los bordes de la perforación; C) Fijación del parche al esófago y diafragma.

Una vez realizado el lavado final de la cavidad pleural se colocaron dos tubos por toracostomía; uno con orientación posterior fijado laxamente al domo diafragmático con sutura catgut simple 4-0 con su extremo a varias pulgadas del parche y alejado de la arteria aorta descendente y otro anterior orientado al ápex pulmonar. Se cerró el plano pericostal con vycril 0 y los planos musculares con puntos separados de vycril 00. El cierre de piel se efectuó también con puntadas separadas de nylon 000.

Finalmente, se realizó una gastrostomía con catéter y balón de baja presión de Bard. De inmediato se inició oclritido 0.5 mg S.C. cada 6 horas y ranitidina 50 mg cada 8 horas. Se estableció alimentación por gastrostomía y se retiró el tubo de tórax anterior a las 72 horas posoperatorias, y continuó con alimentación enteral hasta que se restableciera la vía oral y se suspendió el oclritido el 8° día posoperatorio. Para el 13° día posoperatorio el paciente inicia alimentación normal y se suspende el tratamiento antibacteriano.

El 20° día posoperatorios se realizó esofagoscopia de control que evidenciaba cicatrización adecuada sin fuga ni estrechez. Se retiró el tubo de tórax posterior. Los controles radiológicos de tórax fueron normales (Fig. 3).

El paciente egresó el 21° día posoperatorio. Ocho días después de su egreso el paciente fue ingresado nuevamente al hospital con infección de herida quirúrgica y dehiscencia de los bordes de piel y tejido subcutáneo de aproximadamente 10 cm de longitud. El cultivo reportó entero-coco fecalis sensible a oxacilina. El paciente egresó 11 días después con el proceso infeccioso resuelto. Se realizaron controles clínico-radiológicos mensuales y al cuarto mes posoperatorio se realiza nueva endoscopia en la cual se evidenció cicatrización sin estrechez y en este momento se consideró de alta.



Figura 3. Control radiológico previo al egreso. Las flechas muestran la adherencia pleuro-pulmonar. El pulmón expandió por completo.

DISCUSIÓN

El esófago está expuesto a múltiples tipos de trauma que se asocian a la perforación del órgano con la consecuente salida de aire a los tejidos vecinos así como contaminación por secrecio-

nes orofaríngeas plétóricas de micro-organismos aerobios y anaerobios; a menudo hay contaminación concomitante por reflujo de jugo gástrico.¹ La perforación puede ser libre o contenida, o puede fistulizar a una estructura adyacente. Ocasionalmente, la lesión se puede confinar dentro de la pared del esófago, con la destrucción resultante de la mucosa y estrechez subsecuente del órgano. No obstante, tal lesión puede ser suficientemente severa para dar lugar a necrosis total de la pared esofágica.^{1,2} La lesión puede ocurrir en las porciones cervicales (la más frecuente), torácicas, o abdominales del esófago.

Independiente de la porción anatómica del esófago que se lesione, el trauma penetrante puede clasificarse como el provocado internamente (intraluminal) o externamente (extra-luminal). Las lesiones penetrantes intraluminales se separan convenientemente en cuatro categorías: (a) instrumental, (b) lesiones por cuerpo extraño, (c) no instrumentales (barotrauma), y (d) otras causas raras.^{1,2} En el caso presentado, la causa fue instrumental. Las lesiones instrumentales pueden ocurrir durante los procedimientos diagnósticos o terapéuticos que involucran el esófago. La incidencia es baja en esofagoscopias flexible y rígida. En 1969 se reportaba una incidencia del 0.4% pero con la realización cada vez más frecuente del procedimiento flexible la incidencia se ha incrementado significativamente.^{3,4}

Los sitios más frecuentes de perforación corresponden a dos de los sitios de estrechamiento anatómico de la porción torácica del esófago: el extremo distal cuando alcanza el diafragma para unirse al estómago y a nivel del arco aórtico y del bronquio principal izquierdo. La práctica de una biopsia o la dilatación terapéutica puede conducir a la ruptura en el sitio implicado. La ecocardiografía transesofágica se relaciona a perforación en un 0.18%. La perforación por dilatación neumática de la acalasia se ha asociado a perforación en un 20% de los casos y la escleroterapia por varices esofágicas hasta en un 50%.^{1,4}

Independientemente del procedimiento, las manifestaciones clínicas dependen de la localización y extensión de la lesión. El intervalo de tiempo transcurrido entre la perforación y el diagnóstico de la misma tiene importancia desde el punto de vista de la extensión del proceso inflamatorio^{2,5,6} pero contrario al pensamiento tradicional, hoy en día no se considera factor determinante en la conducta terapéutica a seguir o en el pronóstico de la misma.^{7,8} Aunque la perforación del esófago torácico puede conducir inicialmente solo a la contaminación del compartimiento visceral del mediastino, a menudo compromete la pleura mediastinal y contamina el espacio pleural afectado. El lado izquierdo está generalmente involucrado cuando la lesión está en la porción más distal del esófago, la derecha cuando la perforación es proximal. Debido a la necrosis que acompaña a estas lesiones, la infección puede extenderse e implicar otras estructuras adyacentes al mediastino. El pericardio o incluso el sistema nervioso central (SNC) pueden estar involucrados. El compromiso del SNC es raro y se asocia casi siempre a una perforación situada en la porción proximal del esófago torácico.^{1,2}

En pacientes no sospechados de portar una perforación esofágica que se presentan con derrame pleural, la obtención por toracocentesis o toracostomía con tubo de restos alimentarios, Ph del líquido menor de 6.0 ó amilasa positiva contribuyen al diagnóstico.^{4,6,9} La radiografía de tórax revela ensanchamiento mediastinal,

neumomediastino, o aire y/o líquido en cualquiera o ambos espacios pleurales.^{1,4} El 12% a 33% de los casos de perforación de esófago torácico presentan radiografías de tórax de ingreso normales. En pacientes con lesiones de más de 24 horas, el 90% de las radiografías de tórax son sugestivas de perforación.³

Los estudios contrastados con medio hidro-soluble se asocian a falsos negativos en 20% - 25% de los casos por lo que se obtiene mejores resultados con los estudios baritados. La endoscopia como procedimiento diagnóstico único tiene sensibilidad de 80% al 86%. La combinación de los estudios contrastados y la endoscopia eleva la sensibilidad al 96%. La tomografía computarizada (TC) se reserva para casos en que los estudios contrastados no pueden realizarse.^{2,3}

El manejo de la perforación esofágica se basa en cuatro principios básicos: a) eliminar la fuente de contaminación, b) drenaje adecuado, c) terapia antimicrobiana y d) mantener una nutrición adecuada.

Las técnicas por las cuales se alcanzan estas metas varían de acuerdo al estado del esófago (normal o con patología benigna o maligna), a la extensión de la contaminación al mediastino y/o al espacio pleural y al estado nutricional del paciente previo a la perforación. El tiempo transcurrido al diagnóstico de la lesión es menos importante de lo que se pensó en el pasado.^{3,10}

La mayoría de los cirujanos recomiendan intervención quirúrgica inmediata a excepción de condiciones inusuales en las que se puede ensayar manejo conservador (perforaciones crónicas, o contenidas con mínimo o ningún signo de sepsis o lesiones que drenan el medio de contraste de nuevo hacia el lumen esofágico). Las medidas generales incluyen sonda nasogástrica, antibióticos de amplio espectro y soporte nutricional enteral o parenteral.^{6-8,11}

Las opciones quirúrgicas disponibles son: cierre primario reforzado (parche de pleura, pericardio, pedículo intercostal o diafragmático), resección esofágica, drenaje (conducción de fistula), drenaje con tubo "T", exclusión y derivación. La selección del procedimiento idóneo para cada caso depende de la localización de la perforación. Perforaciones pequeñas y contenidas en el esófago torácico por arriba de la carina (T5) podrían manejarse con drenaje por vía cervical. El acceso a una perforación del tercio medio del esófago torácico es a través de una toracotomía derecha. Para las perforaciones distales de la porción torácica, se prefiere el abordaje postero-lateral izquierdo en el 7° espacio intercostal. La laparotomía media es la incisión de elección en caso de lesiones de esófago abdominal.^{1,2,12}

El cierre primario es la elección en un esófago sano. Es imperativo el desbridamiento de tejido necrótico y la miotomía para exponer completamente la mucosa lesionada. Adicionalmente es recomendable el lavado vigoroso del área contaminada y el drenaje. La exposición incompleta de la mucosa es causa de fistula, aumentando la morbilidad y el tiempo de hospitalización. En caso de diagnóstico diferido, el tamaño de la lesión, el grado de contaminación, la extensión del edema y la necrosis y la fiabilidad de la capa muscular del esófago determinan el curso terapéutico.^{8,9,12}

La fuga posterior al deterioro del cierre primario motivó el desarrollo de refuerzos a la sutura (parche de pleura, pericardio, pedículo intercostal, diafragmático, de epiplón, musculo pectoral o dorsal ancho para las perforaciones torácicas y de músculos pre

tiroideo o esternocleidomastoideo para las lesiones cervicales). Algunos autores prefieren el cierre meticuloso de la mucosa antes de colocar el parche, alegando un índice de fugas del 25% al 50%. Pero en la actualidad, se prefiere suturar el parche a los bordes de la perforación del esófago evitando así, disminuir el diámetro y minimizando el riesgo de estrechez post-operatoria.¹²⁻¹⁴

Para lesiones severas imposibles de reparar al momento del diagnóstico, se ha ideado la conducción controlada de una fistula con un tubo "T" dando así tiempo para la recuperación de los tejidos. Una complicación de este procedimiento es la formación de una fístula crónica.^{11,12} Por último, los procedimientos de exclusión y derivación se confinan a los casos críticos en los que el paciente

exige resolución rápida (sepsis no controlada, falla multi-orgánica),^{6,12,14}

En resumen, la perforación esofágica es una condición severa difícil de diagnosticar y tratar. La mayoría de los casos son secundarios a instrumentación y trauma penetrante y la mortalidad es de más del 20%. El diagnóstico y tratamiento temprano contribuyen a reducir la mortalidad hasta en un 50%. Pacientes seleccionados pueden beneficiarse de tratamiento no quirúrgico. El manejo quirúrgico óptimo es el cierre primario reforzado y actualmente, las lesiones inveteradas (más de 24-48 horas) si la condición del paciente lo permite, son manejadas de igual manera. El uso de parches pediculados ha demostrado ser seguro y efectivo en esta condición.¹²⁻¹⁴

REFERENCIAS

1. Shields, TW.; LoCicero, J; Ponn, R B; Rusch, VW. General Thoracic Surgery, 6th ed. Lippincott Williams & Wilkins; 2005: 2097-2122.
2. Feliciano D, Mattox K, Moore EE. Trauma 6th ed. McGraw-Hill 2008: 562-567
3. Brinster CJ, Singhal S, Lee L, Marshall MB, Kaiser LR, Kucharczuk JC. Evolving Options in the Management of Esophageal Perforation. Ann Thorac Surg 2004;77:1475- 83.
4. Braghetto-M; I, Rodríguez-N; A, Csendes-J; A, Korn-B; O. Perforación esofágica. Experiencia clínica y actualización del tema. Rev Méd Chile 2005; 133: 1233-1241.
5. Elvir-Madrid N, Ayes-Valladares F, Ordóñez-Rubio D. Lesiones penetrantes de esófago torácico producidas por arma de fuego. reporte de 6 casos. RevMed PostUNAH Vol 4 No. 3 Sept.-Dic, 1999: 209-212.
6. Rodríguez-N A, Braghetto-M I, Csendes-J A, Díaz-J JC, Korn-B O, Burdiles-P P, Maluenda F Resultados actuales del manejo de la perforación esofágica. rev. chilena de cirugía. vol. 56 - no 6 diciembre 2004: 539-544.
7. Cooke DT, Lau CL. Primary Repair of Esophageal Perforation Operative techniques in thoracic and cardiovascular surgery. Vol. 13, N° 2, 2008:126-137.
8. Varizi M, Kadkhodaii H. Reinforced Primary Repair in Delayed Thoracic Esophageal Perforation. Shiraz E-Medical Journal Vol. 8, No. 1, January 2007: 33-37.
9. Yadav TD, Kaushik R. Repair of iatrogenic oesophageal perforation using a vascularized diaphragmatic flap. Trop Gastroenterol. 2002 Jan-Mar;23(1):41-2.
10. Scheinin SA, Wells, PR. Esophageal Perforation in a Sword Swallower. Tex Heart Inst J. 2001; 28(1): 65-68.
11. Bufkin BL, Miller JI Jr, Mansour KA. Esophageal perforation: emphasis on management. Ann Thorac Surg 1996;61:1447-52.
12. Morales, C. H; Uribe, J. A; Gómez, F. Factores pronóstico en perforaciones esofágicas Rev. colomb. cir;16(1):16-20, mar. 2001.
13. Paulo NM, Miranda W, Bueno Atayde I, Távora de Siqueira Junior J, Rennó Azevedo EM, Gontijo de Lima F, Guimarães Franco L, Custódio Faria CM. Reconstruction of thoracic esophagus with pediculated diaphragmatic flap in dogs. Acta Cirúrgica Brasileira - Vol 22 (1) 2007 8-11.
14. Mineo TC, Ambrogi V. the diaphragmatic flap: a multiuse material in thoracic surgery j thorac cardiovasc surg 1999;118:1084-1089.

SUMMARY. Introduction. Thoracic esophageal perforation is a potentially fatal condition and a clinical challenge. **Case.** We report a 41-year-old male patient with a complete left pneumothorax and history of endoscopic instrumentation of the esophagus seven days earlier for removal of strange body (piece of meat), a pleuro-esophageal fistula secondary to an unnoticed perforation of the organ at 33 cm. from the dental arcade was confirmed. The patient underwent surgery performing an empye-mectomy, throughout pleural wash and a pedicled diaphragmatic patch through a left postero-lateral route and gastrostomy. Esoph-agoscopy performed in the 20th postoperative day showed adequate healing without licking or narrowing. **Conclusion.** We emphasize the success of the procedure in spite of the long evolution of the perforation in this case. **Rev Med Hondur 2010;78(2):59-112.**

Keywords. Esophageal perforation. Pedicled diaphragmatic patch.

ATROFODERMIA DE PASINI Y PIERINI UNILATERAL

Unilateral Atrophoderma of Pacini and Pierini

Karla Ortiz Paredes, Verónica Meléndez Oviedo

Servicio de Dermatología del Hospital Escuela, Tegucigalpa, Honduras

RESUMEN. Introducción. La atrofodermia idiopática de Pasini y Pierini es una atrofia dérmica de etiología desconocida que en la mayoría de los casos se localiza en el tronco y el abdomen. El diagnóstico clínico es difícil por la infrecuencia de cuadro y su semejanza con otras patologías, pero su histología es característica. **Caso Clínico.** Se describe el cuadro clínico e histológico de esta patología en una paciente de tres años de edad quien presentó una lesión atrófica, grisácea, unilateral, localizada en muslo izquierdo, con 5 meses de evolución. El estudio histológico reveló hialinización y esclerosis del colágeno compatible con Atrofodermia de Pasini y Pierini. **Conclusión.** Este caso se reporta por su presentación morfológica e histopatológica típica de esta patología, pero atípica por la edad de la paciente y por la localización anatómica. *Rev Med Hondur* 2010;78(2):59-112.

Palabras Clave: Atrofia, Piel, Morfea, Esclerodermia localizada.

INTRODUCCIÓN

La atrofodermia de Pasini y Pierini es una dermatosis primaria con atrofia dérmica de naturaleza incierta que causa desfiguración de la zona afectada. Se considera es una variante atrófica primaria no esclerosada o indurada de esclerodermia localizada asintomática.^{1,2} Existe una clasificación simple que la divide en Atrofodermia de Pasini y Pierini verdadera y Atrofodermia de Pasini y Pierini relacionada con morfea.^{3,4}

En 1923, Pasini denominó a esta entidad como "atrofodermia progresiva idiopática", proponiendo que se trataba de una entidad nosológicamente distinta a la esclerodermia localizada. Desde 1936, Luis Pierini y col. estudiaron esta condición y su posible asociación con esclerodermia localizada. En 1958, Canizares sugirió que se denominara a esta patología como Atrofodermia de Pasini y Pierini.^{4,5}

La Atrofodermia de Pasini y Pierini es una dermatosis infrecuente que inicia más comúnmente entre la segunda y tercera década de la vida, con una media de 30 años. Su distribución anatómica es usualmente bilateral y simétrica, localizada principalmente en espalda baja, pero también en otros sitios como tórax, brazos y abdomen. Es infrecuente que afecte las extremidades inferiores. Se ha documentado su asociación con liquen escleroso y atrófico, esclerodermia localizada, progresiva y sistémica.^{1,5,6}

Se consideró publicar este caso clínico debido a que es una dermatosis infrecuente además con presentación clínica atípica por la edad de la paciente evaluada y por la distribución y localización anatómica de la lesión. Esta patología puede estar asociada a otras enfermedades sistémicas y es necesario conocerla para poder hacer la consideración diagnóstica clínica, estudios pertinentes, manejo y seguimiento adecuado.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Se evaluó a paciente femenina de tres años de edad, procedente de la capital del país, sin antecedentes familiares similares ni

antecedentes de viajes fuera de la ciudad. Se presentó por primera vez a la consulta dermatológica con lesión de 5 meses de evolución, progresiva, caracterizada por placa unilateral deprimida, de bordes bien definidos, ovalada, de 4cm de diámetro, hipopigmentada pero con zonas de coloración grisácea, localizada en dorso de muslo izquierdo. Al tacto, su superficie era suave, no esclerosada y lisa. La lesión era asintomática y sin historia de tratamientos previos (Fig. 1).

Se consideró el diagnóstico clínico de Atrofodermia de Pasini y Pierini versus esclerodermia en placa. Se realizó biopsia en sacabocado de la lesión y de piel sana para estudio histopatológico. En la biopsia de la piel lesionada se observó la epidermis sin alteraciones, la dermis no se encontró engrosada y estaba compuesta por haces de colágeno gruesos, compactos y hialinizados, con un leve infiltrado mononuclear perivascular, estructuras foliculares discretamente atróficas y cortes del conducto ecrino sin alteraciones. Estos hallazgos histológicos fueron compatibles con Atrofodermia de Pasini y Pierini (Fig. .2).

DISCUSIÓN

El caso de Atrofodermia de Pasini y Pierini presentado corresponde a una paciente femenina de tres años de edad, quien presentó una lesión asintomática de características morfológicas típicas pero a una edad, distribución y localización de la lesión poco frecuente. La etiología de la Atrofodermia de Pasini y Pierini es desconocida,⁷ aunque muchos estudios recientes sugieren un vínculo entre atrofodermia y esclerodermia en placa o Morfea.⁸

La Atrofodermia de Pasini y Pierini tiene un comienzo insidioso, predomina en mujeres con una relación de 10:2; por lo general afecta a personas entre la segunda y tercera década de la vida y es rara en la infancia y la vejez.^{2,9,10} Esto contrasta con la paciente que presentamos, quien era una niña de tres años de edad. Se conoce que las lesiones en esta patología son placas deprimidas, color café grisáceo, de formas redondeadas u ovales, superficie suave y lisa, bordes bien demarcados, que dan un aspecto de "plato invertido".¹¹

Ocasionalmente se ha reportado un aspecto escleroso y duro al tacto en el centro de las placas.¹¹ Su tamaño varía de 2 a 15 cm

Recibido 11/6/2010, aceptado con modificaciones menores 12/6/2010

Correspondencia: Dra. Karla Ortiz, Servicio de Dermatología, Hospital Escuela, Tegucigalpa, Honduras. Correo-E: bellotaop@yahoo.es

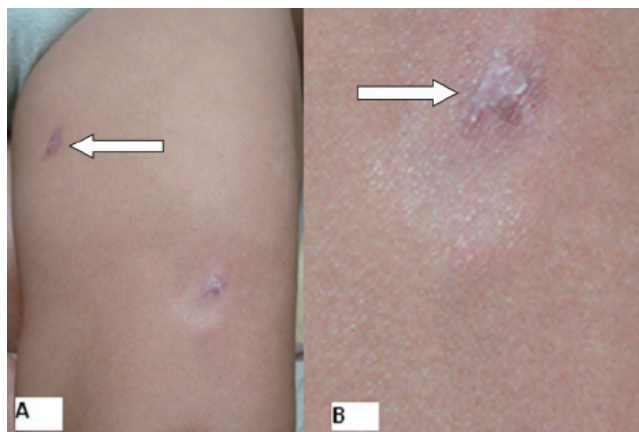


Figura 1 A. Placa atrófica en cara anterior de muslo izquierdo (flecha es el sitio de biopsia de piel normal). B. Placa de 4cm de diámetro hipo pigmentada con zonas hipo e hiperpigmentadas (la flecha indica el sitio de biopsia de piel lesional).

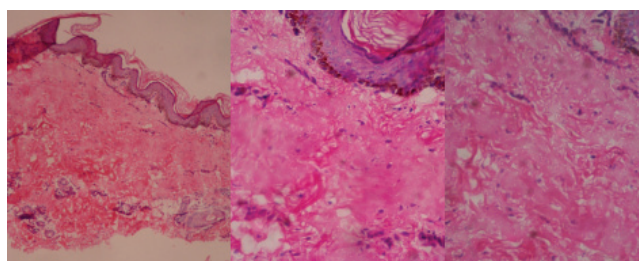


Figura 2. Microfotografía de histopatología que muestra la dermis con haces de colágeno gruesos, compactos y en zonas hialinizadas.



Figura 3. Lesión posterior a 2 meses de tratamiento; hay menor atrofia y cambios de coloración.

y pueden confluir. Dichas lesiones suelen ser asintomáticas y se localizan en el tronco particularmente en la espalda (región lumbosacra). La afectación en extremidades y facial es rara; como el caso de nuestra paciente, quien presentó la lesión en el muslo. La distribución de este tipo de atrofodermia a menudo es bilateral y simétrica, aunque se han informado casos de distribución unilateral,¹³ similares al caso de la niña que es objeto de este artículo.

Aunque es una dermatosis con características clínicas propias que permiten sospechar el diagnóstico, son los hallazgos histopatológicos los que confirman el diagnóstico final de la Atrofodermia de Pasini y Pierini. Estos hallazgos consisten en una epidermis normal o atrófica, con hiperpigmentación de la capa basal; en dermis papilar y media en la que se observa un infiltrado inflamatorio perivascular de linfocitos, histiocitos y células plasmáticas. En la dermis se observa reticular homogenización y edema del colágeno en los estadios tempranos y en las etapas tardías predomina la esclerosis del colágeno.

Se recomienda que se incluya en la biopsia un margen adecuado de piel normal, debido a que las alteraciones son sutiles y pueden pasar desapercibidas al patólogo.^{2,8,14} En la biopsia realizada a nuestra paciente las características histopatológicas observadas fueron compatibles con Atrofodermia de Pasini y Pierini. El diagnóstico diferencial de esta patología incluye lesiones típicas de esclerodermia localizada o morfea,^{15,16,17} lesiones de atrofodermia lineal de Moulin y otros menos probables como dermatofibrosarcoma protuberans atrófico, liquen escleroso y atrófico, lesiones cicatrizales, hipo o hiperpigmentación residual y anetoderma. En nuestra paciente se consideró como primer diagnóstico diferencial la morfea, todos los otros diagnósticos fueron descartados por la histopatología.¹⁴

El curso de esta entidad es progresivo, crónico y benigno y hasta la actualidad ningún tratamiento empleado ha mostrado ser plenamente eficaz. Algunos pacientes mejoran con corticosteroides tópicos, antibióticos y antimaláricos. La hidroxicloroquina se ha descrito como una opción terapéutica en pacientes con atrofodermia de Pasini y Pierini refractaria al tratamiento.¹⁸ Hay algunos reportes anecdóticos de respuestas a amino benzoatos de potasio. El láser de Alejandrita es útil en el control de lesiones hiperpigmentadas^{14,15} y el tratamiento quirúrgico no ha tenido buena respuesta. Nuestra paciente fue manejada con calcipotriol y betametasona con buena respuesta (Fig. 3).

REFERENCIAS

- Yokoyama Y, Akimoto S, Ishikawa O. Disaccharide analysis of skin glycosaminoglycans in atrophoderma of Pasini and Pierini. *Clinic Exp Dermatol* 2000;25:436-40.
- McKee PH, Calonje E, Granter S. *Pathology of the skin with clinical correlation*. 3rd Ed. Philadelphia, USA: Elsevier Mosby; 2005:p.821-22.
- Posada T, Santacoloma JN. Atrofodermia de Pasini y Pierini: artículo de revisión. *Rev Cent Dermatol Pascua* 1999;8(3):142-6.
- Canizares O, Sachs P, Jaimovich L. Idiopathic atrophoderma of Pasini and Pierini. *AMA Arch of Dermatol* 1958;77:44-60.
- Weiner M, Gant J. Idiopathic atrophoderma of Pasini and Pierini. *AMA Arch of Dermatol* 1959;80:195-7.
- Achenbach RE, Kisanuki H, Gail L. Morfea unilateral. Variedad atrofodermia de Pasini y Pierini. *Comunicación de 2 casos. Rev. Argentina Dermatologica* 2003;9(4):20-3.
- Pullara T, Clifford W, Lobfr M, Fenske N. Idiopathic Atrophoderma of Pasini and Pierini. *Int J of Dermatology* 2000;45:642-5.
- Saleh Z, Abbas O, Dahdah MJ, Kibbi AG, Zaynoun S, Ghosn S. Atrophoderma of Pasini and Pierini: a clinical and histopathological study. *J Cutan Pathol* 2008;35:1108-14.
- Ljubka M, Miroslava K. Unilateral idiopathic atrophoderma of Pasini and Pierini. *Int J of Dermatology* 2006;45:1369-70.
- H Amano, Nagai Y, Ishikawa O. *Europ Acad of Dermatol and Venereol* 2007;21:1253-1302.
- González A, López RM, Ramosa M, Romána M, González M. Atrofodermia idiopática de Pasini y Pierini: Estudio de cuatro casos. *Actas Dermosifiliogr* 2005;96(5):303-6.
- Gina A, Patrice M, Hydtth, Lee B. Unilateral congenital linear atrophoderma of the leg. *Ped Dermatol* 2005;22(4):350-54.

13. Abe T, Ochiai A, Kawamura R, Muto Y, Hirano Y, Ogawa. Progressive idiopathic atrophoderma of Pasini and Pierini: the evaluation of cutaneous atrophy by 13-MHz B-mode ultrasound scanning method. *Clinic Exp Dermatol* 2006;31:452-82.
14. Miteva L, Kadurina M. Unilateral idiopathic atrophoderma of Pasini and Pierini. *Int J Dermatol* 2006;45:1391.
15. Arpey J, Dipa S, Stone S, Qiang S, Moore K. Treatment of Atrophoderma of Pasini and Pierini-Associated hyperpigmentation with the Q-Switched Alexandrite laser: A clinical, histologic, and ultrastructural. *Lasers in Surg and Med* 2000;27:206-12.
16. Lacour M. Buschke-Ollendorff syndrome, Marfan's syndrome, Osteogenesis Imperfecta, Anetodermas and Atrophodermas. In: Harper J, Oranje A, Prose N, editors. *Textbook of Pediatric Dermatology*. 2Ed. Oxford: Blackwell Science, 2006: p.1671-88.
17. Pascual-Castroviejo I, Ruggieri M. Focal dermal hypoplasia syndrome (Goltz syndrome). In: Ruggieri M, Pascual-Castroviejo I, Di Rocco C, Editors. *Neurocutaneous disorders. Phakomatoses and Hamartoneoplastic Syndromes*. Wien/ New York: Springer Verlag, 2008:879-86
18. Carter J, Valeriano J, Frank B, Vasey. Hydroxychloroquine as a treatment for atrophoderma of Pasini and Pierini. *Int J Dermatol* 2006;45:281-83.

ABSTRACT. Introduction. The Idiopathic Atrophoderma of Pasini and Pierini is a dermal atrophy of unknown etiology, occurring mostly in the trunk and abdomen. Clinical diagnosis is difficult because cases are rare and similar to other diseases; however, the histology is characteristic.

Clinical case. Here we describe the clinical and histological case in a three year-old female patient with a five-month history of an atrophic, gray unilateral plaque localized in the left thigh. The histological examination revealed hyalinization and sclerosis of collagen, findings compatible with Atrophoderma of Pasini and Pierini. **Conclusion.** This case is reported because of the typical morphological and histopathological presentation of this disease, but atypical for the patient's age and anatomical location. **Rev Med Hondur** 2010;78(2):59-112.

Keywords: Atrophy, Skin, Morphea, Localized Scleroderma.

¿NO LE LLEGA LA REVISTA?

Por aspectos financieros, el tiraje de la revista es limitado. Asegúrese de estar al día en sus cuotas de colegiación y de informar a las oficinas del Colegio Médico sobre su dirección exacta. Recuerde que en algunas regiones al interior del país, Ud. debe reclamar la revista en la oficina de la Delegación del Colegio.

FORMATO DE ACTUALIZACION DE DATOS

Nombre: _____ No. Colegiado: _____

Dirección para correspondencia: _____

Dirección de trabajo: _____

Tel. en residencia: _____ Tel. en trabajo: _____ Celular: _____

Correo Electrónico: _____

Para confirmar que usted está en la lista de distribución de la revista comuníquese a las oficinas del Colegio Médico de Honduras:

Colegio Médico de Honduras

Centro Comercial Centro América, Blvd. Centro América, Tegucigalpa, Honduras

Tel. 232-6763, 231-0518, Fax 232-6573

cmhdon@yahoo.com y revistamedicahon@yahoo.es

COMORBILIDAD TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN CON HIPERACTIVIDAD (TDAH) Y EPILEPSIA

Comorbidity of attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) and epilepsy

Eduardo Barragán-Pérez,^{1,3} Reyna M. Durón,^{2,4} Andrés Kanner,⁵ Marilisa Mantovani Guerreiro,^{2,6} Eneida Porras,^{2,3} Héctor Rodolfo Benavente,^{2,7} Marisela Hernández,^{2,3} Jaime Ramos⁸

¹Grupo de Expertos Nacionales para el Estudio del Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad de México (GENPETDAH, A.C.)

²Mesa de Epilepsia. Liga Latinoamericana Para el Estudio del Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (LILAPETDAH)

³Departamento de Neuropediatría, Hospital Infantil de México FG, México

⁴Centro de Neurología y Epilepsia, Centro Médico Lucas, Tegucigalpa, Honduras

⁵Department of Neurological Sciences, Rush Epilepsy Center, Rush University Medical Center, Chicago, Illinois, USA

⁶Departamento de Neurología, Universidad Estatal de Campinas, FCM/Unicamp, Campinas, SP, Brazil

⁷Sociedad Argentina de Neurología Infantil

⁸Departamento de Encefalografía, Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía "Manuel Velasco Suárez", México

RESUMEN. Introducción. El presente artículo describe la relación del Trastorno de Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH) con la epilepsia de forma bi-direccional. **Fuentes.** Revisión en PubMed sobre datos de esta comorbilidad en las últimas dos décadas. **Desarrollo.** El TDAH puede coexistir con epilepsia y la prevalencia de la comorbilidad es tres a cinco veces mayor. Esto puede deberse al efecto de las crisis epilépticas o al efecto del tratamiento antiepiléptico. Los debates continúan sobre la naturaleza del TDAH en epilepsia, la relevancia de los hallazgos encefalográficos en TDAH y sobre las opciones terapéuticas de esta comorbilidad. Los psicoestimulantes, especialmente el metilfenidato, siguen siendo tratamientos de elección a pesar del riesgo mínimo de aumento de la frecuencia de crisis. Por otro lado, los niños con epilepsia tienen un riesgo significativo de problemas de atención o hiperactividad (30 a 40% de los casos), siendo los problemas de atención más comunes que la hiperactividad. Entre las causas principales se encuentran factores psicosociales y efectos secundarios de medicamentos antiepilépticos. **Conclusión.** El tratamiento incluye intervenciones psicoeducativas y medicamentos. Se discuten las opciones diagnósticas y terapéuticas. **Rev Med Hondur 2010;78(2):59-112.**

Palabras clave: epilepsia, TDAH, inatención, hiperactividad, electroencefalograma, tratamiento.

Debe considerarse que existen múltiples factores que pueden afectar la atención y la modulación del impulso y la actividad física en los pacientes pediátricos con epilepsia y su reconocimiento repercute en los diferentes apoyos terapéuticos que estos necesitan.¹⁻³ El TDAH es una alteración neurobiológica crónica que se origina en la niñez, afectando áreas conductuales y cognitivas en distintas etapas de la vida.⁴⁻⁶ El TDAH se presenta con una incidencia del 5-15% en niños en edad escolar.^{7,8} Sin embargo, existe una gran variedad de enfermedades que pueden cursar con inatención o hiperactividad, entre las cuales se encuentra la epilepsia.^{6,9,10}

Se ha reportado que existe comorbilidad TDAH – epilepsia entre el 20% y 30% de los casos, siendo el subtipo inatento (TDAH-I) el descrito con mayor frecuencia, a diferencia de la población general donde se encuentra el subtipo combinado (TDAH-C) con una predominancia del 54% al 70%.^{8,11,12} Las estadísticas varían según la metodología de los estudios. A este respecto, consideramos que existen básicamente dos formas de ver la asociación entre estos trastornos (Fig. 1). Por un lado, la relación que existe entre el TDAH y la epilepsia¹³ y por otro lado, los problemas de atención que existen en los pacientes con epilepsia.^{2,3} Estos dos puntos serán abordados de manera diferente, ya que al parecer tienen implicaciones diversas.

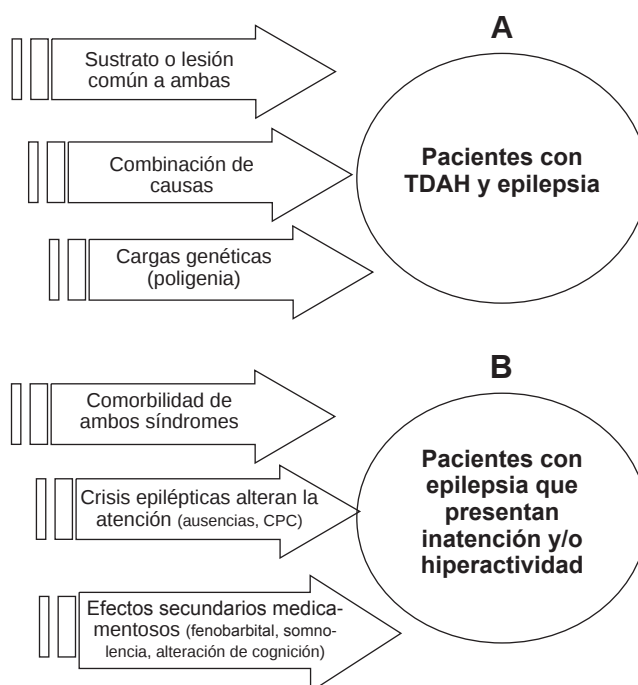


Figura 1. Dos escenarios a considerar para la comorbilidad TDAH/epilepsia.

Recibido 25/3/2010, aceptado con modificaciones 25/04/2010

Correspondencia: Dr. Eduardo Barragán, Hospital Infantil de México.

Correo-E: neurodoc@prodigy.net.mx

PACIENTES CON TDAH EN COMORBILIDAD CON EPILEPSIA

Existe evidencia de una relación bidireccional entre estas dos entidades.^{10,14} Harvey et al repararon en un estudio población realizado en Islandia donde niños con TDAH presentaban un riesgo 2.5 veces mayor de desarrollar epilepsia.¹⁵ El tipo de TDAH asociado con este mayor riesgo fue el TDAH-I.¹⁶ Evaluando desde el punto de vista del grupo de pacientes con TDAH, se ha descrito presencia de epilepsia como comorbilidad en al menos 1% de los casos.^{8,13} Esto parece sugerir que es infrecuente encontrar sintomatología y expresiones fenomenológicas epilépticas en estos pacientes. Dunn ha reportado que entre un grupo de pacientes escolares estadounidenses con TDAH había mayor predisposición de padecer epilepsia que la población general y que en los pacientes tratados por TDAH disminuye este riesgo.¹⁶ A pesar de que se han descrito algunas anomalías en el electroencefalograma (EEG) de los pacientes con TDAH, la presencia de actividad epiléptica franca se reporta de forma aislada. En el Hospital Infantil de México, se ha reportado porcentajes bajos incluso alrededor del 1% del número de pacientes con TDAH que presentaban anomalías epilépticas en el EEG sin correlación clínica.⁸

Hasta la fecha en la literatura mundial se sostiene que el subtipo de TDAH que se asocia más con epilepsia es el TDAH-I.³ Esto puede tener varias explicaciones. Algunas crisis epilépticas de la niñez como la epilepsia de ausencias pueden manifestarse con inatención. Asimismo, los niños que reciben antiepilépticos pueden ser inatentos o aún hiperactivos debido a efecto secundario medicamentoso, así como una prevalencia relativamente alta de TDAH en pacientes con epilepsias generalizadas primarias, incluyendo las ausencias de la infancia y juveniles.^{17,18} La ocurrencia de anomalías epileptiformes en pacientes con TDAH podría sugerir un sustrato común entre este trastorno y la epilepsia, así como un factor de susceptibilidad neuronal para el desarrollo de crisis epilépticas.

Otro aspecto a considerar es que el TDAH y la epilepsia comparten factores similares de riesgo (daño perinatal, enfermedades del neurodesarrollo, neuroinfecciones, etc.).¹⁹ Sin embargo estos hallazgos contradicen el origen biológico-genético de la enfermedad a diferencia de lo reportado en otros estudios, lo cual apoya esta última teoría implicada en la etiología de la enfermedad en cuestión. Los hallazgos previamente reportados son reflejo de que no se consideraron otros factores inherentes a la epilepsia como la edad de inicio, el tipo de crisis y síndrome epiléptico, duración y frecuencia, así como el tipo y asociación de fármacos antiepilépticos, lo cual contribuyen de manera significativa al deterioro cognitivo de los pacientes.²⁰⁻²²

La evidencia indica que en la mayoría de los pacientes con TDAH, en quienes existe una clara sintomatología de neurotransmisores dopaminérgicos y norepinefrínicos, no hay un riesgo alto para la presencia de crisis convulsivas.^{8,12} A pesar de esto, se ha reportado varios hallazgos electrofisiológicos en pacientes con TDAH, especialmente lentificación de los ritmos de fondo, ondas theta en regiones frontales y en la gran mayoría de los casos, actividad epileptiforme en forma de ondas agudas ocasionales. El EEG cuantificado y el mapeo cerebral indican también la presencia de lentificación de la actividad cerebral, principalmente en áreas frontales.^{23,24}

Los potenciales cognitivos de larga latencia muestran amplitudes disminuidas y latencias más prolongadas en los niños con TDAH, especialmente sus componentes N200 y P300.²⁵ Las características de la latencia y amplitud de estas respuestas se han relacionado con la sintomatología del paciente. Por otro lado, el tratamiento con metilfenidato se ha asociado a cambio o normalización de los hallazgos descritos.²⁶⁻²⁸ Sin embargo, no existe evidencia suficiente de un patrón electroencefalográfico específico relacionado al TDAH.

EPILEPSIA EN COMORBILIDAD CON HIPERACTIVIDAD Y TRASTORNOS DE LA ATENCION

Existe una creciente preocupación por los problemas de atención, aprendizaje y conducta en los pacientes pediátricos con epilepsia, especialmente debido al involucramiento de un cerebro en pleno desarrollo. Al parecer los pacientes con epilepsia tienen un mayor riesgo de presentar problemas de atención, aprendizaje y TDAH que la población general. Algunos estudios indican que del 16% al 50% de los niños con epilepsia pueden manifestar bajo rendimiento académico, el cual se ha corroborado con pruebas de inteligencia que muestran disminución en el puntaje en el área verbal y motora y en un 30% en el área de conducta.^{8,11,12,29}

La etapa del desarrollo donde repercute con más frecuencia la epilepsia infantil es en el período escolar.³⁰ Los principales mecanismos cognitivos básicos alterados son: el tiempo de reacción, la atención y la memoria, además de disfunciones corticales específicas.^{31,32} La propia lesión, tal como se ha visto en algunas displasias corticales, puede ser por sí misma responsable de la disfunción.³³ El Cuadro 1 resume el efecto de los diferentes tipos de crisis epilépticas en la atención del paciente con epilepsia.

La atención depende de varias regiones del sistema nervioso central, así la atención sostenida se encuentra ubicada en las regiones frontoparietales, principalmente del lado derecho; la atención selectiva se encuentra en el área cingulada anterior y la atención dividida de manera principal en la corteza prefrontal del lado derecho.³³⁻³⁵ Por lo tanto, cualquier actividad anormal que desajuste el funcionamiento de estas zonas provocará posiblemente una problemática en el funcionamiento de la región reguladora. Esto se ha demostrado en pacientes con epilepsia, los cuales tienden a presentar mayores alteraciones en la capacidad de sostener la atención (mayor en los que presentan una actividad epiléptica del hemisferio derecho o un foco rolándico o central bilateral) así como en pacientes con epilepsias de origen mesial frontal o como indica-

Cuadro 1. Expresión de las crisis epilépticas en la atención del paciente.

Tipo de Crisis	Expresión	Mecanismo
Ausencias	Inatención	Duración y frecuencia de crisis y status de tratamiento
Parciales rolándicas (EBPCT)	Inatención	Interferencia de actividad interictal sobre la actividad hemisférica derecha incluyendo atención
Parciales complejas	Inatención	Duración prolongada, frecuencia y daño estructural hipocampal
Status epilepticus	Inatención	Asociada a daño hipocampal

mos anteriormente, epilepsias generalizadas primarias, las cuales causan trastornos del lóbulo frontal.³⁵

Los pacientes con TDAH más crisis parciales tienden a tener más dificultades en las evaluaciones neuropsicológicas como el TOVA. Se ha demostrado que los niños con una crisis de inicio nuevo son similares a sus controles en la velocidad motriz pero presentan más errores sobre la atención sostenida y se observó que el 39% de los pacientes con epilepsia parcial o crisis concurrentes presentaban impulsividad.³⁶ Algunos autores han descrito que puede existir un incremento en la frecuencia de TDAH en pacientes con epilepsia hasta del 37%, especialmente en las epilepsias generalizadas.

Algunos otros autores han descrito que la frecuencia de TDAH en epilepsia es del 14% y Dunn reporta un 11.4% en la población.¹⁶ Esta frecuencia se incrementa en pacientes con crisis parciales hasta en un 36%, sin diferencia entre sexos como se observa en la población general. Algunos autores refieren que se puede observar síntomas de inatención e hiperactividad hasta en un 58% de los pacientes con epilepsia. Los niños con epilepsia tienen un riesgo mayor para presentar cuadros psicopatológicos, incluyendo diversos problemas conductuales incluyendo el TDAH.^{36,37} La frecuencia de dicho trastorno en la epilepsia es de 3 a 5 veces mayor que en población general.^{16,37}

Un estudio piloto en Honduras (R. Durón y F. Ramírez, no publicado), evaluó los trastornos de atención e hiperactividad en 39 pacientes con epilepsia, con promedio de edad de 8.5 años (rango 3 a 17 años), 64% del sexo masculino. El 80% tenía crisis parciales con o sin generalización secundaria, 18% crisis generalizadas por epilepsia idiopática y en 5% las crisis no estaban completamente clasificadas. El 62% se debía a causas identificadas, 23% la causa era genética y en 15% no se estableció la causa. La Figura 2 muestra la presencia o ausencia de comorbilidad de problemas de atención/hiperactividad con epilepsia. El 77% de pacientes con epilepsia presentaron problemas de inatención y conducta, con causas variando desde el clásico trastorno de TDAH hasta efectos de la lesión cerebral de base que causa la epilepsia, la frecuencia y tipos de crisis (especialmente ausencias y parciales complejas o continuas) y efectos secundarios de antiepilépticos. De los 39 pacientes

15% tenían criterios DSM-IV para TDAH mixto si se excluían las manifestaciones cognitivo-conductuales por epilepsia, lesiones y medicamentos. No se observó empeoramiento de las crisis en los 3 de 6 pacientes en quienes se usó metilfenidato.

ASPECTOS NEUROBIOLÓGICOS

Se han descrito diferentes factores que aumentan el riesgo de presentar TDAH en los pacientes pediátricos con epilepsia,^{8,16,21,22} especialmente en 5 aspectos:

- Demográficos
- Neurológicos
- Tipo de crisis epilépticas
- Aspectos psicosociales
- Efectos de los medicamentos antiepilépticos

Entre los factores demográficos, los varones tienden a tener una mayor incidencia de TDAH, pero de forma poco significativa. No se ha encontrado diferencias sustanciales de tipo racial, social ni geográfica entre las poblaciones estudiadas. Dentro de los factores neurológicos se observa mayor inatención en pacientes con epilepsia con respecto a otro tipo de enfermedades sistémicas, sobre todo con mayor frecuencia de trastornos de aprendizaje (lecto-escritura). Como es de suponer, la frecuencia suele ser mayor en aquellos pacientes con epilepsias sintomáticas.^{8,16}

Al analizar los factores de riesgo dependientes del tipo de epilepsia se observa un mayor riesgo de presentar TDAH en pacientes con epilepsia sintomática, crisis parciales complejas, crisis del lóbulo frontal, y crisis de la epilepsia rolándica derecha y del lóbulo temporal.^{10,16,35,37} Entre los factores directos considerados dentro del tipo de epilepsia se encuentran: Tipo de Crisis, duración y frecuencia. Un hecho aceptado es que los pacientes que padecen crisis generalizadas presentan mayor compromiso de la atención que los individuos con crisis parciales. Las crisis generalizadas al comprometer una mayor cantidad de tejido cerebral, dificultan aquellos procesos necesarios para las tareas que requieren un funcionamiento de la inteligencia global (asociativa multimodal).³⁴ Por otro lado, los sujetos que sufren de más de un tipo diferente de crisis muestran mayor deterioro que los que presentan sólo un tipo.³⁷

Con respecto a la duración de las crisis, se sabe que el estado epiléptico es probablemente el tipo de crisis que produce más deterioro cognitivo, incluso los pacientes con un único episodio (de 30 minutos o más) muestran mayor deterioro que los sujetos con antecedentes de 100 crisis tónico-clónicas a lo largo de su vida. Al parecer, cuantos más años padezca un paciente de epilepsia, mayor la posibilidad de deterioro cognitivo. La edad de inicio de las crisis es otro factor a evaluarse en los trastornos cognitivos y conductuales.

Los estudios neuropsicológicos y de las funciones intelectuales en personas con epilepsia indican que el comienzo precoz de la enfermedad, con la consiguiente mayor duración de la misma, implica un mayor riesgo de padecer disfunción cognitiva. Entre más temprano comienzan los ataques tónico-clónicos generalizados mayor es el daño a nivel intelectual y neuropsicológico, tanto en epilepsias sintomáticas como en las idiopáticas. No obstante, debe tenerse presente que cuanto más antigua sea la iniciación de la epilepsia, el mayor consumo de medicación anticonvulsivante puede contribuir

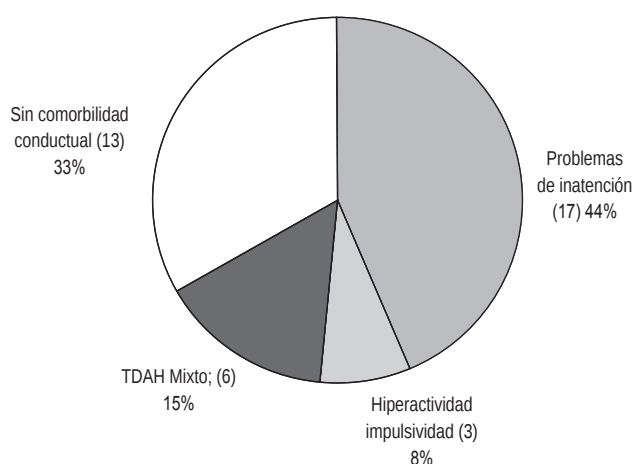


Figura 2. Presencia o ausencia de comorbilidad de problemas de atención/hiperactividad en una muestra de 39 pacientes menores de 18 años con epilepsia en Honduras.

al daño de los sistemas cognitivos, por lo que los resultados obtenidos requieren una interpretación cautelosa.

FACTORES PSICOSOCIALES

Dentro de los factores psicosociales, existen situaciones ha considerar, como es el aislamiento que viven muchos pacientes con epilepsia y la asociación incidental de estos trastornos con problemas biológico-genéticos independientes. La epilepsia es uno de los trastornos neurológicos más comunes y afecta a unos 50 millones de personas en el mundo. El comportamiento de esta entidad en muchas personas es clínicamente benigno, pero se ha estigmatizado a estos pacientes produciendo un efecto negativo sobre su identidad social. Esto es especialmente cierto para aquellos que viven en países subdesarrollados (incluyendo América Latina), donde se sigue limitando o privando a las personas con epilepsia de muchas actividades de la vida y de su derecho a desarrollarse integralmente. Muchos pacientes se ven confinados a escuelas especiales por sus problemas de conducta, aprendizaje o personalidad. Tales restricciones y estigma generan más ansiedad y depresión.

FACTORES FARMACOLOGICOS

Los factores farmacológicos son de los más estudiados, reportándose especial problemática con el uso de fenobarbital, benzodicepinas y topiramato (Cuadro 2).^{31,32,38} Cabe recalcar que todo fármaco antiepiléptico puede causar trastornos cognoscitivos a dosis altas. Asimismo, en estudios neuropsicológicos realizados en voluntarios sanos, la mayoría de estos fármacos mostraron diferencias en varios tests comparados con los que se expusieron a placebo. Varios estudios describen que los medicamentos con efectos gabaérgicos tienden a provocar con mayor frecuencia impactos cognitivos y conductuales, dentro de los cuales se encuentran con mayor frecuencia el topiramato, seguidos de ácido valproico.³⁹ Algunos de éstos (sobre todo a dosis altas) son glutaminérgicos y pueden ayudar en la modulación de la hiperactividad, como la lamotrigina.⁴⁰

Aunque la evidencia no es consistente en todos los estudios, varios autores han reportado que puede ocurrir mejoría de los trastornos de aprendizaje en pacientes con actividad electroencefalográfica anormal sin epilepsia que reciben tratamiento antiepiléptico. No está claro si esto es secundario a un mejoramiento de la actividad epiléptica del paciente, logrando reducir el impacto que genera la misma.⁴¹ Los dos medicamentos antiepilépticos con menos efectos adversos cognitivos en estudios de han demostrado que son la gabapentina y la lamotrigina.⁴⁰ Aldenkamp³¹ describió que un estudio comparativo entre el valproato y la lamotrigina donde

demonstró que el tiempo de reacción ante un estímulo se ve afectado en pacientes voluntarios adultos que toman valproato a diferencia de aquellos que son tratados con lamotrigina. Es importante entender que son estudios que necesitan compararse con estudios aleatorizados, doble ciego con un grupo asignado a placebo para comparar diferencias.

Los medicamentos antiepilépticos (MAE) pueden desarrollar efectos específicos contra los sistemas cognitivos. Generalmente, la politerapia tiene mayor repercusión en la cognición que la monoterapia, siendo la primera responsable de la disfunción en la atención, memoria, agilidad mental y procesamiento de la información. Es de destacar que los peores rendimientos cognitivos atribuidos a los fármacos antiepilépticos (MAE) corresponden al fenobarbital, hidantoínas y benzodicepinas. Los efectos más citados con respecto al fenobarbital son hiperactividad y disminución de cociente intelectual, pero incluso se describen síntomas depresivos. Con las benzodicepinas ocurre algo similar que con el fenobarbital, incluso en mayor grado.^{36,38}

UTILIDAD DEL EEG EN TDAH

Las investigaciones a la fecha muestran que la mayoría de los niños con TDAH muestran diferencias en la actividad eléctrica cerebral en comparación con niños normales, mostrando actividad fronto-central lenta en rango theta, la cual se ha asociado con inatención y actividad cortical disminuida.⁴¹ Se ha reportado también que el TDAH-C muestra más actividad theta que el subtipo inatento (con un radio theta/alfa mayor). Estos cambios sin embargo no son específicos del TDAH y por lo tanto no reflejan su causa. Más bien puede reflejar la presencia de un daño cerebral, del cual el TDAH es una consecuencia así como las anomalías electroencefalográficas. Sin embargo, es necesario recalcar que el único uso del EEG en la evaluación del niño con TDAH es la de descartar la presencia de algún tipo de epilepsia, sobre todo de ausencias de la infancia y juveniles.

Aún no se tiene conclusiones definitivas sobre los efectos subclínicos o clínicos de las descargas epileptiformes detectadas en el EEG de muchos pacientes con TDAH y se sigue discutiendo sobre el impacto práctico de este estudio.⁴¹ Estudios con video-EEG realizados en niños con epilepsia mostró que el tipo de descarga electroencefalográfica fue una variable significativa que afectó adversamente la activación cognitiva. Estos efectos se encontraron exclusivamente en crisis generalizadas, especialmente de ausencias. El efecto agudo de las descargas epileptiformes breves agudas también puede ser muy importante, produciendo lentitud en la velocidad de la activación del proceso cognitivo.⁴²⁻⁴⁴ La memoria verbal se ve afectada si existe un foco epileptogénico unilateral de lóbulo temporal, con su consecuente impacto en el aprendizaje verbal y la consolidación de la información verbal.⁴⁵

Estos efectos se presentan más severos en pacientes que tienen crisis continuas y cuando la frecuencia de las crisis es elevada. Otro estudio similar ha encontrado alteraciones en procesos de vigilancia continua en niños con epilepsia. Aldenkamp⁴³ describió que entre más frecuentes las crisis en un niño más impacto sobre la atención, y entre más larga sean las crisis más problemas sobre

Cuadro 2. Efectos de algunos antiepilépticos en la atención y actividad.

Medicamento	Relacionado a:
Fenobarbital	Hiperactividad, inatención
Carbamacepina*	Inatención
Topiramato	Inatención
Benzodicepinas	Hiperactividad, inatención
Valproato*	Inatención por somnolencia

*A veces puede también mejorar hiperactividad e inatención

la cognición del mismo. En general, los estudios muestran que los principales efectos secundarios que reportan un grupo de individuos que toman antiepilépticos son los problemas de atención y de concentración hasta en más del 60% de los casos.³⁷

Las descargas eléctricas per se, aún subclínicas, pueden interferir con procesos cognitivos, especialmente con los procesos de aprendizaje en los niños.⁴²⁻⁴⁴ Es importante destacar que las descargas intercríticas no generan ninguna manifestación subjetiva ni objetivable por medios de exploración convencionales. No obstante, existe evidencia clínica y experimental, con respecto a la repercusión de los paroxismos subclínicos sobre las funciones cognitivas. Aarts y Binnie⁴² evaluaron el desempeño en tareas cognitivas realizadas de forma concomitante al registro EEG y observaron cómo las descargas intercríticas afectaban selectivamente la función del hemisferio cerebral donde se generaban.

La alteración cognitiva transitoria es fácil de evidenciar cuando ocurren descargas generalizadas punta onda de más de tres segundos de duración.^{42,44} pero también puede ocurrir con descargas más breves, incluso si son focales. Las descargas del hemisferio izquierdo producen interrupción de las tareas verbales, en tanto que las del hemisferio derecho repercuten en tareas visoespaciales. Las descargas originadas en estructuras subcorticales de la línea media, registradas en el EEG como descargas generalizadas, se asocian a disminución en la atención.^{2,4}

Varios autores han reportado que los niños que responden mejor a la terapia estimulante son aquellos que presentan excesiva actividad lenta, apoyando la teoría de que existe hipoactividad cortical en TDAH.⁴⁶ Por otra parte, la medicación estimulante parece "normalizar" el EEG y los potenciales evocados en TDAH, disminuyendo la actividad lenta (theta) e incrementando la actividad rápida (beta).^{41,47}

Otro de los factores que aumenta el riesgo de presentar TDAH en los niños con epilepsia es la eficiencia del sueño, este factor juega un papel importante con respecto a la inatención y trastornos de conducta secundarios a la mala calidad del sueño. Los patrones del sueño en niños con epilepsia los cuales se compararon con un grupo control de niños de la misma edad con diagnóstico de apnea obstructiva del sueño. Es común encontrar alteraciones de sueño y conducta en ambos grupos de pacientes, concluyeron que los problemas de conducta y de atención pueden ser atribuidos a las alteraciones del sueño. El estado epiléptico eléctrico en el sueño lento también se ha asociado con déficit de atención e hiperactividad.

NEUROIMAGEN EN COMORBILIDAD TDAH/EPILEPSIA

El uso específico de la tomografía o la resonancia magnética en la comorbilidad TDAH/epilepsia es la identificación de lesiones subyacentes que expliquen la causa de la epilepsia. Los estudios de neuroimagen funcional en TDAH revelan que las manifestaciones clínicas de estos trastornos no se deben sólo a la disfunción de áreas cerebrales concretas, sino también a alteraciones en el patrón de conectividad. Las investigaciones con neuroimagen funcional en TDAH a la fecha sugieren la presencia de disfunción frontoestriatal ligada a las dificultades para el control inhibitorio, así como alteraciones en la corteza temporal posterior y parietal inferior. Los hallaz-

gos más consistentes en los estudios de neuroimagen de niños con TDAH incluyen significativo menos volumen en la corteza prefrontal dorsolateral, el núcleo caudado, el globo pallidum, cuerpo calloso y cerebelo. Esto sugiere que las alteraciones en TDAH van más allá de lo funcional y son más extensas que lo considerado hasta la fecha. En resumen, el TDAH se ha relacionado con alteraciones en los circuitos fronto-estriato-talámico-cerebelares. Se requiere estudios que evalúen la evolución de estos hallazgos con la edad, así como su implicación clínica.^{49,50}

TRATAMIENTO DE LOS PROBLEMAS DE ATENCIÓN Y CONDUCTA EN PACIENTES CON EPILEPSIA

A pesar de que se han tratado de implementar medidas terapéuticas de apoyo (Vg. terapia conductual), el tratamiento farmacológico sigue siendo la primera opción terapéutica para el control de este tipo de comorbilidades en pacientes con epilepsia.⁵¹ En este sentido, el tratamiento con medicamentos va dirigido al control de las conductas maladaptativas, particularmente aquellas que interfieren con el aprendizaje, la socialización y el desarrollo del individuo. Se han hecho pocos estudios sobre la eficacia y seguridad del uso de los medicamentos convencionales como el metilfenidato y la atomoxetina en pacientes con epilepsia, pero los psicoestimulantes siguen siendo de elección en pacientes con TDAH en comorbilidad con epilepsia. Las observaciones disponibles muestran que aunque no hay un riesgo significativo de aumento de crisis, estos medicamentos pueden disminuir el umbral de crisis⁵² (Fig. 3).

Al menos 15 estudios han demostrado la eficacia del metilfenidato en el control de los síntomas de TDAH, sin exacerbación de las crisis epilépticas o las anomalías en el electroencefalograma.⁵¹⁻⁵⁴ La dosis promedio utilizada es de 0.8 mg/kg/día. El medicamento más utilizado es el metilfenidato de acción corta (10 estudios) y de acción sostenida (5 estudios). Barragán y col. han reportado sobre la eficacia y seguridad del uso de atomoxetina en pacientes con epilepsia, logrando un control adecuado de los síntomas de TDAH sin exacerbación de crisis epilépticas y sin modificación de los niveles séricos de los antiepilépticos utilizados (ácido valproico, carbamazepina y fenitoína).^{26,55} La dosis promedio utilizada fue de 1.1 mg/kg/día.

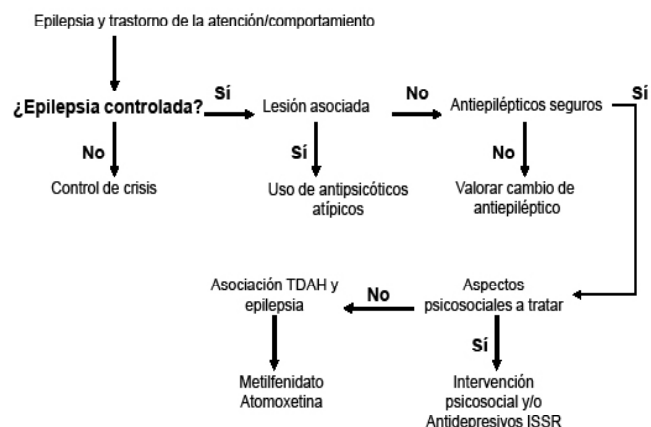


Figura 3. Recomendaciones de abordaje terapéutico en pacientes con epilepsia en comorbilidad con TDAH.

La epilepsia no constituye, por sí misma, una contraindicación para el uso del metilfenidato ya sea en pacientes con epilepsia controlada o refractaria (Fig. 4). Se ha reportado una mayor eficacia del metilfenidato sobre la impulsividad y los trastornos del aprendizaje cuando se empleó el mismo a una dosis baja de 0,3 mg/kg/día, comparado con una dosis mayor de 1 mg/kg/día y con placebo. En el paciente con epilepsia no debe perderse de vista la posibilidad de que el fármaco antiepiléptico utilizado pueda mejorar las crisis y concomitantemente, el déficit de atención.⁵² Por tanto, ante la comorbilidad de epilepsia y TDAH, conviene plantearse la utilización de un fármaco que pueda ser útil para ambos problemas.⁵⁶ Se recomienda que antes de iniciar un tratamiento antiepiléptico se realice una prueba de atención para valorar si el medicamento antiepiléptico puede tener unos efectos beneficiosos o perjudiciales sobre la atención.

El uso de antipsicóticos es necesario a veces en algunos pacientes con epilepsia que presentan graves problemas de hiperactividad, impulsividad y trastornos de conducta.⁵⁷⁻⁶⁰ El antipsicótico atípico risperidona,⁵⁷ ha demostrado ser de gran utilidad en el manejo de estas situaciones, con una dosificación de 0.5 a 1 mg/día. Otro fármaco que ha mostrado algún indicio de mejorar la atención es la gabapentina. Varios autores han comunicado efectos negativos ante el uso concomitante de valproato y metilfenidato, por lo que se recomendaría utilizar con prudencia esta asociación. Debe considerarse que los tratamientos farmacológicos deberán seguirse utilizando con reserva, revisando la evidencia disponible e individualizando los esquemas, pues aún necesitamos conocer más sobre el riesgo de incremento de crisis epilépticas en pacientes pediátricos con epilepsia activa.

CONCLUSIONES

El TDAH es una causa frecuente de problemas neuropsiquiátricos visto en la consulta pediátrica y afecta el rendimiento académico y social de pacientes pediátricos y adolescentes. El impacto

que causa sobre los procesos de adaptabilidad y sus repercusiones sobre la personalidad de los pacientes hace necesario ofrecer un plan terapéutico que facilite la rehabilitación de estos pacientes a su medio familiar, social y académico.

La mayoría de los estudios publicados sobre la comorbilidad de problemas de atención, cognición o conducta con epilepsia frecuentemente no consideran todas las variables etiológicas, predisponentes o exacerbantes de estos trastornos. Los autores de este artículo consideran que el TDAH tiene una etiología biológico-genética y probablemente tenga una misma frecuencia entre los pacientes con epilepsia que en la población general. La inatención es un síntoma aisladamente reportado pero puede documentarse en más de la mitad de los pacientes con epilepsia, independientemente del tipo de la misma. Debido a la ocurrencia de varios sesgos en los estudios de prevalencia y tipos de TDAH entre pacientes con epilepsia, es aún cuestionable que el subtipo inatento sea el más frecuente. Es conveniente descartar otras posibilidades antes de diagnosticar TDAH.

Se conoce más de los trastornos de atención en pacientes adultos con crisis del lóbulo temporal que en pacientes pediátricos, en quienes no está esclarecido el impacto cognitivo de estas crisis. Aunque la frecuencia de anomalías epileptiformes es mayor en niños con TDAH que en niños normales, la utilidad clínica del EEG en este síndrome todavía es motivo de estudio. El EEG no es una herramienta que sea útil de forma aislada en estos casos. Existe evidencia sobre usos del EEG en el diagnóstico, predicción de respuesta a terapia estimulante y efecto de la biofeedback, y falta investigación para probar su utilidad práctica real en TDAH. Cuando existe comorbilidad entre TDAH y epilepsia, la importancia del EEG es mayor para diferenciar la inatención de causa epiléptica de la no epiléptica.

La mayoría de los estudios sobre el impacto farmacológico de los antiepilépticos en el TDAH han sido realizados en poblaciones muy específicas y no como parte de un seguimiento para valorar en realidad el impacto cognitivo, aún no esclarecido para la pobla-

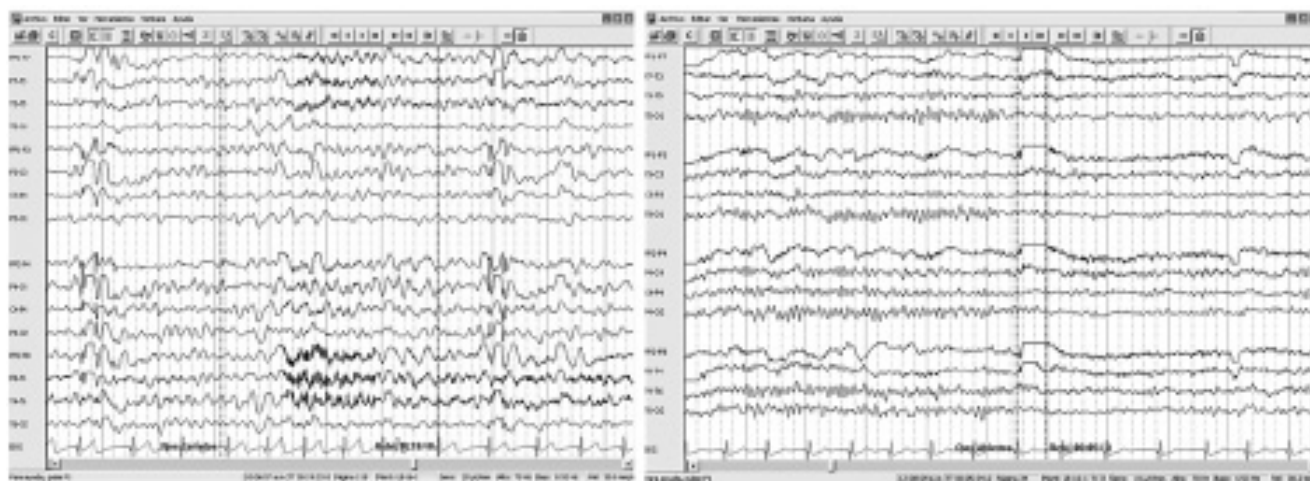


Figura 4. Caso ilustrativo de paciente masculino de 8 años con comorbilidad de epilepsia generalizada idiopática (ausencias y convulsiones) con trastorno de déficit de atención e hiperactividad predominio hiperactivo. **Fig. 4a.** muestra EEG con descargas generalizadas de punta onda y desorganización anteroposterior con lentificación difusa, antes del tratamiento con metilfenidato oros. **Fig. 4b.** Muestra estudio de control con mejoría del ritmo de fondo y ausencia de actividad epiléptica.

ción pediátrica. El tratamiento propuesto debe ser multidisciplinario y la piedra angular del tratamiento es el apoyo farmacológico. El metilfenidato y la atomoxetina continúan siendo el tratamiento de primera línea, demostrando su eficacia y seguridad en los pacientes pediátricos con epilepsia.

Es importante la vigilancia por otras complicaciones de la comorbilidad TDAH/Epilepsia:

- Dificultades neurológicas (cognitivas, motoras)

- Discapacidad
- Afectación al autoestima
- Estigma
- Burn-out de los cuidadores

El reconocimiento y tratamiento temprano de estos tipos de trastornos pueden ayudar a mejorar la calidad de vida de estos pacientes, utilizándose el esquema de apoyo terapéutico indicado en caso de tratarse de una comorbilidad con TDAH.

REFERENCIAS

1. Velasco R, Castro C. Trastornos neuropsicológicos en niños con epilepsia. *Rev Neuropsiquiatría* 2002;65:99-103.
2. Artigas J, Brun C, Lorente I. Aspectos psicopatológicos de las epilepsias benignas de la infancia. *Rev Neurol* 1998;26:269.
3. Artigas J. Manifestaciones psicológicas de la epilepsia infantil. *Rev Neurol* 1999;28 (2):S135-S141.
4. Artigas J, Pallares G. Comorbilidad en el TDAH. *Rev Neurol* 2003;36:68-78.
5. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, DSM-IV-TR Fourth Edition*. Washington, DC: American Psychiatric Association; 2002.
6. Biederman J, Faraone J, Faraone S, Spencer T, Wilens T. Gender differences in a sample of adults with attention deficit hyperactivity disorder. *Psychiatry Res* 1994;53:13-29.
7. Pascual Castroviejo I. Guía práctica diagnóstica y terapéutica. Síndrome de déficit de atención con hiperactividad. Barcelona: César Viguera ed, 2001.
8. Barragán E. El niño y el adolescente con Trastorno por déficit de atención, su mundo y sus soluciones. México DF: Ed. Linae, 2003, pp18-21.
9. Cruz G. Trastornos hiperkinéticos. En: *Lecciones de Neurología Pediátrica*. Madrid: Macaypa; 1998, pp237-247.
10. Cantwell D. Attention deficit disorder: a review of the past 10 years. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1996;35:978-87.
11. Dunn DW, Kronenberger WG. Childhood epilepsy, attention problems, and ADHD: review and practical considerations. *Semin Pediatr Neurol* 2005;12(4):222-8.
12. ADHD and epilepsy in childhood. Dunn DW, Austin JK, Harezlak J, Ambrosius WT. ADHD and epilepsy in childhood. *Dev Med Child Neurol* 2003;45(1):50-4.
13. Swanson J, Sergeant J, Taylor E, Sonuga E. Attention-deficit hyperactivity disorder and hyperkinetic disorder. *Lancet* 1998;351:429-33.
14. Hechtman L. Families of children with attention deficit hyperactivity disorder: a review. *Can J Psychiatry* 1996;41:350-60.
15. Harvey AS, Nolan T, Carlin JB. Community-based study of mortality in children with epilepsy. *Epilepsia* 1993;34(4):597-603.
16. Dunn D. Differential diagnosis and treatment of psychiatric disorders in children and adolescents with epilepsy. *Epil Behav* 2004;(5):S10-S17.
17. Aldenkamp AP, Beitler J, Arends J, van der Linden I, Diepman L. Acute effects of subclinical epileptiform EEG discharges on cognitive activation. *Funct Neurol* 2005;20(1):23-8.
18. Caplan R, Siddarth P, Stahl L, Lanphier E, Vona P, Gurbani S, Koh S, Sankar R, Shields WD. Childhood absence epilepsy: behavioral, cognitive, and linguistic comorbidities. *Epilepsia* 2008;49(11):1838-46.
19. Lopera F, Palacio L, Jimenez I, Villegas P. Discriminación de factores genéticos en el déficit de atención. *Rev Neurol* 1999;28:660-64.
20. Tuchman R. Epilepsy, language, and behavior: clinical models in childhood. *J Child Neurol* 1995;9:951-2.
21. Urea A. Deterioro Cognitivo en pacientes pediátricos. *Rev Arg Neuropsicol* 2004;2:1-14.
22. Wendy G, Yi Zhou M, Chavez J. Effect of antiepileptic drugs on reaction time, attention and impulsivity in children. *Pediatrics* 1993;91:1015.
23. Chabot R, Serfontein G. Quantitative electroencephalographic profiles of children with attention deficit disorder. *Biological Psychiatry* 1996;40:951-63.
24. Clarke A, Barry R, McCarthy R. EEG analysis in Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder: A comparative study of two subtypes. *Psychiatry Research* 1998;81:19-29.
25. El Sayed E, Larsson J, Persson H. Altered cortical activity in children with attention deficit/hyperactivity disorder during attentional load task. *J Am Acad Child Adol Psych* 2002;41:811-19.
26. Barragán E, Hernandez J. Efficacy of atomoxetine treatment in children with ADHD and epilepsy. *Epilepsia* 2005;46(Suppl 6).
27. Famularo R, Fenton T. The effect of methylphenidate slows right hemisphere processing in children with attention deficit/hyperactivity disorder. *J Child Adolesc Psychopharmacol* 1999;6:229-39.
28. Clarke A, Barry R, Bond D, McCarthy S, Selikowitz M. Effects of stimulant medications on the EEG of children with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Psycho Pharmacol* 2002;164:277-84.
29. Shaywitz B, Shaywitz S. Learning disabilities and attention disorders. En: Swaiman KF, ed. *Pediatric Neurology*. St. Louis: Mosby, 1994;1119-51.
30. Besag F. Treatment of state learning disability. *Epilepsia* 2001;42(Suppl 1):59-61.
31. Aldekamp A. Tiempo de reacción disminuido con los antiepilépticos. *Epilepsia* 2002;43:19-26.
32. Aldekamp A. Tiempo de impacto de la carbamazepina sobre el tiempo de reacción. *Epilepsia* 1987;28:507-52.
33. Narbona J. Neurobiología del trastorno de la atención e hiperkinesia en el niño. *Rev Neurol* 1999;28:160-65.
34. Etchepareborde M. Abordaje neurocognitivo y farmacológico de los trastornos específicos del aprendizaje. *Rev Neurol* 1999;28(12):81-93.
35. Deonna T, Roulet E, Fontan D, Marcoz J. Speech and oromotor deficits of epileptic origin in benign partial epilepsy of childhood with rolandic spikes (BPERS). Relationship to the acquired aphasia/epilepsy syndrome. *Neuropediatrics* 1993;24: 837.
36. Devinsky O. Therapy for neurobehavioral disorders in epilepsy. *Epilepsia* 2004;45(Suppl 2):34-40.
37. Devinsky O. Psychiatric comorbidity in patients with epilepsy: implications for diagnosis and treatment. *Epilepsy Behav*. 2003;4(Suppl. 4):S2-10.
38. Thompson P. Antiepileptic drugs and memory. *Epilepsia* 1992;33(6):37-40.
39. Trimble & Schmitz. *The Neuropsychiatry of epilepsy*. Cambridge; 2002;16:241-256.
40. Schubert R. Attention deficit disorder and epilepsy. *Pediatr Neurol* 2005;32(1):1-10.
41. Loo S, Barkley R. Clinical utility of EEG in attention deficit hyperactivity disorder. *Appl Neuropsychol* 2005;12(2):64-76.
42. Aarts J, Binnie C, Smith A. Selective impairment during focal and generalized epileptiform EEG activity. *Brain* 1984;107:293-308.
43. Aldenkamp A, Arends J. The relative influence of epileptic EEG discharges, short non convulsive seizures and type of epilepsy on cognitive function. *Epilepsia* 2004;45(1):1-10.
44. Binnie C, Kasteleijn N, Smith A. Interactions of epileptiform EEG discharges and cognition. *Epilepsy Res* 1987; 1: 23-45, 1987.
45. Landau W, Kleffner F. Syndrome of acquired aphasia with convulsive disorder in children. *Pediatrics* 1993;91:1015.
46. Satterfield J, Schell A, Backs R. A cross-sectional and longitudinal study of age effects of electrophysiological measures in hyperactive and normal children. *Biol Psych* 1984;19:973-90.
47. Verbaten M, Overtom C, Koelega H. Methylphenidate influences on both early and late ERP waves of ADHD children in a continuous performance test. *J Abnorm Child Psychol* 1994;22:561-78.
48. Konofal E, Lecendreux M, Cortese S. Sleep and ADHD. *Sleep Med* 2010;11(7):652-8.
49. Carboni-Román A, del Río D, Capilla A, Maestú F, Ortiz T. Bases neurobiológicas

- gicas de las dificultades de aprendizaje. *Rev Neurol* 2006;42 (Supl. 2):S171-S175
50. Seidman LJ, Valera EM, Makris N. Structural brain imaging of attention-deficit / hyperactivity disorder. *Biol Psychiatry* 2005;57:1263-72.
 51. Elia J, Ambrosini P, Rapaport J. Treatment of attention deficit hyperactivity disorder. *NEJM* 1999;340:780-88.
 52. Aldenkamp AP, Arzimanoglou A, Reijls R, Van Mil S. Optimizing therapy of seizures in children and adolescents with ADHD. *Neurology* 2006;67(12 Suppl 4)
 53. Handen B, Feldman H, Lurier A, Murray P. Efficacy of methylphenidate among preschool children with developmental disabilities and ADHD *J Am Acad Child Adolesc Psychiatr* 1999;38:805-12.
 54. Jonkman L, Kemner C, Verbaten M, Koelega H. Effects of methylphenidate on event-related potentials and performance of attention-deficit hyperactivity disorder children in auditory and visual selective attention tasks. *Biol Psychiatr* 1997;41:690-702.
 55. Barragán E, Garza S, Hernandez J. *Epilepsia* 2004;45 (Suppl 3).
 56. Silva R, Muñoz D, Alpert M. Carbamazepine use in children and adolescents with features of attention-deficit hyperactivity disorder: a meta-analysis *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1996;35:352-8.
 57. Gonzalez-Heydrich J, Pandina G, Fleischer C. No seizure exacerbation from risperidone in youth with comorbid epilepsy and psychiatric disorder: a case series. *J Chil Adolesc Psychopharmacol* 2004;14(2):295-310.
 58. Nevels RM, Dehon EE, Alexander K, Gontkovsky ST. Psychopharmacology of aggression in children and adolescents with primary neuropsychiatric disorders: a review of current and potentially promising treatment options. *Exp Clin Psychopharmacol* 2010;18(2):184-201.
 59. Kronenberger WG, Giaque AL, Lafata DE, Bohnstedt BN, Maxey LE, Dunn DW. Quetiapine addition in methylphenidate treatment-resistant adolescents with comorbid ADHD, conduct/oppositional-defiant disorder, and aggression: a prospective, open-label study. *J Child Adolesc Psychopharmacol* 2007;17(3):334-47.
 60. Turgay A. Treatment of comorbidity in conduct disorder with attention-deficit hyperactivity disorder (ADHD). *Essent Psychopharmacol* 2005;6(5):277-90.

ABSTRACT. Introduction. This article describes the bidirectional relation between Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) and epilepsy. **Source.** A search in PubMed was done for data on this comorbidity during the last two decades. **Development.** Attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) can coexist with epilepsy and the prevalence of ADHD in epilepsy is three to five times greater than normal. This may be an effect of epileptic seizures or of the antiepileptic treatment. There are ongoing debates about the nature of ADHD in epilepsy, the relevance of encephalographic findings in ADHD, and the treatment options in this comorbidity. Psychostimulants, especially methylphenidate, are still safe treatments of choice, despite a minimal risk of increased seizure frequency. On the other hand, children with epilepsy have a significant risk for problems with attention or hyperactivity (around 30% to 40% of epilepsy cases), being inattention more common. Main causes include psychosocial factors and secondary effects of antiepileptic medications. **Conclusion.** Treatment should include psychoeducational interventions and medication. Diagnostic and therapeutic options are discussed. **Rev Med Hondur** 2010;78(2):59-112.

Key words: epilepsy, ADHD, inattention, hyperactivity, electroencephalogram, treatment

INVESTIGADORES Y ESCRITORES MÉDICOS SOBRESALIENTES EN HONDURAS: HOMENAJE A SIR SALVADOR MONCADA

Outstanding researchers and medical authors in Honduras: honor to Sir Salvador Moncada

Ramón Custodio López

Comisionado Nacional de los Derechos Humanos

"El hombre es él mismo y sus circunstancias"

José Ortega y Gasset

La Revista Médica Hondureña (RMH) conmemora con esta edición sus primeros ochenta años de publicación continuada, pues su primer número salió en mayo de 1930 bajo la dirección del Dr. Antonio C. Vidal. Como el portavoz de la asociación de médicos de aquel entonces y como parte de esa conmemoración del LXXX aniversario de la RMH el gremio médico hondureño desea honrar en este número al ilustre científico hondureño, Dr. Salvador Enrique Moncada (Fig. 1).



Figura 1. Dr. Salvador Moncada, Doctor en Farmacología, Profesor de la Universidad de Londres y Fundador y Director del Instituto Wolfson para la Investigación Biomédica en Inglaterra. El Dr. Moncada es el científico más citado del Reino Unido, habiendo hecho contribuciones mayores en varias áreas de la farmacología cardiovascular.

Recibido y aceptado con modificaciones menores: 06/2010

**El autor también ha sido miembro del Consejo Editorial de la Revista Médica Hondureña
Correspondencia: Dr. Ramón Custodio, Comisionado Nacional de los Derechos Humanos,
Blvd. Suyapa, Tegucigalpa, Honduras.*

Salvador Enrique Moncada nació en Tegucigalpa de una madre judía y un padre hondureño, lo que lo hizo hondureño por el *ius soli* y en parte por el *ius sanguini*. La coincidencia se dio porque el abuelo materno llegó a Honduras y se quedó, cuando Honduras era el único país que no requería visa para quedarse como residente, salvándose así de la persecución nazi. Por su lado paterno él es descendiente de un abuelo que se graduó de profesional en una universidad estadounidense y de una abuela que fue de las primeras empresarias de su época.

Las vicisitudes políticas llevaron al exilio a su padre y a toda la familia, de modo que Salvador Moncada hijo se educó en El Salvador, hasta que se graduó de médico en la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Autónoma de El Salvador. La guerra de 1969 entre su país de nacimiento y el de su educación, lo trajo de nuevo a su patria, por un breve período, pues salió becado al Reino Unido a especializarse en farmacología en el Instituto Real bajo la dirección del Profesor Vane.

Cuando regresó de sus estudios de especialización hizo varios trabajos de investigación, pero pronto los mediocres del patio le hicieron la vida imposible y en 1975 tuvo que regresar con su maestro a Londres. Se reincorporó entonces al equipo del Profesor Vane en el departamento de investigación de la Burroughs & Wellcome que se dedicaba al campo de las prostaglandinas, descubriendo así el mecanismo de acción de la aspirina, lo cual le valió al Profesor Vane el Premio Nobel de Medicina. En ese descubrimiento el papel de nuestro compatriota fue crucial, igual que el del Profesor Sergio Ferreira del Brasil.

Cuando el Profesor Vane se retiró, Moncada le sucedió en la dirección del departamento de investigación del consorcio mencionado, hasta que la empresa fue absorbida por otro consorcio, el cual para conservar los prestigiosos servicios de Moncada, prometió que le seguirían apoyando en sus investigaciones. Como no fue así, entonces el hombre de carácter que es Salvador Moncada, renunció de inmediato sin importarle la consecuencia de la pérdida de sus derechos adquiridos.

En algún momento uno de los más prestigiados consorcios estadounidenses en el campo de la industria farmacéutica le propuso un ventajoso contrato, mediante el cual le ofrecía integrarle un equipo de investigación con los diez mejores asistentes que él escogiera y los respectivos laboratorios, pero él optó por quedarse en el Reino Unido.

Desde la llanura concibió una idea genial, casi una utopía, consistente en la instalación de una infraestructura que reuniera unos doscientos equipos de investigadores, instalados con sus respectivos laboratorios, al cobijo de la Universidad de Londres. Esto le daría al Reino Unido la oportunidad de mantener su liderazgo en la industria farmacéutica. El Rector de la universidad captó de inmediato el proyecto y puso al Dr. Moncada al frente del mismo. Fue así como nació el Instituto Wolfson, que hoy funciona en las viejas estructuras de lo que fue el University College Hospital, cerrado por el gobierno.

Como hombre de ideas y acciones, Salvador Moncada no se dejó absorber por la burocracia y siguió dirigiendo las investigaciones de su propio equipo en el campo del endotelio, con aportes tan valiosos sobre el rol del óxido nítrico que le merecieron la postulación al Premio Nóbel de Medicina en dos ocasiones. Ahora, su último aporte en la medicina es el papel de una enzima en la fisiopatología tumoral, cuya posible inhibición reduzca la multiplicación anárquica, lo cual hace renacer las esperanzas de que se le otorgue ese Premio Nóbel que tan injustamente se le ha negado hasta ahora.

Si bien es cierto que la ciencia es universal, los científicos tienen una nacionalidad que se siente honrada por ellos, igual que las universidades que los formaron. En algún momento Einstein dijo algo así: "... si la teoría de la relatividad resulta, Alemania dirá que soy alemán y Francia declarará que soy ciudadano del mundo; si fracasa entonces Francia dirá que soy alemán y Alemania declarará que soy judío."

Así pasa con la nacionalidad de Salvador Moncada, ahora es peleada por Honduras y por El Salvador. La universidad de este país reclama la honra por haberle hecho médico, olvidando que Salvador Moncada se formó también en Inglaterra y tiene un título de Sir otorgado por el Reino Unido (Fig. 2), pero también tiene la universalidad de los científicos.

Salvador Moncada es un ejemplo para todos los que le conocemos de cerca y de lejos, para los viejos y para los jóvenes, pero sobre todo para los que buscamos un mundo mejor en donde impere la razón y la justicia. Él es el mejor ejemplo de que la educación debe enseñarnos a pensar, para saber ser y tener. Lo cual sólo es posible en un mundo que nos dé la oportunidad a todos.



Figura 2. Investidura del Profesor Salvador Moncada con el título de Caballero por su Alteza la Reina Isabel II de Gran Bretaña en diciembre de 2009, por sus servicios a la ciencia.



Revista Médica Hondureña
Mayo 1930- Mayo 2010

LA ASOCIACIÓN HONDUREÑA DE EDITORES CIENTÍFICOS (AHECI): INICIATIVA PARA FORTALECER LA PUBLICACIÓN CIENTÍFICA EN HONDURAS

*The Honduran Association of Scientific Editors (AHECI):
an initiative for strengthening the scientific publication in Honduras*

**Nicolás Sabillon,¹ Jackeline Alger,¹ Martha Cecilia García,¹ Cecilia Varela,¹
Silvana Varela,¹ Lourdes Ramírez.²**

¹Consejo Editorial Revista Médica Hondureña, Tegucigalpa, Honduras

²Representación de la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud en Honduras.

Con el objetivo de apoyar el desarrollo continuo de publicaciones científicas de alta calidad en Honduras, promover la formación de editores científicos y propiciar el intercambio con instituciones internacionales similares, entre otros, el 30 de mayo del 2008 se constituyó la Asociación Hondureña de Editores Científicos (AHECI). Dicha constitución se realizó en el marco de una reunión de editores de revistas científicas hondureñas celebrada en las instalaciones de las oficinas de la Organización Panamericana de la Salud / Organización Mundial para la Salud (OPS/OMS) en Tegucigalpa, Honduras. Este proyecto surgió como iniciativa del Consejo Editorial de la Revista Médica Hondureña, período 2002–2006, presidido por la Dra. Cecilia E. Varela. Desde su comienzo esta iniciativa ha contado con el apoyo de instituciones nacionales e internacionales, tales como: el Colegio Médico de Honduras, los consejos editoriales de las revistas médicas hondureñas, la Biblioteca Médica Nacional, la Biblioteca Virtual en Salud de Honduras (BVS HN), la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional Autónoma de Honduras, la OPS/OMS Honduras y del Centro Latinoamericano y del Caribe de Información en Ciencias de la Salud (BIREME), Brasil.

¿Cómo fue el proceso de conformación de la AHECI?

Durante la gestión del Consejo Editorial de la Revista Médica Hondureña período 2002-2006, se discutió la idea de organizar a los editores de revistas científicas en salud del país en una agrupación. El 15 de mayo de 2007, con el apoyo de las instituciones nacionales e internacionales arriba mencionadas, se realizó en Tegucigalpa la *I Reunión Nacional de Editores de Revistas Científicas* (Figura 1). En la misma participaron miembros de los consejos editoriales de la Revista Médica Hondureña, la Revista Ciencia y Tecnología y la Revista de la Facultad de Ciencias Médicas; miembros de la Sociedad Universitaria de Neurociencias (SUN), de la Biblioteca Médica Nacional y de la OPS/OMS Honduras. Los temas presentados y discutidos fueron: 1) La Biblioteca Virtual en Salud, 2) Herramientas para la gestión de revistas electrónicas como el Open Journal System (OJS) y 3) El factor de impacto de las revistas científicas. Los acuerdos a que se llegó en esta reunión incluyeron



Figura 1. I Reunión Nacional de Editores de Revistas Científicas celebrada el 15 de mayo de 2007 en las instalaciones de la Representación OPS/OMS en Honduras, Tegucigalpa.

1) Promover la capacitación de los editores y todos los involucrados en el proceso de edición de revistas, 2) Promover la divulgación de información editorial entre los diferentes consejos editoriales y 3) Realizar una reunión científico-técnica mensual para discutir temas de interés para los editores con el propósito de capacitarlos en aspectos concretos de su trabajo. Se concluyó que la reunión fue productiva, destacando el compromiso de los editores de las revistas hondureñas a mejorar la calidad y la visibilidad de sus publicaciones y el deseo de unir esfuerzos para comenzar un proceso de capacitación y de gestión que prepare la futura incorporación de las revistas científicas hondureñas en el proyecto SciELO (Scientific Electronic Library Online) de BIREME.

Posteriormente, el 10 de septiembre del 2007, siempre con el apoyo del Colegio Médico de Honduras, los consejos editoriales de las revistas científicas de Honduras, la OPS/OMS, la Biblioteca Médica de Honduras y BIREME, se efectuó la *II Reunión Nacional de Editores de Revistas Científicas*. El objetivo de esta reunión fue actualizar a los editores de revistas científicas sobre aspectos relevantes en la gestión y administración efectivas de revistas. Esta reunión se realizó en conjunto con un curso sobre *Gestión y Administración de Revistas Científicas* impartido por la Dra. Regina Figueiredo Castro, Coordinadora de la Unidad de Comunicación Científica en Salud de BIREME, Sao Paulo, Brasil, y fue complementado con la participación de expositores nacionales. Se contó con 55 participantes que representaron a siete revistas científicas

de Honduras, al Consejo Hondureño de Ciencia, Innovación y Tecnología (COHCIT), la Asociación Científica de Estudiantes de Medicina de Honduras (ASOCEMH), la SUN, la Biblioteca Médica Nacional y la OPS/OMS Honduras. Se concluyó que los editores de revistas científicas deben estar informados para cumplir eficientemente sus funciones y deben estar organizados para apoyar una gestión exitosa. Se formularon las siguientes recomendaciones: 1) Realizar cursos y talleres para formar e informar a los editores; 2) Organizar otras actividades de educación continua, entre ellas reuniones científicas mensuales, conferencias virtuales y cursos de educación continua en línea; 3) Promover la inclusión de temática de investigación, escritura y publicación en los contenidos programáticos de formación profesional en pre-grado y post-grado; 4) Revisar la legislación sobre desarrollo curricular en los profesionales de ciencias de la salud, incluyendo estímulos profesionales y acceso a fondos para investigación y/o publicación; 5) Participar en el LI Congreso Médico Nacional del Colegio Médico de Honduras (julio 2008) apoyando el desarrollo del curso pre-congreso sobre escritura y publicación de artículos biomédicos y con un simposio con la participación de personal de BIREME; y 6) Iniciar gestiones para la conformación de una Asociación Hondureña de Editores de publicaciones científicas (*Revista Médica Hondureña* 2007;75: 197-200).

El 30 de mayo del 2008, en las instalaciones de las oficinas de la OPS/OMS en Tegucigalpa, por iniciativa del Consejo Editorial de la Revista Médica Hondureña y con el apoyo de la OPS/OMS Honduras, la BVS Honduras, BIREME, el COHCIT y los consejos editoriales de las revistas médicas y no médicas de Honduras, se creó la *Asociación Hondureña de Editores Científicos (AHECI)*. Asistieron representantes de nueve publicaciones científicas hondureñas y de las instituciones de apoyo. Se acordó que en la conformación de la Junta Directiva los cargos serían asignados a las revistas y que al momento de renovar los consejos editoriales, cambiaría su representante en la Junta Directiva. Se acordó que la presidencia fuera asumida por la Revista Médica Hondureña. La Junta Directiva quedó integrada de la siguiente manera: Nicolás Sabillón, Revista Médica Hondureña, Presidente; Carlos Medina, Revista de la Facultad de Ciencias Médicas, Vicepresidente; Martha Matamoros, Revista Médica de los Posgrados de Medicina UNAH, Secretaria; Sayda Burgos, Revista Ciencia y Tecnología (UNAH), Tesorera; Armida López, Revista Economía Política, Fiscal; Josué Betancourt, Boletín Universitario de Neurociencias Synapsis, Vocal 1; Cecilia García, Consejo Consultivo BVS Honduras, Vocal 2; Arnold Thompson, Revista Neurociencias, Vocal 3; Abelino Pitty, Revista Ceiba, Vocal 4; Leticia Salomón, Revista Académica de Derechos Humanos, Vocal 5; Ivette Castillo, COHCIT, Vocal 6; y Lourdes Ramírez, OPS/OMS Honduras, Vocal 7. En la Figura No. 2 se muestra una fotografía de los participantes en la reunión.

¿Qué actividades ha realizado la AHECI?

Entre las actividades desarrolladas en el período 2008-2009 sobresalen las siguientes: 1) El desarrollo de tres eventos en el marco del LI Congreso Médico Nacional. Uno de los eventos fue la *I Reunión Centroamericana y III Reunión Nacional de Editores de Revistas Científicas* realizada el 7 Julio 2008, donde se contó con la presencia de editores de revistas de El Salvador, Panamá y Hondu-



Figura 2. Reunión de conformación de la Asociación Hondureña de Editores Científicos (AHECI) celebrada el 30 de mayo de 2008 en las instalaciones de la Representación OPS/OMS en Honduras, Tegucigalpa.

ras (Figura 3). Como producto significativo de la Reunión se emitió la *Declaración de Tegucigalpa* en la cual se estableció que “en vista del creciente aumento de revistas científicas en la región, existe la necesidad de agruparse para compartir experiencias, capacitarse y desarrollar actividades que permitan mejorar su calidad”, por lo cual se propuso la creación de la Asociación Centroamericana de Editores Científicos (ACAECI). Otro evento fue el Curso de Escritura y Publicación de Artículos Biomédicos, con la participación de distinguidos conferencistas: Dr. Herbert Stegeman de la Asociación de Editores de Revistas Biomédicas de Venezuela (ASEREME) y el Dr. Sergio Alvarado de la Asociación Peruana de Editores (Figura 3). El otro evento fue el Simposio: Importancia de la Publicación y Parámetros de calidad, desarrollado el 9 de julio de 2008. 2) Reunión Virtual, el 1ro de Septiembre del 2008. Este evento fue organizado por la AHECI en conjunto con BIREME y la OPS. El objetivo fue presentar y discutir la *Declaración de Tegucigalpa* con editores de revistas de los países de Centroamérica e invitarlos a crear la Asociación Centroamericana de Editores de Revistas Científicos (ACAECI). Se contó con participación de editores de Costa Rica, El Salvador, Panamá, Nicaragua y Honduras. Por Honduras participaron los Drs. Nicolás Sabillón, Jackeline Alger, Silvana Varela, Senia Ochoa y Reyna Durón, representando a la Revista Médica Hondureña. La Dra. María Guadalupe Romero representó a la Revista de los Posgrados de Medicina. Hubo aceptación de la propuesta por parte de los participantes y se concluyó que se haría la socialización a lo interno de los países y se seguirían las conversaciones vía correo electrónico. 3) Participación del presidente de



Figura 3. I Reunión Centroamericana y III Reunión Nacional de Editores de Revistas Científicas realizadas en el marco del LI Congreso Médico Nacional 7-9 de julio de 2008, Hotel Honduras Maya, Tegucigalpa. Se contó con la participación de Herbert Stegeman (A, Asociación de Editores de Revistas Biomédicas de Venezuela) y Sergio Alvarado (B, Asociación Peruana de Editores).

AHECI, Dr. Nicolás Sabillón, como conferencista en la III Reunión de Editores de Revistas Médicas Indizadas en LILACS y SciELO, que se desarrolló en el marco del 8 Congreso Regional de Ciencias de la Salud realizado en Rio de Janeiro, Brasil, 15-16 de Septiembre del 2008 (Figura 4). En esta reunión se presentó la conferencia "La Asociación Hondureña de Editores Científicos y la Declaración de Tegucigalpa", una iniciativa nacional en consenso con editores de la Región Centroamericana para la creación de ACAECI. 4) Con el propósito de reglamentar el trabajo de la Asociación se han desarrollado varias reuniones cuyo producto fue la elaboración de un primer borrador de los Estatutos de la AHECI, el cual actualmente está en fase de revisión para su respectiva aprobación.



Figura 4. Participantes de Honduras en el 8 Congreso Regional de Ciencias de la Salud realizado en Rio de Janeiro, Brasil. De derecha a izquierda: Nicolás Sabillón, Martha Cecilia García, Karla Zúñiga y Ovidio Padilla.

¿Qué dificultades se han experimentado en el proceso de conformación de la AHECI?

La conformación de la AHECI se desarrolló en un período caracterizado por esfuerzos nacionales, regionales y mundiales, para fortalecer el acceso equitativo a la información científica de calidad. Para nuestro país, en un contexto donde las estructuras locales para gobernar, gestionar, coordinar, demandar, generar, comunicar y utilizar la investigación científica son débiles o inexistentes, impulsar iniciativas como la BVS Honduras y la AHECI representó un enorme reto. Aún en estas circunstancias, los avances alcanzados significan un logro importante obtenido principalmente por necesidades compartidas y acciones coordinadas entre las instituciones involucradas. Se espera que iniciativas recientes como la Política de Investigación para la Salud de la OPS/OMS (<http://www.paho.org/portalinvestigacion/politica>), tendientes a promover y fortalecer el desarrollo de los sistemas nacionales de investigación para la salud en los países de la región, contribuyan a impulsar localmente y regionalmente estrategias como la asociación de editores científicos.

¿Por qué esta iniciativa ha contado y cuenta con el apoyo de la OPS/OMS, la BVS y BIREME?

Desde su fundación en 1967, la actuación de BIREME ha estado orientada a crear, fortalecer, ampliar e innovar las condiciones y capacidades de los países de América Latina y el Caribe para superar las barreras de acceso y publicación de la información cien-

tífica y técnica en salud como condición esencial para el desarrollo, la educación, la investigación y la atención a la salud. Toda la producción científica de América Latina y el Caribe publicada en revistas con el mínimo estándar de calidad es indizada en la Literatura Latinoamericana y del Caribe de Información en Ciencias de la Salud (LILACS) asegurando su control bibliográfico, la visibilidad, el acceso nacional, regional y global. Además, BIREME por medio del programa de educación permanente de la BVS, capacita constantemente recursos humanos nacionales para realizar el registro bibliográfico y la indización de la producción científica y técnica nacional siguiendo la metodología LILACS que está de acuerdo a las normas internacionales.

Tomando en cuenta que hasta la fecha en Honduras solamente la Revista Médica Hondureña está indizada en la base de datos LILACS, la Representación de la OPS/OMS en Honduras, con el apoyo de la Unidad de Comunicación Científica en Salud de BIREME, en el marco de la BVS, decidieron apoyar la formación de una asociación nacional de editores científicos. Lo anterior como una estrategia para mejorar la gestión y administración de las revistas nacionales, desarrollar las capacidades de escritura y edición científica, con miras a aumentar la visibilidad, accesibilidad, uso e impacto de las mismas y de esa forma lograr la inclusión de otras revistas hondureñas en LILACS y su posterior participación en la red SciELO. Todo lo anterior conllevará al fortalecimiento de la investigación científica y de su divulgación, para informar con evidencia científica el desarrollo de políticas, programas y servicios de salud en el país. El espíritu colaborativo de la BVS se manifiesta en este caso, con la creación de un espacio de comunicación científica (<http://ccs.bvsalud.org/php/index.php?lang=es>) que contribuye con la construcción y operación de indicadores de seguimiento del flujo de la comunicación científica en América Latina y el Caribe. Este espacio contiene fuentes de información dirigidas a los editores científicos y gestores de ciencia y tecnología en salud. La AHECI se beneficia desde ya de este intercambio con otras asociaciones de editores, bases de datos, documentos de apoyo, sitios relacionados y eventos, entre otros recursos.

En conclusión, el Consejo Editorial de la Revista Médica Hondureña con el apoyo de la OPS/OMS y BIREME inició y formalizó junto a los representantes de las principales revistas científicas nacionales, la constitución de la Asociación Hondureña de Editores Científicos como estrategia para lograr el desarrollo continuo de las revistas nacionales de alta calidad, para posibilitar y poner al alcance de la comunidad científica nacional e internacional el conocimiento científico generado localmente, sustrato indispensable en la generación de estrategias que promueven el bienestar equitativo de nuestra región. Es necesario sumar esfuerzos para fortalecer la Asociación y generar un plan de mediano plazo con objetivos claros a alcanzar, proyectos y actividades consensuados a implementar, de manera sistemática, contextual e interactiva, que oriente y permita a las revistas y a sus lectores, cumplir con su misión constructora y transformadora. En el año en que la Revista Médica Hondureña cumple su 80 aniversario, esta iniciativa se suma a todas las otras actividades desarrolladas por los miembros de los diferentes Consejos Editoriales instalados desde 1930 y orientadas al fortalecimiento de la Revista inicialmente hasta evolucionar al fortalecimiento de la publicación científica en Honduras en la actualidad.

REUNIÓN DE LA RED INTER-REGIONAL DE CENTROS DE REFERENCIA PARA CAPACITACIÓN EN CURSOS DE PLANEACIÓN Y EVALUACIÓN EFECTIVAS DE PROYECTOS DE INVESTIGACIÓN PARA LA SALUD, CALI, COLOMBIA, ABRIL 2010

Meeting of the Inter-regional Network of Reference Centers for Effective Training in Planning and Evaluation Courses on Health Research Projects, April 2010

Jackeline Alger,¹ Ligia Gomez,² Andrés Jaramillo,² Nancy G. Saravia,² Luis Gabriel Cuervo,³ Beatrice Halpaap,⁴ en nombre de la Red Inter-Regional de Planeación y Evaluación Efectivas de Proyectos de Investigación para la Salud.

¹Unidad de Investigación Científica, Facultad de Ciencias Médicas, Universidad Nacional Autónoma de Honduras; Instituto de Enfermedades Infecciosas y Parasitología Antonio Vidal; Tegucigalpa, Honduras. ²Corporación Centro Internacional de Entrenamiento e Investigaciones Médicas, Cali, Colombia.

³Promoción y Desarrollo de la Investigación, Organización Panamericana de la Salud / Organización Mundial de la Salud, Washington DC, Estados Unidos de América.

⁴Portafolio de Políticas y Desarrollo, UNICEF/PNUD/Banco Mundial/OMS TDR, Ginebra, Suiza.

⁵Unidad de Fortalecimiento, UNICEF/PNUD/Banco Mundial/OMS TDR, Ginebra, Suiza.

La Red Inter-regional de Centros de Referencia para Capacitación en Cursos de Planeación y Evaluación Efectivas de Proyectos de Investigación para la Salud ha permitido generar capacidades locales sostenibles en diferente nivel de desarrollo en diez países (Kenia, Nigeria, Brasil, Colombia, Honduras, Cuba, Jamaica, Guatemala, Ecuador, y Estados Unidos), capacitando 347 investigadores (235 [68%] en América Latina, el Caribe y Estados Unidos) y 43 capacitadores (28 [65%] en América Latina, el Caribe y Estados Unidos) que cuentan con el apoyo para multiplicar las habilidades en gestión de proyectos de investigación con calidad, especialmente en países de medianos y bajos ingresos (Cuadro 1). Esta colaboración internacional presenta productos concretos consistentes con llamados a fortalecer las capacidades de investigación para la salud como son la Agenda de Salud de las Américas 2008-2017,¹ la Política de Investigación para la Salud (aprobada en 2009 por las autoridades sanitarias de las Américas,¹ y la Estrategia de Investigación para la Salud de la Organización Mundial de la Salud (OMS) aprobada por la 63ª Asamblea Mundial de la Salud en 2010.³

La Reunión Inter-regional de la Red de Centros de Referencia para Capacitación en Cursos de Planeación y Evaluación Efectivas de Proyectos de Investigación para la Salud (PEEP), se realizó en Cali, Colombia, del 26 al 28 de abril del 2010 con los objetivos de revisar las actividades desarrolladas por los Centros de Referencia desde su establecimiento e identificar las necesidades y oportunidades para su desarrollo estratégico. La Reunión fue organizada por el Programa Especial de Entrenamiento e Investigaciones Médicas (TDR)/UNICEF/PNUD/Banco Mundial/OMS en conjunto con la institución anfitriona, CIDEIM (Centro Internacional de Entrenamiento e Investigaciones Médicas), en Cali, Colombia.

Se contó con la participación de otros tres centros: Fundación Oswaldo Cruz (FIOCRUZ), Belo Horizonte, Brasil; Nigerian Institute

Cuadro 1. Número de capacitados y entrenadores de los cursos PEEP por país y región en los países en los que los cursos se han institucionalizado, 2010.*

Región	Capacitados N (%)	Entrenadores N (%)
América		
Brasil	68 (20)	3 (7)
Colombia	126 (36)	14 (33)
Cuba	3 (1)	2 (5)
Ecuador	3 (1)	-
Guatemala	2 (1)	-
Honduras	13 (4)	4 (9)
Jamaica	12 (3)	3 (7)
Estados Unidos	8 (2)	2 (5)
Sub-total	235 (68)	28 (65)
Africa		
Kenia	56 (16)	10 (23)
Nigeria	56 (16)	5 (12)
Sub-total	112 (32)	15 (35)
TOTAL	347	43

*Se cuenta con entrenadores en países en los que, por diferentes razones, los cursos no se han institucionalizado: Egipto, Burkina Faso, Camerún, Mali, Sudan, Uganda.

of Medical Research, Lagos, Nigeria; y Trypanosomiasis Research Centre, Kikuyu, Kenia. Además participaron tres instituciones parte de la Red coordinada por CIDEIM en Latinoamérica y el Caribe: la Universidad del Valle, Cali, Colombia; el Instituto de Medicina Tropical Pedro Kouri, La Habana, Cuba; y la Unidad de Investigación Científica, Facultad de Ciencias Médicas, Universidad Nacional Autónoma de Honduras, Tegucigalpa, Honduras. Los 14 profesionales de Brasil (1), Colombia (6), Cuba (1), Honduras (1), Kenia (1), Nigeria (1) y Suiza (3), representantes de los cuatro Centros Regionales de Referencia PEEP y del TDR, revisaron el progreso alcanzado

por la iniciativa, las lecciones aprendidas y dieron una vista al futuro de los cursos. En la Figura 1 se presenta una fotografía del grupo de participantes.

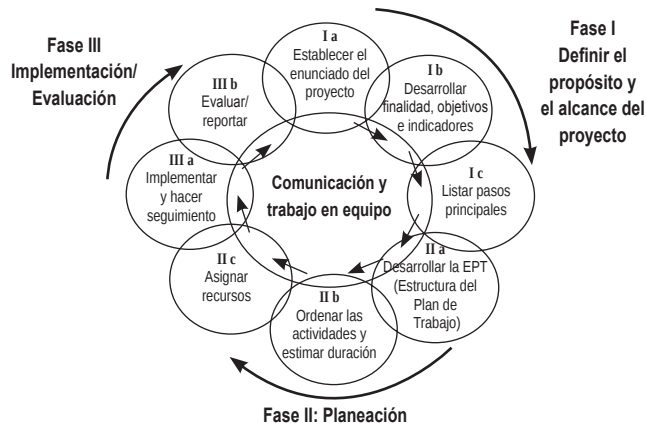
En el año 2002, los esfuerzos del TDR por promover las buenas prácticas en la investigación para la salud en países endémicos condujeron al desarrollo de un curso para fortalecer las habilidades para la planeación y evaluación efectivas de proyectos de investigación para la salud (Curso de Habilidades PEEP). En 2005, el programa de entrenamiento se completó con un curso de capacitación a entrenadores para asegurar la disponibilidad de entrenadores locales (Curso Capacitando Entrenadores PEEP). La Iniciativa *Planeando para el Éxito* fue lanzada en el año 2006 con el propósito de disseminar el curso en los países y por los países mismos a través del establecimiento de centros de referencia para la capacitación. Estos centros fueron responsables por integrar los cursos dentro de sus programas de entrenamiento y de disseminarlos a otras instituciones dentro de sus regiones.

El Curso de Habilidades PEEP tiene como objetivo fortalecer las habilidades de los investigadores para la salud de países en vías de desarrollo para que alcancen con éxito la implementación de sus proyectos y el establecimiento de colaboraciones, y que estén bien posicionados para competir internacionalmente en la elaboración de propuestas de investigación. El curso proporciona las herramientas necesarias para la planeación y evaluación de proyectos y se dicta usualmente en 4 días (32 horas). La metodología del curso es la de "aprender haciendo", por lo tanto los participantes trabajan en grupos de tres personas y al final del curso han logrado avanzar significativamente la planificación de su proyecto. Cada grupo trabaja con su propio proyecto durante un 80% del tiempo del curso lo que les permite a los participantes aplicar los pasos de planeación y evaluación a su proyecto. El Curso se desarrolla a través de cinco módulos (ver Figura 2): Buenas prácticas en la investigación para la salud (teoría), Entender el concepto y valor de la planeación y evaluación de proyectos (teoría), Definir el propósito y alcance del proyecto (Fase 1, teoría y estudio de casos), Establecer el plan de desarrollo del proyecto (Fase 2, teoría y estudio de casos) y Ejecución, supervisión, evaluación y reporte (Fase 3, teoría y estudio de casos).



Figura 1. Participantes de la Reunión de la Red de Centros de Referencia para Capacitación en Cursos de Planeación y Evaluación Efectivas de Proyectos, Cali, Colombia, abril 26-28, 2010.

Figura 2. Proceso de Planeación y Evaluación Efectivas en Proyectos de Investigación para la Salud a través de cinco módulos y tres fases.



ción, supervisión, evaluación y reporte (Fase 3, teoría y estudio de casos). Mayor información del curso se puede obtener en http://www.who.int/tdr/publications/publications/training_manual.htm (acceso junio 2010).

La reunión se completó en tres días comenzando con las palabras de bienvenida del Director de Capacitación, de la Unidad de Fortalecimiento (Empowerment) del TDR, Pascal Launois; de la moderadora de la reunión, Grace Murilla, del Trypanosomiasis Research Centre, Kikuyu, Kenya; y de la anfitriona, Nancy Saravia, Directora Científica de CIDEIM, Cali, Colombia. Cada uno de los participantes se presentó, se revisaron los objetivos de la reunión y los productos esperados. En la primera exposición, Beatrice Halpaap, Gerente de la Gestión del Portafolio del TDR y líder del desarrollo del curso PEEP, presentó la historia de los Cursos PEEP y seguidamente cada representante de los cuatro centros regionales presentó las actividades y logros alcanzados. Andréa Teixeira Carvalho, FIOCRUZ, explicó que el primer curso en Brasil fue impartido en el año 2006. El curso está incluido como un curso regular en el Programa de Postgrado en Ciencias de la Salud del Centro de Pesquisas Rene Rachou (CPqRR) y es sostenido a nivel regional y nacional por instituciones aliadas como la Fundación Oswaldo Cruz, el Ministerio de Salud, el Ministerio de Ciencia y Tecnología, Centro de Pesquisas Leônidas y María Deane (CPqLMD) y la Representación en Brasil de la Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS). El país cuenta con tres capacitadores y hasta abril 2010, un total de 68 profesionales a nivel nacional han tomado el curso. Tanto las diapositivas como los manuales del curso han sido traducidos al portugués.

Grace Murilla, del Trypanosomiasis Research Centre, Kikuyu, Kenia, expuso que a partir del año 2007 este centro regional cuenta con 10 entrenadores, quienes han impartido cinco Cursos de Habilidades y un Curso de Entrenadores para un total de 56 profesionales entrenados. Todavía no ha sido posible integrar los cursos en un programa académico y el financiamiento ha sido a través del TDR y fondos del propio centro. De igual manera, Bartholomew Brai detalló los logros del Nigerian Institute of Medical Research, Lagos, Nigeria, quienes hasta la fecha han impartido también cinco cursos de habilidades (56 capacitados) y un curso de entrenadores (5 entrenadores).

Nancy Saravia presentó las actividades y logros del CIDEIM. Este centro ha diseminado los cursos y establecido una red en las subregiones de Sudamérica, Centroamérica, el Caribe y Estados Unidos, incluyendo profesionales de centros de diferentes ciudades de Colombia (Cali, Bogotá) y de otros países (Cuba, Ecuador, Estados Unidos, Guatemala, Honduras y Jamaica). A la fecha han impartido 14 cursos desde el año 2007, nueve han sido impartidos en CIDEIM, dos cursos en la Universidad del Valle; y los tres restantes en la Universidad Nacional Autónoma de Honduras; University of West Indies, Jamaica; y en la Unidad de Promoción y Desarrollo de la Investigación de la oficina regional de la Organización Panamericana de la Salud (OPS), Washington DC. Esto hace un total de 167 profesionales capacitados. Del total de seis cursos de entrenadores, tres fueron impartidos en CIDEIM, uno en la Universidad Nacional Autónoma de Honduras, uno en la Unidad de Promoción y Desarrollo de la Investigación de la OPS, y uno en University of West Indies, Jamaica; para un total de 28 entrenadores (25 de estos entrenadores están activos actualmente).

Los cursos se han financiado con fondos institucionales de CIDEIM, de TDR, de las instituciones participantes, y la OPS, tanto la Unidad de Promoción y Desarrollo de la Investigación, que ha destinado recursos de su presupuesto y de las contribuciones hechas por la Agencia Española de Cooperación Internacional para el Desarrollo, como la representación a nivel nacional de Honduras y Jamaica. Los materiales para el Curso de Habilidades PEEP se encuentran disponibles en www.paho.org/portal/investigacion. Es de anotar que las instituciones organizadoras (TDR, CIDEIM, OPS) han implementado esta capacitación y entrenado facilitadores quienes han participado activamente desarrollando capacitaciones en diferentes países.

En el resto de la reunión, se discutieron diferentes aspectos relacionados con la sostenibilidad de la diseminación de la metodología PEEP, incluyendo la determinación de tarifas de los cursos, la incorporación de nuevos módulos y la revisión de los materiales educativos, la validación y acreditación de los cursos, la evaluación del impacto de la capacitación, y los mecanismos de coordinación entre los centros regionales. En relación al tema de acreditación del curso PEEP, se presentó una conferencia virtual (Elluminate) sobre la red tropED (<http://www.troped.org/>) impartida por Govert Van Heusden, Coordinador Académico del Instituto de Medicina Tropical Amherst y Presidente de dicha red. El propósito de esta charla fue conocer la estructura y las actividades de la red tropED, la cual ofrece una maestría colaborativa en salud internacional, y la posible integración y acreditación del curso PEEP en este programa de formación de posgrado.

Ligia Gómez, Coordinadora de Educación Virtual del CIDEIM y entrenadora del curso PEEP desde el 2007, presentó una propuesta de curso PEEP en formato virtual, como mecanismo para expandir el acceso a esta metodología. Adicionalmente, se revisaron varios temas para su posible integración al curso PEEP. Reconociendo la relevancia de temas de comunicación interna y externa en proyectos de investigación, el TDR invitó a Michael Devlin, representante de COHRED (Council on Health Research for Development) a presentar a través de una conferencia virtual un curso que ha desarrollado para fortalecer la capacidad de investigadores para identificar

y comunicar efectivamente a diversas audiencias el impacto de su investigación. Mauricio Pérez, bioestadístico, y Neal Alexander, investigador, de la Unidad de Epidemiología y Bioestadística de CIDEIM, presentaron el taller de Planeación de Análisis de Datos que han desarrollado para apoyar a investigadores y sus equipos en la identificación de preguntas de investigación, variables, y pruebas estadísticas apropiadas durante el proceso de desarrollo de propuestas de proyectos. Motivados por los obstáculos enfrentados al desarrollar presupuestos para proyectos de investigación, CIDEIM presentó propuesta de contenido para un módulo de Planeación de Presupuestos y Gestión Financiera. En el último día, se discutió sobre las necesidades y oportunidades de un programa de evaluación del desempeño en instituciones de investigación, a partir de una presentación por Beatrice Halpaap. Finalmente se discutieron las oportunidades de desarrollo estratégico de los cursos y un plan de trabajo.

Al final de la reunión se contó con una versión preliminar de un plan de trabajo para el periodo 2010-2011, bajo la coordinación global rotatoria que recayó en CIDEIM, con la participación activa de los centros de referencia en sus respectivas regiones. Como red inter-regional, los centros trabajarán conjuntamente para:

- 1) Continuar la diseminación de la metodología PEEP, enfocándose en la selección de instituciones que puedan replicar esta propagación en el futuro;
- 2) Revisar el currículo del curso PEEP, integrando contenido de comunicación efectiva de resultados de investigación y finalizando el desarrollo del módulo nuevo de planeación de presupuestos;
- 3) Diseñar un sistema y las herramientas necesarias para el seguimiento y la evaluación de la diseminación de la metodología PEEP, realizando un estudio preliminar de impacto de estas habilidades en planeación y evaluación efectivas durante 2010-2011; y
- 4) Aprovechar el compromiso y las avances ya alcanzados a través de la iniciativa PEEP para desarrollar un programa de entrenamiento similar para Buenas Prácticas Clínicas, curso que será diseminado de igual manera a través de las redes regionales ya establecidas.

Concluimos que la Reunión se desarrolló exitosamente permitiendo el intercambio de experiencias sobre las fortalezas y desafíos en la implementación de la metodología PEEP en cada uno de los centros e instituciones pertenecientes a la red. El plan de trabajo desarrollado por el grupo fue posteriormente compartido con la representación de OMS/OPS en Colombia, iniciando así una conversación sobre la integración de esfuerzos en la promoción de buenas prácticas en investigación en salud. Esta iniciativa ha resultado en productos concretos reflejados en las evaluaciones e hitos alcanzados. Se ha identificado que los participantes en los cursos avanzaron sus proyectos y encontraron oportunidad de desarrollar más sus habilidades al formarse algunos de ellos como capacitadores. Se ha generado pericia en el tema y capacidad de replicar el taller en diferentes centros de la región, estableciendo centros de capacitación en Suramérica, Centroamérica y el Caribe. En el espíritu de colaboración de las entidades promotoras, se logró la implementación

y colaboración entre centros de África y las Américas y capacitando 339 investigadores y 41 capacitadores (aproximadamente dos tercios de ellos en las Américas). Se pudo establecer una colaboración flexible y fluida entre los integrantes del equipo colaborador donde cada entidad contribuyó con los aspectos que representan fortalezas y capacidades adecuadas. La implementación de esta iniciativa ha permitido avanzar con los objetivos de la Estrategia de Investigación para la Salud de OMS y con la implementación de la Política de Investigación de las Américas y sus objetivos, especialmente los de: promover la generación de investigación pertinente, ética y de calidad; mejorar las competencias de los recursos humanos que participan en investigación y fomentar prácticas y estándares óptimos para la investigación.

CONTRIBUCIONES

Jackeline Alger lideró el desarrollo del artículo y la incorporación de los comentarios de sus pares, y aprobó la versión final para publicación. Ligia Gómez, Andrés Jaramillo y Nancy G. Saravia, Luis Gabriel Cuervo y Beatrice Halpaap contribuyeron a la revisión crítica, desarrollo y edición del artículo, y aprobaron la versión final para publicación. La Red Inter-Regional de Planeación y Evaluación Efectivas de Proyectos de Investigación para la Salud está constituida por Andréa Teixeira de Carvahlo, Fundación Oswaldo Cruz, Belo Horizonte, Brasil; Fabiana Piovesan Alves, Drugs for Neglected Diseases Initiative, Latin American Regional Office, Brasil; Nancy Gore Saravia, Ligia Gomez, Andrés Jaramillo, Corporación CIDEIM, Cali, Colombia; Lyda Osorio, Universidad del Valle, Cali, Colombia; Alicia Reyes, Instituto de Medicina Tropical Pedro Kouri, La Habana, Cuba; Jackeline Alger, Edna Maradiaga, Iván Espinoza, Unidad de Investigación Científica; Emilia Alduvín, Maestría en Salud Pública; Facultad de Ciencias Médicas, Universidad Nacional Autónoma de Honduras; Grace Murilla, Trypanosomiasis Research Centre, Kikuyu, Kenia; Bartholomew Brai, Nigerian Institute of Medical Research, Lagos, Nigeria; Pascal Launois, Christine Maure, Em-

powerment; Beatrice Halpaap, Portfolio Policy and Development; UNICEF/UNDP/World Bank/WHO TDR, Suiza.

AGRADECIMIENTO. Se reconoce y agradece a la Organización Panamericana de la Salud por la movilización de recursos (humanos y financieros), incluyendo recursos propios y aportados por la Agencia Española de Cooperación Internacional para el Desarrollo - AECID, para el desarrollo e implementación de esta iniciativa. El apoyo de las Representaciones de OPS/OMS en Colombia, Jamaica y Honduras, han sido determinantes para el desarrollo de la iniciativa en esos países.

REFERENCIAS

1. Organización Panamericana de la Salud. Agenda de Salud para las Américas 2008-2017. Disponible en: www.paho.org/Spanish/DD/PIN/Agenda_de_Salud.pdf
2. Organización Panamericana de la Salud. 49º Consejo Directivo y 61ª Sesión del Comité Regional de OMS. Resolución CD49.R10 y Documento de Trabajo CD49/10 "Política de Investigación para la Salud". Disponible en: <http://www.paho.org/Portalinvestigación>.
3. OMS. Documento A63/22. Funciones y responsabilidades de la OMS en investigaciones sanitarias. Disponible en http://apps.who.int/gb/s/s_wha63.html

SITIOS WEB DE INTERÉS

CIDEIM

<http://www.cideim.org.co/sitio/>

COHRED

<http://www.cohred.org/>

Instituto de Enfermedades Infecciosas y Parasitología Antonio Vidal

<http://www.bvs.hn/php/level.php?lang=es&component=35&item=3>

Organización Panamericana de la Salud

<http://www.paho.org/>

Promoción y Desarrollo de la Investigación, Organización Panamericana de la Salud

www.paho.org/Portalinvestigacion TDR <http://apps.who.int/tdr/>

Unidad de Investigación Científica, Facultad de Ciencias Médicas, UNAH

<http://www.bvs.hn/php/level.php?lang=es&component=35&item=22>

80 AÑOS DE PUBLICACIÓN ININTERRUMPIDA DE LA REVISTA MÉDICA HONDUREÑA

80 years of continuous publication of Revista Médica Hondureña

Carlos Rivera Williams¹

"Amo los nuevos descubrimientos como la televisión, el internet y las computadoras porque cuando en mi casa los conectan me encierro en mi biblioteca a leer un buen libro".

Mario Moreno Cantinflas

Fundación

La Asociación Médica Hondureña (ahora Colegio Médico de Honduras), se organizó el 20 de julio de 1929, siendo su primer Presidente el Dr. Camilo Figueroa y su segundo Presidente el Dr. Salvador Paredes. La Revista Médica Hondureña se fundó el 2 de noviembre de 1929 y su primer número apareció en mayo de 1930 (Fig. 1), siendo su primer Director el Dr. Antonio Vidal (Fig. 2), graduado en El Salvador, autor de numerosas publicaciones, una de las cuales que se refiere a la parasitología en Honduras que acaba de ser reeditada.^{1,2}

REVISTA MÉDICA HONDUREÑA

ÓRGANO DE LA ASOCIACIÓN MÉDICA HONDUREÑA

DIRECTOR

Dr. Antonio Vidal -Tegucigalpa

REDACTORES:

Dr. Camilo Figueroa — Tegucigalpa Dr. Salvador Paredes

Tegucigalpa Dr. Manuel Larios Córdova Tegucigalpa

SECRETARIO DE REDACCIÓN:

Tito López Pineda Tegucigalpa

ADMINISTRADOR:

Dr. Manuel Castillo Barahona, Tegucigalpa

Año 1 Tegucigalpa, Honduras, C. A. Mayo de 1930. Número 1

INTRODUCCIÓN

La Asociación Médica Hondureña surgió a iniciativa del distinguido facultativo Dr. Camilo Figueroa, y bajo los auspicios de un grupo de médicos jóvenes, entusiastas y decididos, el 20 del mes de Julio del año pasado. Este grupo de médicos, desafiando el medio ambiente, pequeño y hostil, siempre que se trata de compactar opiniones o de empresas cooperativas de esta índole, supo colocarse muy alto, haciendo surgir la Asociación Médica Hondureña, sueño acariciado por otras generaciones de médicos, que no pudieron llevarlo a la realidad por las razones anteriormente apuntadas de muy reciente fecha es la fundación de la Asociación Médica Hondureña, y sin embargo ha hecho sentir ya su acción vigorosa, franca, fraternal y sincera en diversas ocasiones. Si por este mismo sendero se camina, los resultados para podrán que ser muy halagüeños en bien de la clase médica y del país en general.

La Junta Directiva de la Facultad de Medicina de la cual tanto la Asociación Médica como la clase estudiantil esperan nuevas y modernas reformas en métodos de enseñanza, surgió mediante el apoyo decidido de

Esfuerzos previos

Los primeros esfuerzos que se hicieron para publicar una revista médica en Honduras fueron efímeros y débiles. La primera publicada en 1914, se llamó Revista de la Juventud Médica Hondureña y solo duró 6 meses (era mensual). La segunda se llamó Revista Médica Quirúrgica, se publicó en 1920 y su deceso ocurrió cuatro meses después (solo se publicaron dos números). De hecho, ambos esfuerzos mostraron que para que una



Figura 2. Dr. Antonio Vidal Mayorga, primer Director de la Revista Médica Hondureña (1930).

revista científica nazca fuerte y perdure se necesitan varios factores. El más importante de los cuales era no solo el entusiasmo, sino también visión histórica, capacidad profesional y confluencia de propósitos. Esto se dio en 1928, cuando un nuevo grupo de estudiantes y médicos irrumpen en nuestro país procedentes de Guatemala, de donde se retiran como protesta por los diferencias limítrofes con aquel país que era favorecido por la mediación de Washington que le otorga toda la barra del Río Motagua que pertenecía a Honduras.

Sus alegres voces se unen a la de los nuevos médicos que se graduaban en nuestra Facultad de Medicina fundada en 1882 por el gobierno reformista de Marco Aurelio Soto y su Ministro de Gobernación Ramón Rosa. En 1886 se graduó en primer lugar Julián Baires, graduado en nuestra Facultad de Medicina, cuyo primer decano era el Doctor de origen alemán Don Carlos Bernard. Luego se graduaría en 1888, el Dr. Jorge Isaac Reyes. Ya para 1928 había alrededor de 30 médicos nuevos más los que vinieron tanto de Guatemala como de El Salvador y Nicaragua.

En 1927 el Hospital General se trasladó a los predios del Hospital San Felipe, llenando los tres primeros requisitos: Entusiasmo, Escuela de Medicina y un Hospital General donde se entrenaría la materia prima, es decir los estudiantes y practicantes de medicina.^{3,4} "Los buenos libros se diferencian de una buena parranda en que el día siguiente no nos dejan una buena cruda" (Dr. Humberto Díaz B.).

Figura 1. Portada del primera número publicado de la Revista Médica Hondureña.

Recibido 04/2010, aceptado con modificaciones menores 20/05/2010

Correspondencia: Dr. Carlos Rivera Williams, Colegio Médico de Honduras.

Nota sobre el autor: El Dr. Rivera Williams es Pediatra y escritor e historiador médico.

Etapas formativa

En los tres primeros volúmenes se observó una clara influencia filosófica médica romántica, estilo europeo, utilizando los textos en francés como la Anatomía de Testut y Latarjet, la Patología Externa de Forge y la Interna de Colet que los estudiantes leían en francés, ya que no había traducciones al español en esa época. Además hubo altas y bajas por falta de financiamiento. A pesar de todo se siguió publicando mensualmente hasta 1942, fecha en que se volvió bimestral. En 1954 la revista se volvió una publicación trimestral como permanece hasta la fecha.

En la primera etapa constituida por los seis primeros volúmenes y seis directores, los titanes fueron indudablemente el Dr. Antonio Vidal, fundador de la Revista, quien escribió 73 artículos entre 1930 y 1947. En 1944 se escribió el reglamento interno de la revista, ocurriendo además la muerte de un segundo titán, el Dr. Salvador Paredes, quien escribió 65 artículos entre 1931 y 1943. Él fue director tres veces y editó 50 números de la revista en ese período. De los otros cuatro primeros directores el Dr. Carlos M. Gálvez era un sabio poliglota (hablaba ocho idiomas), fue Ministro de Educación y Rector de la Universidad Nacional Autónoma de Honduras, además era un acucioso lector de la Revista Médica, la cual consideraba como la mejor idea que se le había ocurrido a alguien.

Otro director fue el mencionado Dr. Humberto Díaz Banegas (Fig. 3), quien fue Decano de la Facultad de Ciencias Médicas y jefe de la sala de hombres del Hospital General San Felipe. Otro fue el Dr. Ricardo Diego Alduvín (Fig. 4), quien también fue Decano de la Facultad de Ciencias Médicas en 1932, siendo expulsado del país por razones políticas en 1934 y radicándose en México, de donde regresó en 1952 como jefe de la campaña política del Dr. Ramón Villeda Morales. Las fotografías de los dos últimos mencionados la agrega-

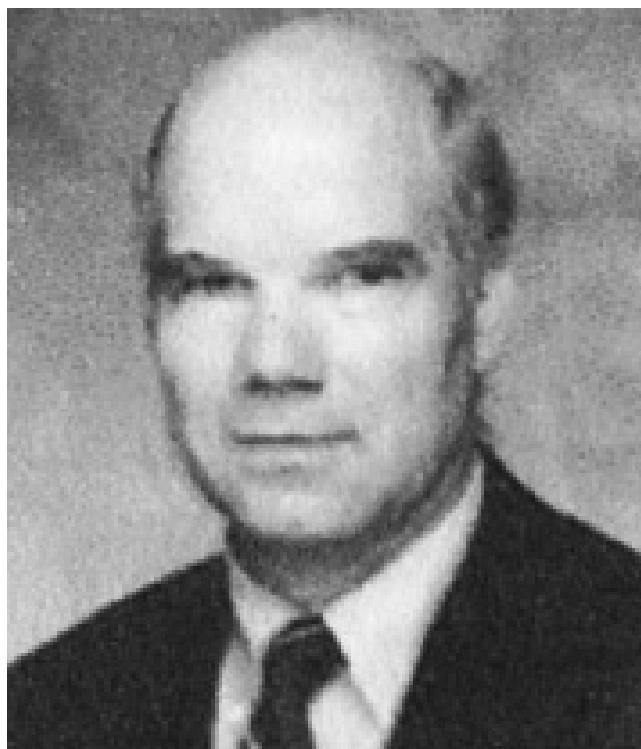


Figura 3. Dr. Humberto Díaz Banegas.



Figura 4. Dr. Ricardo Diego Alduvín.

mos en este trabajo ya que no se habían publicado anteriormente.

El sexto director en el periodo de formación de la Revista es el Dr. Manuel Larios Córdova, quien escribió el primer artículo de historia de la medicina y muere luego prematuramente en 1948. El Dr. Larios expresaba la importancia de la lectura de la revista médica, ya que era una manera de actualizarse y excitaba a todos los médicos a escribir artículos en la misma.

Esta primera etapa finaliza en los años 50 con la fundación en enero de 1955 de la Secretaría de Salud, cuyo primer ministro fue el eminente clínico Dr. Manuel Cáceres Vijil, especializado en medicina interna en la famosa Universidad de John Hopkins en ciudad de Baltimore. En 1957 se instituyó el Servicio Social Médico, que es un tanto poco aprovechado para hacer trabajos de investigación de campo. Sin embargo, la Comisión de Servicio Social de la Secretaría de Salud, tiene actualmente un programa de asignación de temas para los médicos en servicio social. En 1959 se fundó el Instituto Hondureño de Seguridad Social, que junto con la Secretaría de Salud, son los dos mayores empleadores de médicos en el país.⁵

Etapas de estabilización

Para la década de los cincuentas, la filosofía cambió radicalmente volviéndose positivista como lo preconizaba Claude Augusto Mario Compte; apreciándose que la mayoría de trabajos son escritos por médicos hondureños, con temática hondureña, fundamentalmente sobre tuberculosis, parasitismo, malaria, anemia y enfermedades de transmisión sexual. Además la revista en esta segunda etapa llamada de estabilización se organiza internamente, se imprimieron sus reglamentos y pasó a ser el órgano de publicación del Colegio Médico de Honduras en la década de los 60.

La segunda etapa de la Revista Médica Hondureña fue dominada por los Doctores Virgilio Banegas, Hernán Corrales Padilla, José Gómez Márquez, Antonio Bermúdez y Silvio R. Zúniga. Virgilio Banegas expresaba que si uno no lee frecuentemente, en 10 años pierde el 30% de lo aprendido. Hernán Corrales señalaba que el 90% de los médicos no leían ni siquiera la Revista Médica y que el 90% nunca escribieron un artículo en la misma. José Gómez Márquez decía que además de la Revista los médicos tenían que leer por lo menos tres libros fundamentales: el primero escrito por alguien que nadie ha visto como lo es Dios (la Biblia), el segundo escrito por un ciego llamado Homero (La Odisea y la Ilíada) y el tercero por un manco llamado Miguel de Cervantes (Don Quijote de la Mancha).

Antonio Bermúdez señalaba la importancia de reglamentar la revista y los trabajos a publicar y tratar de incluirla en todos los portales modernos para darla a conocer en el exterior. Esta segunda etapa tiene como hecho más relevante la fundación del Colegio Médico en octubre de 1962 y dos años después la Revista Médica pasa a ser su órgano de comunicación.

Etapas de consolidación

Ya para esta época después de los 60, la filosofía transformada en eminentemente científica y basada en la filosofía de René Descartes "*Pienso luego existo*" (cogito ergo sum), se avanzaba claramente hasta la actualidad con Manuel Kant "*A través del razonamiento se llega a la verdad*". En esta época además se introdujo la investigación y la medicina basada en evidencias. La Revista llega pues a su tercera etapa, que es la consolidación de la misma. De aquí para adelante la organización se completa actualizando el reglamento, formando un Consejo Editorial con su director, secretario, un cuerpo de redacción y la administración que corre por cuenta del Colegio Médico.

Por último, recordemos al Dr. Silvio R. Zúniga, uno de los grandes profesores y directores de la Revista y con quien se inicia la época de consolidación en los años 80. El expresaba que todos los médicos debemos dejar una huella de nuestro paso por la Escuela de Medicina y por el Hospital San Felipe, escribiendo en la Revista Médica todas las experiencias vividas. Este clarín lo toma el Dr. López Canales, quien en su primer editorial lanzara esta filípica "*los ejemplares de esta revista enviada trimestralmente a cada colega, no deben quedar olvidados en la esquina polvorienta de una oficina o no vayan a parar al cesto de la basura. Cada director y consejo editorial hacen esfuerzos y se las ingenian para cambiarle la apariencia a la revista para hacerla más atractiva. Aun así hemos visto con preocupación que las revistas quedan olvidadas, subestimándose el esfuerzo de todos los colegas que participan en la elaboración de la misma y sobre todo el sacrificio de los médicos que han realizado un trabajo esperando que sea leído por todos nosotros*".

En otro editorial el mismo Dr. Canales utiliza la página editorial en forma combativa: "*La década de los 80 se ha iniciado con una Facultad de Medicina desorganizada administrativamente y peor aún, sin ninguna definición académica. La ambiciosa reforma curricular de 1977 en la que se habían invertido tantos recursos y esperanzas, ha sido transformada en bandera proselitista sin apego a la Ley Orgánica del Alma Mater*".

En la década de los 90 se nombró como Director al Dr. Efraín Bu Figuerola. Bajo su dirección aparecen temas nuevos, comunicaciones cortas y otros artículos sobre historia de la medicina además las portadas con pinturas de artistas hondureños. Sus editoriales son combativos como el artículo titulado "El Colapso Del Comité Del Servicio Social" y el editorial sobre "Medicina, Ética, Pobreza Y Otras Cosas". Al referirse "Al Colegio Médico y Sus Nuevos Retos" señala que "*en los años por venir habrá menos espacio y tolerancia para la irresponsabilidad, la indisciplina, el empirismo, la desorganización, la impunidad, el irrespeto, la ilegalidad y la deshonestidad*".

La evolución continua de la Revista Médica Hondureña

En mi concepto personal, yo considero que la buena lectura es insustituible. Esto corrobora que los libros y las revistas científicas como la Revista Médica Hondureña han sobrevivido al radio, al cine, a la televisión, a las computadoras y en la actualidad al internet y a otros medios electrónicos sofisticados, los cuales no son antagónicos en ninguna forma sino que son complementarios. Lo mismo puede decirse de las bibliotecas formales y las virtuales.

En la primera etapa que llamamos formativa la revista tuvo altibajos. En la segunda etapa se mejoró la calidad tanto en lo científico como en la aparición de reglamentos y requisitos para las publicaciones. La tercera etapa es la actual que llamaremos de consolidación, arrancó desde la década de los 80, además de ser la publicación oficial del Colegio Médico y su mensajera de la educación continua de la medicina científica basada en la evidencia y la investigación, se aprecian cambios sustanciales no solo en el formato de la revista, sino también la desaparición de errores ortográficos. Sobre todo, la calidad de los artículos mejoró sustancialmente y los editoriales además de científicos se volvieron combativos algunas veces.

Unos de los mayores retos que enfrenta la revista en todos los tiempos es el escaso apoyo en la provisión de artículos. Para resolver este problema, el Consejo Editorial dirigido por la Dra. Cecilia Varela en el año 2002 comenzó a impartir un Curso de Escritura y Publicación de artículos científicos integrados al Congreso Médico Nacional desde el año 2003, en forma de curso pre congreso de acuerdo con la organización IMRD.⁶

Actualmente, la revista esta indizada -entre otras- en la base latinoamericana de revistas LILACS desde el año 2000 y cubre los requisitos y las instrucciones para autores siguiendo un estándar internacional, los cuales pueden ser consultados en la Revista Médica Hondureña 2009;77(1). Por otro lado, debemos recordar que si bien la Revista Médica tiene muchas fortalezas como es el contar con el apoyo de los cuatro pilares de la medicina hondureña como ser: Universidad Nacional, Colegio Médico de Honduras, Secretaría de Salud con su red de hospitales y el Instituto Hondureño de Seguridad Social, aun le falta mucho camino por recorrer pues hace falta coordinación entre los organismos que podrían favorecer mas a la Revista y que dependen de esos cuatro pilares:

- a) CENEMEC dependiente del Colegio Médico de Honduras
- b) Pre y Post grado dependiente de la Escuela de Medicina este último comenzó a funcionar en 1975 y hasta el año 2008 ha graduado 1,235 profesionales
- c) Oficina del Servicio Social Médico dependiente de la Secretaría

- ría de Salud
- d) Centro de Coordinación del Servicio Social Medico dependiente de la Secretaría de Salud
- e) Dirección de Postgrados dependiente de la Universidad Nacional Autónoma de Honduras y del convenio con la Secretaría de Salud y del Seguro Social
- f) Unidad de Investigación Científica dependiente de la Facultad de Ciencias Médicas
- g) Biblioteca Medica Nacional que pertenece a la Biblioteca Universitaria
- h) Los diversos medios electrónicos que interactúan con las ciencias médicas
- i) Cuerpo editorial de la Revista Medica Hondureña
- j) Oficina de acreditación de médicos y hospitales
- k) Administración de la revista descentralizada y autofinanciamiento.

Es necesario que todos estos organismos mantengan una coordinación real que favorezca la mayor producción de trabajos científicos, sobre todo en el área de investigación de campo que por es la más sencilla y surtiría de trabajos de primer orden para la revista. Por supuesto deben crearse premios como el denominado "Jorge Haddad" como estímulo para los mejores trabajos. Debe existir una o más personas que coordinen y supervisen todos los organismos arriba citados.

Como se ve, todavía falta mucho para llegar a la consolidación plena de nuestra revista. Por último, quiero enfatizar a todos los médicos que los trabajos más completos sobre la revista son los publicados por los distinguidos colegas Dr. Carlos Javier Zepeda, Dr. Efraín Bu Figueroa y Dra. Cecilia Varela, con la colaboración de la Dirección de la Biblioteca Médica, de la Dra. Jackeline Alger y Dra. Odessa Henríquez y otros que se escapan a mi memoria. El actual Consejo Editorial coordinado por la Dra. Reyna Durón, ha considerado que se debe seguir mejorando para acceder a bases de revistas mayores.

En la época de los 60 la revista estuvo indizada en la base PubMed de la Biblioteca Nacional de Estados Unidos. Los requisitos son tan estrictos, que para volver a ingresar a esa base de datos se ha requerido iniciar una nueva etapa en la revista, que constituye una reingeniería en el Siglo XXI. Este proceso comenzó al final del período dirigido por el Director Dr. Nicolás Sabillón. Según me ha informado el actual Consejo Editorial presidido por la Dra. Reyna

Durón (Fig. 5), se ha insistido en aspectos como la internacionalización del formato de la revista para que su categoría merezca ingresar a las bases de revistas más estrictas. Para estos se emitió nuevas instrucciones a autores en el Vol. 77 No.1 (enero 2009) y se cambió notablemente el formato de la revista para adecuarlo a los estándares internacionales.

También se ha impulsado la revisión por pares, como hacen las revistas más expertas del mundo. En esto todavía se debe seguir mejorando. Otro reto es entrenar a nuevas generaciones de escritores y editores médicos que continúen la labor de la revista con mayor rigor que antes. Para ello se está integrando médicos nuevos que tienen la oportunidad de trabajar con las generaciones previas de consejos editoriales y directores de la revista, quienes continúan apoyando como Editores Asociados.

También se ha impulsado la autogestión de la revista a través de venta de publicidad por contratistas independientes. Aunque el Consejo Editorial es un grupo técnico y científico, ha tenido que involucrarse en este aspecto en una prueba piloto. Se espera que un consejo de administración de la revista se haga cargo de ese trabajo pronto. Otra novedad es la conformación de un Comité Asesor Internacional, formado por la Dra. Julia Bailey (Department of Epidemiology, University of California in Los Angeles), Dr. Herbert Stegemann (Hospital Vargas de Caracas, Venezuela, Miembro de la Asociación Mundial de Editores Médicos), Dr. Salvador Moncada (University College of London, Inglaterra).

Antes de terminar quiero felicitar a todos y a cada uno de los Directores de la revista por el excelente trabajo que realizó cada uno de ellos y el tiempo que invirtieron en la misma a puro voluntariado (desde 1930 hasta 2010 han sido 35 los directores). Además, debo recordar que en este año 2010 además de la Revista Medica Hondureña, la Revista Honduras Pediátrica está cumpliendo 45 años de publicación continua ininterrumpida, convirtiéndose en la vicedecana de las publicaciones médicas en el país. El resto de las revistas son relativamente nuevas, pues ninguna ha cumplido más de un lustro, pero eso sí, todas ellas compiten con un bello formato y artículos extraordinarios. A todas les deseamos un futuro venturoso, son siete revistas: Revista Médica Hondureña, Revista Pediátrica, Revista de la Facultad de Ciencias Médicas, Revista de los Postgrados de Medicina, Revista Hondureña de Neurociencias y Revista de Postgrado de Psiquiatría y Revista de Ciencia y Tecnología (Dirección de Investigación Científica Universitaria).⁷

REFERENCIAS

1. Javier Zepeda CA. Reseña histórica de la Revista Medica Hondureña 1930-1995. *Rev Med Hondur* 1995;63:153-62.
2. Javier Zepeda CA. Reseña histórica del septuagésimo quinto aniversario de la Revista Médica Hondureña 2005. *Rev Med Hondur* 2005;73(supl. 2):4-16
3. Curso sobre gestión y administración de revistas científicas y reunión editorial Honduras. *Rev Med Hondur* 2007;75:197-200.
4. Bu Figueroa E. El Colegio Médico y los nuevos retos. *Rev Med Hondur* 1998;66(1).
5. Castellanos P. Evolución Histórica de la Salud en Honduras durante el Siglo XX. *Rev Med Hondur* 2005;73(Supl. 2):17-36.
6. Varela Martínez C. La Revista Medica Hondureña cumple 75 años. *Rev Med Hondur* 2006; 73(Supl.2-3).
7. Amaya JA. Historia de la lectura en Honduras. Tegucigalpa: Editorial Guaymuras, 1998.

Síntesis Web de Interés

1. Biblioteca virtual en Salud de Honduras <http://www.bvs.hn>
2. Biblioteca Medica Nacional de Honduras <http://www.cidbimena.desastres.hn>
3. Comunidad Virtual de Editorial Científica <http://www.c.virtual.ccs.bvsalud.org.arqtkiviewarticles.php.org.panam.desalud>. <http://www.paho.org>
4. Revista Medica Hondureña <http://www.colegiomedico.hn/> y <http://www.bvs.hn/>
5. Revista Honduras Pediátrica <http://www.bvs.hn/rhp/pdf/004htmlvolZ42004html>
6. Biblioteca virtual en Salud (BVS, OPS, OMS) <http://regional.bvsalud.org/php/index.php?lang=es>
7. Centro Latinoamericano y del Caribe de Información en Ciencias de la Salud (BIREME, BRJLSIJ) <http://regional.bvsalud.org/local/Site/bireme/E/homepage.htm>
8. Consejo Hondureño de Ciencia y Tecnología (COHCIT) www.cohcit.gob.hn/

REMINISCENCIA ESTUDIANTIL. LA REVISTA GALENIA

Reminiscence of student life. The Galenia Journal

Arnulfo Bueso P.

Telethon, Santa Rosa de Copán, Honduras

El insigne humanista y filósofo Dr. Gregorio Marañón, escribió sobre la obligación de escribir del médico. "ninguno de los profesionales que cumple con su deber, puede eludir al llegar a cierta etapa de la vida, la obligación de contar a los demás lo que le ha enseñado la experiencia. Arguyenunos que no saben escribir, lo cual es falso puesto que saben hablar. El argumento que otros justifican su silencio es que no tienen cosas importantes que decir. Y esto también es inexacto. Todo lo que ve un médico, si lo ve con honradez, es rigurosamente interesante. Pero el más frecuente argumento de los que rehúsan aportar su contribución al saber común es que el esfuerzo de escribir y publicar no siempre se compensa. A estos hombres sin fe hay que decirles que aportar un material, grande o pequeño, al ingente edificio de la ciencia, debe realizarse como un rito solemnemente desinteresado...."

Allá por el año de 1954 se fundó la Revista "GALENIA", órgano científico social de la asociación de estudiantes de medicina y cirugía de Honduras (Fig. 1). Hemos indagado con autoridades

de la facultad de medicina; requerido el apoyo del personal de la biblioteca médica y consultando con algunos colegas para conocer en que fecha se hizo el primer tiraje de la revista y no hemos tenido éxito. Empero, aquella generación estudiantil de avanzada y el primer directorio de la naciente revista se merecen el alto honor al mérito y quién este artículo leyese y tenga información que ha nosotros se extravió, esperamos que contribuya a dar más fe de éste hecho histórico.

La junta directiva de la asociación de estudiantes de medicina y cirugía, 1961-1962 fue la siguiente:

Presidente	Br. Alfonso Lacayo Sánchez
Vice-presidente	Br. Dagoberto Espinoza M.
Secretario del interior	Br. Carlos Ventura Ramos
Pro-secretario del interior	Br. Reynaldo Zavala
Secretario del exterior	Br. Felipe Cáliz
Pro-secretario del exterior	Br. Marco Tulio Oliva
Secretario de finanzas	Br. José María Ochoa
Pro- secretario de finanzas	Br. Bety Galeano
Vocal 1	Br. Ernesto Antonio Pinto
Vocal 2	Br. Rigoberto López L.
Vocal 3	Br. Saúl Larios
Vocal 4	Br. Julio Vijil
Vocal 5	Br. Roberto Rivera R.

Constituye una inefable emoción y dicha muy grande, recordar que en la querida Facultad de Medicina de la Universidad Nacional Autónoma de Honduras, el estudiantado siempre ha sido abandonado en muchas luchas y de un liderazgo a prueba en el ámbito universitario. El grupo conductor de aquel año, muy dinámico con Alfonso Lacayo presidiendo, no concebía n una asociación sin un medio de comunicación, razón por la que se retomó la publicación de GALENIA después de un letargo de tres años. En 1961 se reorganiza el directorio de la revista, quedando integrado así:

Presidente	Br. Arnulfo Bueso Pineda
Jefe de redacción	Br. María Santos
Gestor de anuncios	Br. R. Veroy Quezada
Redactores:	Br. Alfonso Lacayo S.
	Br. Plutarco Castellanos
	Br. Carlos Arita Chinchilla

La primera publicación de la renaciente revista se hizo en Noviembre de 1961, apareciendo como número siete del año ocho. Es meritorio recordar a Alfonso Lacayo (Q.E.P.D.) quien en el ejercicio profesional fue muy servicial con los pobres y en especial con

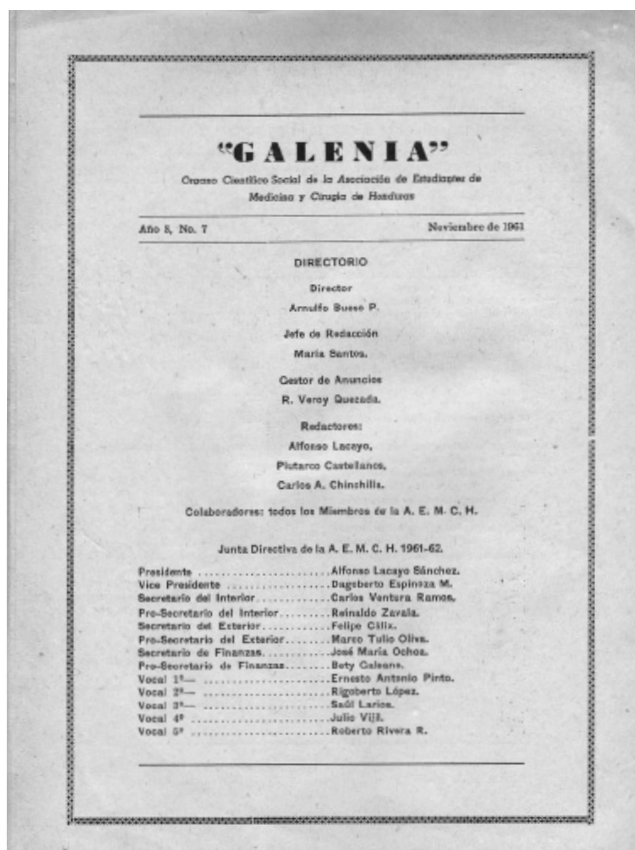


Figura 1. Primera portada de la Revista Galenia en 1954.

Correspondencia a: Dr. Arnulfo Bueso fitobuesopineda@gmail.com

sus hermanos Garifunas, habiendo escrito un editorial de mucho contenido social del cual transcribo estas líneas "La inercia que amenaza extinguir nuestro movimiento estudiantil, bien puede atribuirse en parte a la falta de un vocero que imprimirá a nuestro conglomerado el indispensable elixir de vida que mantiene y perfecciona".

Editar la revista era una proeza, porque los patrocinadores miraban con suspicacia a quienes les visitábamos y hacían sus contribuciones cuando ya estaban disponibles los ejemplares. Los dueños de imprentas fueron más magnánimos, permitieron la circulación de una revista con excelente calidad en un formato de 8x10 pulgadas. Publicamos dos números y estábamos preparando un tercero cuando llegó la época del internado rotatorio y el tiempo nos apremiaba. Siempre recordaremos a nuestros patrocinadores. Cervecería Tegucigalpa, Cervecería Carta Blanca, Farmacias Santa Inés, Higía y Central, Laboratorios Clínicos Juan José Molina, Francisco J Yones, Hospital C.M.Q., Farmacia, Laboratorios Lederle, Mina F. Mahomar, Librería San Antonio y Droguería Valle.

Rememorar es vivir; la revista reapareció con el siguiente contenido:

Editorial:	Br. Alfonso Lacayo S.
Uso y abuso de antibióticos	Br. Eugenio Matute Canizales
La Universidad	Dr. Carlos M. Gálvez
Historia clínica de un pueblo	Br. Rubén Villeda B.
Dos problemas por resolver	Br. R. Veroy Quezada
Salutación a una novia	Br. Carlos Arita Chinchilla
Semana del estudiante de medicina	Br. Alfonso Lacayo S.
Fiestas patrias en San Felipe	Presb. Juan Antonio Vegas
Una gota de sangre (Fig. 2)	Br. Plutarco Castellanos H.
Himno del estudiante de medicina	Br. Ricardo Villeda Vidal
Notas universitarias	Redactores
La pobreza de nuestro pueblo	
y el problema de su salud	Br. Arnulfo Bueso P.
Accidentes de la Hemoterapia	Extracto de revista
Acto quirúrgico	Br. Jorge Adalberto Corea
De mis equivocaciones en clínica	Dr. Ricardo Aguilar Meza

Desconocemos si las nuevas generaciones estudiantiles continuaron la publicación de GALENIA; se nos ha informado que la Facultad de Medicina edita semestralmente su propia revista y los estudiantes de hoy, no tienen una publicación propia pero pueden colaborar con la revista de la facultad de medicina. La señorita Rosa Edith Burgos, bella flor de jardín capitalino, fue la novia de los estudiantes de medicina de 1961 y el inspirado poeta estudiante Carlos Arita Chinchilla, le dedicó versos primorosos, cuyo inicio transcribo: "No sé si fue en la catedral o en el calvario En la Grecia del ensueño o en la Venus del Milo, Donde vi una

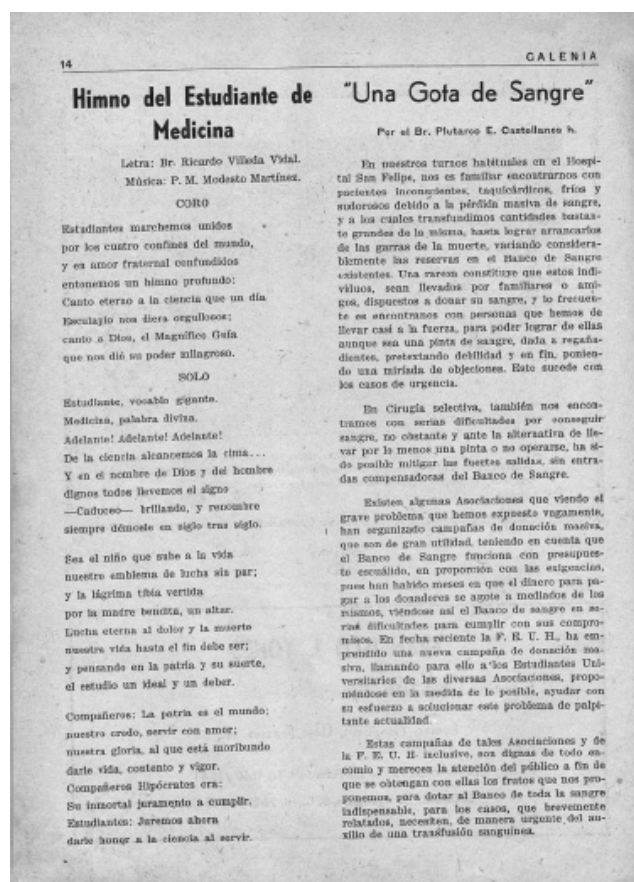


Figura 2. Formato y temas publicados en la revista.

virgen que ostentaba un relicario Y que esa, virgen era como tu, sin discutirlo."

La semana del estudiante de medicina fue una expresión del dinamismo de antaño. Ese año 1961 y muchos más, el liderazgo de medicina no dejó dudas; el 21 de Agosto a las 19:00 horas se inauguró con toda solemnidad en el Paraninfo de la Universidad, con la presencia del señor rector Dr. Hernán Corrales Padilla, señor decano de la facultad de medicina Dr. J. Adán Cueva, miembros directivos de asociaciones universitarias y estudiantes de nuestra carrera. Hubo premiación del mejor estudiante en cada curso, conferencias, carrozas y actividades deportivas. Al final un regio baile donde se impuso la banda a la novia Rosa Edith y para cerrar con broche de oro, un alegre paseo a Valle de Ángeles.

Reflexión médica: "No Ahoguemos por el exceso de trabajo la ilusión de nuestra primera clase de anatomía. Tenemos pues, que despojarnos de la arrogancia, que no fue materia que se nos impartió, y de la soberbia, que jamás tuvo unidades valorativas en nuestra formación académica" Dr. Carlos M. García (Q.D.D.G.).

Colegio Médico de Honduras

Centro Nacional de Educación Médica Continua

PROGRAMA DE EVENTOS ACADÉMICOS PERÍODO ENERO-DICIEMBRE 2010

(Accesible también en: <http://www.colegiomedico.hn/>)

MES DE JULIO, 2010

No.	Fecha	Sociedad o Asociación Oferente	Sociedad o Asociación Receptora	Lugar	Tipo de Actividad
98	3	Asociación Hondureña De Psiquiatría		Tegucigalpa	Simposio de Psiquiatría Biológica
99	10	Asociación Hondureña De Psiquiatría		Tegucigalpa	VI Simposio de la Sociedad Hondureña de Neurociencias y Psicofarmacología
100	13 al 16	LIII Congreso Médico Nacional		Choluteca	
101	24	Asociación de Médicos del Instituto Hondureño de Seguridad Social		Tegucigalpa	Jornada de Actualización en Neumología
102	28	Asociación Hondureña de Médicos Generales		Tegucigalpa	Jornada de Actualización
103	30	Sociedad Hondureña de Medicina del Trabajo		San Pedro Sula	Jornada Médica
104	30	Sociedad Hondureña de Alergia e Inmunología	Sociedad Médica de Comayagua	Comayagua	Jornada de Actualización
105	30 y 31	Asociación Hondureña de Ortopedia y Traumatología		San Pedro Sula	Jornada de Actualización en Ortopedia en el Último Decenio
106	31	Asociación Hondureña de Otorrinolaringología	Sociedad Médica de Olanchito	Olanchito	Jornada de Actualización
107	31	Asociación Hondureña de Psiquiatría		Tegucigalpa	Simposio de Psiquiatría Legal

MES DE AGOSTO, 2010

No.	Fecha	Sociedad o Asociación Oferente	Sociedad o Asociación Receptora	Lugar	Tipo De Actividad
108	3, 4 y 5	Asociación Pediátrica Hondureña		Tegucigalpa	VI Congreso Nacional de Nutrición y Alimentación Infantil
109	6	Asociación Hondureña de Psiquiatría	Delegación Médica de Santa Bárbara	Santa Bárbara	Jornada de Actualización
110	6 y 7	Asociación Médica Cristiana Hondureña		Tegucigalpa	Congreso Centroamericano
111	7	Sociedad Hondureña de Medicina Interna		Tegucigalpa	Jornada de Avances Médicos
112	7	Sociedad Hondureña de Anestesiología Reanimación y Dolor		San Pedro Sula	Taller de Vía Aérea
113	7	Asociación Médica de Colón		Tocoa	Jornada de Actualización
114	12	Asociación Médica Olanchana		Juticalpa	Jornada de Actualización en Ginecología
115	13	Sociedad Hondureña de Neurocirugía	Sociedad Médica de Comayagua	Comaya	Jornada de Actualización
116	13 y 14	Sociedad Hondureña de Alergia e Inmunología		Tegucigalpa	Congreso Nacional de Alergia e Inmunología
117	14	Asociación de Médicos del Instituto Hondureño de Seguridad Social		Tegucigalpa	Jornada de Actualización en ORL
118	14	Asociación Médica Sampedrana		San Pedro	Jornada de Actualización
119	14	Sociedad de Ginecología y Obstetricia de Honduras	Asociación Médica Intibucana	La Esperanza	Jornada de Actualización
120	14	Asociación Hondureña de Ortopedia y Traumatología	Asociación Médica de Valle	Nacaome	Jornada de Actualización
121	14	Sociedad Hondureña de Medicina Interna	Asociación Médica de Oriente	Danlí	Jornada de Actualización
122	14	Sociedad Hondureña de Prevención de la Aterosclerosis	Sociedad Médica de Yoro	Yoro	Curso de Actualización
123	19 al 21	Asociación de Médicos del Hospital Militar		Tegucigalpa	XVI Congreso del Hospital Militar
	21	Asociación Médica de Ocotepeque		Ocotepeque	Jornada de Actualización
124	21	Asociación Hondureña de Ortopedia y Traumatología	Asociación Médica de Tela	Tela	Jornada de Actualización en Ortopedia y Traumatología
	21	Asociación Hondureña de Cirugía Neurológica		Santa Rosa de Copán	Jornada de Patología Espinal y Vascular Cerebral
126	26, 27 y 28	Sociedad Hondureña de Dermatología y Cirugía Dermatológica		Tegucigalpa	Congreso Nacional de Dermatología
127	27 y 28	Sociedad Hondureña de Anestesiología Reanimación y Dolor		Tegucigalpa	Congreso Nacional de Anestesiología
128	28	Asociación Pediátrica Hondureña		San Marcos de Ocotepeque	Jornada de Actualización

MES DE SEPTIEMBRE, 2010

No.	Fecha	Sociedad o Asociación Oferente	Sociedad o Asociación Receptora	Lugar	Tipo de Actividad
129	2 al 4	Asociación Pediátrica Hondureña		Tegucigalpa	XVIII Curso Internacional de Pediatría
130	4	Sociedad Hondureña de Neurocirugía	Sociedad Médica de Lempira	Gracias	Jornada de Actualización
131	9, 10 y 11	Sociedad de Ginecología y Obstetricia de Honduras		Tegucigalpa	Taller Apoyo Avanzado en Obstetricia
132	11	Delegación Médica de Choluteca		Choluteca	Jornada de Actualización
134	11	Asociación Hondureña de Ortopedia y Traumatología	Delegación de Santa Bárbara	Santa Bárbara	Jornada de Actualización de Ortopedia
135	18	Asociación Hondureña de Psiquiatría		Tegucigalpa	II Simposio de Psiquiatría Infantil y de la Adolescencia
136	18	Asociación Hondureña de Neurología Pediátrica	Sociedad Médica de Olanchito	Olanchito	Jornada de Actualización
137	23	Asociación Médica de Yoro		Yoro	Jornada de Actualización en Cirugía
138	23	Asociación Médica de Olanchana		Juticalpa	Jornada de Actualización en Cirugía
139	24	Asociación Hondureña de Ortopedia Nor-Occidental	Delegación Médica de Santa Bárbara	Santa Bárbara	Jornada de Actualización
140	24	Sociedad Hondureña de Medicina del Trabajo		San Pedrosula	Jornada de Actualización
141	24	Asociación Hondureña de Psiquiatría	Comayagua	Comayagua	Jornada de Actualización
142	25	Asociación de Ginecología y Obstetricia de Honduras	Asociación Hondureña de Médicos Generales	Tegucigalpa	Jornada de Actualización
143	25	Sociedad Hondureña de Medicina Interna	Asociación Médica de Tela	Tela	Jornada de Actualización
144	25	Sociedad Hondureña de Cuidados Intensivos		Lago de Yojoa	Jornada de Actualización

MES DE OCTUBRE, 2010

No.	Fecha	Sociedad o Asociación Oferente	Sociedad o Asociación Receptora	Lugar	Tipo de Actividad
145	9	Asociación de Médicos del Instituto Hondureño de Seguridad Social		Tegucigalpa	Jornada de Actualización Oftalmológica
146	9	Asociación Pediátrica Hondureña	Asociación Médica de Valle	Nacaome	Jornada de Actualización
147	14 Al 16	Asociación Hondureña de Psiquiatría		Tegucigalpa	Escuela del Instituto Latinoamericano de Psicoanálisis (ILAP)
148	15 Y 16	Asociación Pediátrica del Valle de Sula		San Pedro Sula	Jornada Interinstitucional
149	16	Sociedad Hondureña de Cardiología		Tegucigalpa	Jornada de Actualización
150	22	Sociedad Hondureña de Prevención de la Aterosclerosis	Asociación Médica de Comayagua	Comayagua	Taller de Aterosclerosis
151	23	Asociación Médica de Ocotepeque		Ocotepeque	Jornada de Actualización
152	23	Asociación Hondureña de Dermatología y Cirugía Dermatológica Capítulo Nor-Occidental	Asociación Médica de Yoro	Yoro	Jornada de Actualización
153	30	Sociedad Hondureña de Neurocirugía	Asociación Hondureña de Médicos Generales	Tegucigalpa	Jornada de Actualización
154	30	Sociedad Hondureña de Medicina Interna	Asociación Médica Intibucana	La Esperanza	Jornada de Actualización
155	30	Asociación Hondureña de Psiquiatría		Tegucigalpa	Jornada de Actualización

MES DE NOVIEMBRE, 2010

No.	Fecha	Sociedad o Asociación Oferente	Sociedad o Asociación Receptora	Lugar	Tipo de Actividad
157	6	Asociación Médica de Oriente		Danlí	Jornada de Actualización
158	6	Asociación de Médicos del Instituto Hondureño de Seguridad Social		Tegucigalpa	Jornada de Cardiología
159	11	Asociación Hondureña de Otorrinolaringología	Asociación Médica Olanchana	Juticalpa	Jornada de Actualización
160	11	Sociedad Hondureña de Medicina del Trabajo		Tegucigalpa	Jornada Médica
161	12 Y 13	Sociedad Hondureña de Enfermedades Infecciosas		Tegucigalpa	XI Curso Internacional de Enfermedades Infecciosas
162	13	Asociación Hondureña de Ortopedia y Traumatología Capítulo Nor-Occidental		San Pedro Sula	Jornada de Ortopedia
163	19 Y 20	Sociedad Hondureña de Nefrología		Tegucigalpa	Congreso Nacional
164	20	Asociación Médica Cristiana Hondureña		Tegucigalpa	Jornada de Actualización
165	20	Asociación Médica de Ocotepeque		Ocotepeque	Jornada de Actualización
166	20	Asociación Pediátrica Hondureña Capítulo Valle de Sula		Santa Bárbara	Jornada de Actualización
167	20	Sociedad de Ginecología y Obstetricia de Honduras	Asociación Médica de Choluteca	Choluteca	Jornada de Actualización
168	27	Asociación Hondureña de Psiquiatría	Asociación Hondureña de Médicos Generales	Tegucigalpa	Jornada de Actualización

MES DE DICIEMBRE, 2010

No.	Fecha	Sociedad o Asociación Oferente	Sociedad o Asociación Receptora	Lugar	Tipo de Actividad
169	2 y 3	Sociedad Hondureña de Neurocirugía		Tegucigalpa	Congreso Internacional de Neurocirugía Pediátrica
170	4	Sociedad Hondureña de Alergia e Inmunología	Sociedad Médica de Lempira	Gracias	Jornada de Actualización

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 1.

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. Añote 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. Debe informarse de casos de interés general, mostrando evidencia suficiente del diagnóstico respectivo. Ser cautelosos al aseverar que se trata de un primer caso.

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/decsweb2008.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/recommendedformats.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**

- ☐ 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.
- ☐ Indicar la dirección del autor responsable de la correspondencia.
- ☐ Texto a doble espacio, en letra Arial 10.
- ☐ Páginas separadas para referencias, figuras, cuadros y leyendas.
- ☐ Carta de solicitud y declaración de autoría firmada por todos los autores participantes (Anexo III).
- ☐ Autorización escrita de los editores de otras fuentes para reproducir material previamente publicado.

Manuscrito

- ☐ Título, resumen y palabras clave en español e inglés
- ☐ Introducción incluyendo el(los) objetivo(s) del trabajo
- ☐ Secciones separadas para Material y Métodos, Resultados y Discusión.
- ☐ Referencias citadas en el texto por números consecutivos en superíndice y siguiendo las normas de la revista.
- ☐ Utilizar las normas del Sistema Internacional de Unidades para las mediciones.
- ☐ 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 78 No. 1**

Respuesta de la pregunta No 1. La correcta es d. Uno de los problemas más graves en la lucha antituberculosa es la aparición de multidrogoresistencia, en la que el *M. tuberculosis* es resistente al menos a la isoniácida y a la rifampicina, principales antituberculosos. Este estudio nacional evaluó la resistencia inicial y adquirida del *M. tuberculosis* a 4 drogas estándar: Isoniácida, Rifampicina, Etambutol y Estreptomina. Hubo mayor número de casos resistentes en los Deptos. de Cortés y Francisco Morazán, donde también hubo más casos de tuberculosis.

Respuesta a la pregunta No 2. La correcta es e. Se estima una tasa de 37.2 casos de tuberculosis por cada 100,000 hondureños. Este estudio describió el perfil clínico y epidemiológico de adultos con sospecha de tuberculosis ingresados al Hospital Escuela en el 2007 y evaluó la ruta diagnóstica usada en dicho centro. La forma clínica de tuberculosis más frecuente fue la pulmonar, seguida de las formas extra pulmonares, por orden de frecuencia ganglios linfáticos, pleura, aparato genitourinario, huesos, meninges y peritoneo.

Respuesta a la pregunta No 3. La correcta es d. Los migrantes son más vulnerables a enfermar por tuberculosis. Este estudio incluye a todos los pacientes con TB deportados de Estados Unidos y notificados al Programa Nacional de Control de la Tuberculosis de Honduras durante 2006 y 2007. En el año 2006 fueron deportados 24,643 individuos y en el 2007 hubo 29,348 deportados. Durante 2006 y 2007 se repatriaron un total de 198 pacientes con tuberculosis.

Respuesta a la pregunta No 4. La respuesta correcta es d. La tuberculosis abdominal cursa con un cuadro inespecífico de difícil diagnóstico diferencial. Se presentó el caso de un varón con dolor abdominal, pérdida severa de peso y fiebre de un mes de evolución. Al examen físico se encontró una masa abdominal de la cual se obtuvo material denso-purulento que al Ziehl Neelsen demostró la presencia de bacilo alcohol ácido resistente.

Respuesta a la pregunta No 5. La correcta es c. La tuberculosis pulmonar la forma más frecuente y de sus formas extra pulmonares predominan el derrame pleural y la meningitis TB. La pericarditis tuberculosa es infrecuente en nuestro país. Se asocia con morbi-mortalidad significativa, frecuentemente por pericarditis constrictiva. Se presentó caso de un paciente de 54 años, ex fumador, sin antecedentes patológicos, quien presentó disnea, tos seca y datos de insuficiencia cardíaca congestiva progresivas de 2 meses de evolución.

Respuesta a la pregunta No 6. La correcta es e. La OMS estima que más de 8 millones de personas desarrollan tuberculosis anualmente y 1 a 3 millones mueren por esta enfermedad. El diagnóstico de la tuberculosis infantil es indirecto y se basa en una combinación de criterios: 1) aislamiento del bacilo, 2) Epidemiológico 3) clínico 4) inmunológico 5) radiológico 6) hallazgos histológicos (granuloma específico). Como los niños son paucibacilares, el aislamiento del bacilo se logra sólo en un 6% de los niños con PPD positiva.

Respuesta a la pregunta No 7. La correcta es a. La co-infección tuberculosis/VIH es una de los problemas de salud más importantes que afronta la humanidad. El VIH incrementa el riesgo de enfermar de TB y la TB acelera el curso del VIH/Sida, El uso de ARV disminuye significativamente la mortalidad por la coinfección, pero debe tenerse en cuenta el estado inmunológico del paciente, los efectos adversos de las drogas y sus interacciones.

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

Cuestionario del Contenido del Volumen 78 No. 2

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 No. 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 sobre conductas alimentarias y de actividad física de escolares en Tegucigalpa por M. Félix e I. Rivera, es correcto:**
 - a. Se encontró que tenían estilo de vida y nutrición saludables
 - b. Es un artículo de Revisión Bibliográfica
 - c. Casi la mitad de las meriendas eran altas en grasas, solo 53% tenían actividad física significativa, el 52% miraban televisión más de 3 horas al día.
 - d. Se realizó un estudio nacional
2. **En su artículo sobre depresión en mujeres misquitas, Landa et al encontraron que:**
 - a. La depresión mayor tenía una tasa muy elevada de prevalencia en las mujeres evaluadas.
 - b. El 6% tenía criterios de depresión mayor y ser mayor de 50 años y tener baja escolaridad predisponía a la depresión.
 - c. Hay muchos estudios sobre depresión en grupos étnicos.
 - d. Ninguna es correcta.
3. **Sobre el caso clínico de parche pediculado de diafragma como tratamiento de perforación de esófago torácico por Ayes y Alvarado, es correcto afirmar:**
 - a. Es un artículo original
 - b. Dicho tipo de patología es común en las emergencias.
 - c. Se mostró la dificultad diagnóstica y la importancia de la sospecha y manejo temprano, destacan la confiabilidad del procedimiento realizado.
 - d. Ninguna es correcta.
4. **Del artículo sobre atrofodermia de Pasini y Pierini por Paredes y Meléndez no es cierto que:**
 - a. Es común y frecuente en niñas
 - b. Su histopatología incluye hialinización y esclerosis del colágeno
 - c. Su distribución anatómica es bilateral y simétrica, en tronco, abdomen y extremidades superiores
 - d. Todas las anteriores son correctas.
5. **Barragán y col., revisan la comorbilidad entre trastorno de déficit de atención con hiperactividad y epilepsia, destacando que:**
 - a. La presencia de varios tipos de trastornos de atención e hiperactividad es 3 a 5 veces mayor en niños con epilepsia.
 - b. El EEG tiene utilidad en el diagnóstico del tipo de epilepsia pero sus hallazgos en TDAH primario no son concluyentes ni indispensables para el tratamiento.
 - c. Los psicoestimulantes pueden usarse y son generalmente seguros en niños con epilepsia siempre que sus crisis estén controladas.
 - d. Todas son correctas
6. **El Dr. Rivera Williams destaca en su artículo histórico sobre la Revista Médica Hondureña que:**
 - a. La Revista se fundó en 1930 y su primer Director fue el Dr. Antonio Vidal Mayorga.
 - b. Se ha publicado por 80 años sin interrupción.
 - c. Actualmente se encuentra en una etapa de reingeniería para poder mejorar aún más su calidad y visibilidad.
 - d. Todas son correctas.
7. **Del editorial de este número conmemorativo de los 80 años de publicación de la revista no es cierto que:**
 - a. La versión electrónica es la más importante y no debería invertirse en la publicación impresa.
 - b. La revista está disponible en versión digital en todos sus números desde 1930 y está accesible en varios portales y bases de revistas internacionales.
 - c. La Revista representa un orgullo para el gremio médico hondureño y debe recibir todo el apoyo de los médicos y las autoridades del Colegio Médico de Honduras.
 - d. Su modernización incluye un nuevo formato, normas para autores, revisión por pares, ajuste a normas internacionales y planes de autogestión.



Mayo 1930- Mayo 2010



**ADQUIERA EL DVD DE LA REVISTA MEDICA HONDUREÑA
80 AÑOS EN UN SOLO DISCO
Disponible en las oficinas del Colegio Médico de Honduras**