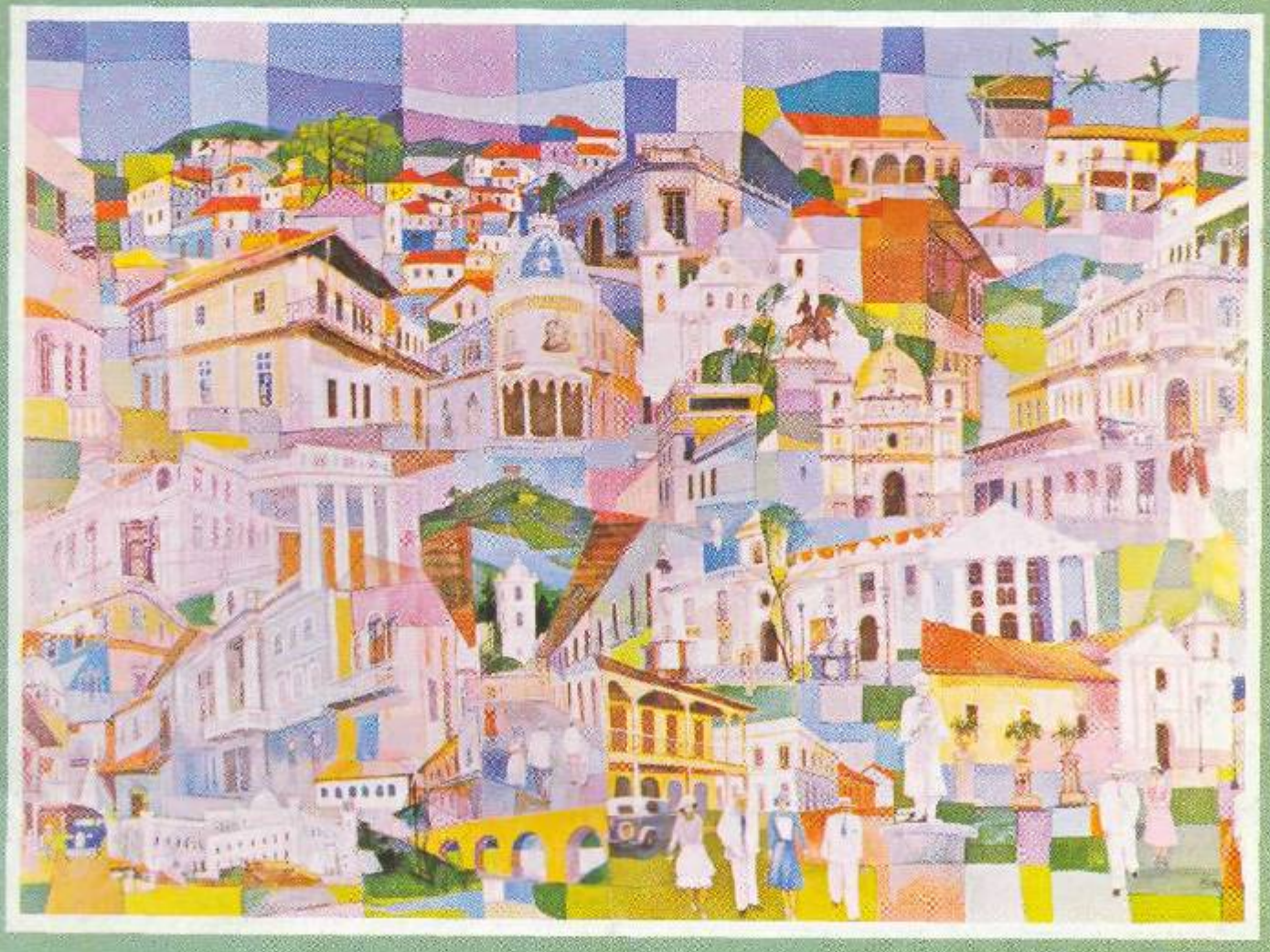
ORGANO DEL
COLEGIO MEDICO
DE HONDURAS

Revista MEDICA Hondureña

VOLUMEN 64 - No. 3 Julio, Agosto, Septiembre de 1996



Revista MEDICA Hondureña

VOL. 64, # 3, JULIO, AGOSTO, SEPTIEMBRE 1996

CONSEJO EDITORIAL

Dr. EFRAIN BU FIGUEROA
Director

Dr. DENIS D. PADGETT MONCADA
Secretario

Cuerpo de Redacción

Dr. ERNESTO DALA SIERRA Dr. MARCO TUL1O MEDINA Dr. JOSÉ A. CÁRCAMO MEJIA Dra. ROSARIO CABANAS DE CALIX Dr. MÁXIMO LÓPEZ SUAZO

ADMINISTRACIÓN

COLEGIO MEDICO DE HONDURAS
Apartado Postal No. 810
Tegucigalpa, Honduras
Tel. 32-7985

EDITORIAL

POLÍTICA DE INVESTIGACIÓN EN LAS CIENCIAS BIOMEDICAS EN HONDURAS

La investigación científica tiene una importancia capital en el desarrollo de las sociedades actuales, de ella depende los cambios que en tecnología requieren las sociedades industriales para mejorar su capacidad productiva. Una de las diferenciaciones básicas entre países desarrollados y subdesarrollados se basa en la rapidez como dichas sociedades logran realizar investigación e incorporar los conocimientos a dicha sociedad. La investigación en las ciencias biomédicas no es menos fundamental ya que involucran el conocimiento de el ser humano y de los seres vivientes.

Para muchos científicos países como Honduras no son capaces de realizar investigación de alto nivel por una seria de problemas culturales, estructurales y económicos. Analizemos dichos problemas; El nivel de analfabetismo en nuestra población es alarmante, una pequeña porción de la población hondureña tiene una educación superior de tal forma que la "masa gris poblacional" con suficientes capacidad para realizar investigación es pobre, no obstante dicha masa gris poblacional esta inmersa en un constante afán para poder subsistir, por otro lado debido a la falta de medios de comunicación tales como revistas, teléfonos, computadoras, bibliotecas, etc, nos encontramos aislados de los avances y nos convertimos en Países periféricos en los cuales los avances tardan mucho en llegar, ejemplo de ello es que áreas de interés mundial como el Proyecto del Genoma Humano involucra pobremente a nuestro país.

Cuando un nuevo profesional entra el ambiente laboral en Honduras se le dificulta su inserción a la actividad productiva ya que por parte del resto del grupo intelectual, aquel se convierte en un rival, usualmente debido al temor de ser desplazados y no ser más competitivos en un medio donde las oportunidades laborales son escasas. Esto conlleva a que cerebros de este país toman usualmente dos alternativas o se van de este país o se acomodan a esta sociedad anónimos y frustrados sin poder realizarse como profesionales. Ejemplos de esto es nuestro Premio Principe de Asturias y Candidato a Premio Nobel el Dr. Salvador Moneada quien al regresar a nuestro país e integrarse a la UNAH no se le permitió su desarrollo y esto provoco su retorno a Inglaterra donde recientemente el acaba de crear el Instituto Cruciforme.

La Universidad Nacional Autónoma de Honduras rector de la educación superior de Honduras podrían ser el caldo idóneo para la realización de Investigación pero las decisiones políticas tales como la no obligatoriedad de las tesis o la no realización de la Semana Científica en vez de promover ha impedido el progreso de la investigación.

A nuestro juicio el Gobierno de la República e Instituciones como la UNAH deben invertir una parte importante de su presupuesto en investigación en áreas de interés nacional, la generación de investigadores debe iniciarse desde la escuela y las personas que deseen dedicar su vida a esta actividad deben ser motivadas económicamente y moralmente, la creación en Honduras de una Academia de Ciencias donde reúna por méritos a los principales científicos hondureños debe ser una prioridad. La Creación de Comités de ética donde se proteja al investigador y a los sujetos humanos e incluso animales o medio ambiente debe ser otra gran meta. Finalmente en la medida en que Honduras deje ser solamente el receptáculo de los avances en ciencia y tecnología y empiece a ser creativa, en ese momento empezaremos a dejar atrás nuestro subdesarrollo que tanto nos agobia.

Dr. Marco Tulio Medina
Dirección Investigación Científica, UNAH.

TRABAJO CIENTÍFICO ORIGINAL

Biopsia Cerebral dirigida por tomografía computada

Presentación de primeros seis casos

CT Sean Guided Brain Biopsy

*Dr. Javier Sánchez M. *, Dra. Jeaneth Bu. F. **, Dr. Ricardo Madrid***.,*
Dr. Enrique Flores

RESUMEN. Los autores presentaron los primeros seis casos de diferentes lesiones cerebrales en las que el diagnóstico fue confirmado mediante biopsia dirigida por tomografía computada (TC). El procedimiento se realizo en 6 pacientes: 4 del sexo masculino y 2 del sexo femenino. Cuyas edades oscilaron entre los 5 y 77 años, utilizando únicamente anestecia local y sedación en adultos y anestesia general en el único caso pediátrico. Los diagnósticos fueron: astrocitoma grado II, quiste por radioterapia sin actividad tumoral, absceso cerebral, linfoma (paciente HIV positivo) astrocitoma grado I de tallo cerebral y en un paciente se realizó drenaje de tumor quistico residual de ángulo pontocerebeloso con extensión pontomesencefálica (Schwanoma). Se discuten las indicaciones de la biopsia dirigida pro TC como parte preliminar de la implementación de la cirugía esterotaxica en Honduras.

Palabras Clave: Biopsia cerebral, Estereotáxia.

SUMMARY: Author reports the first six cases of different cerebral lesions and the diagnosis was confirmed by CT-guided brain biopsy. This procedures was made in six patients: 4 male and 2 female, ages between 5 and *77* years oíd, only local anesthesic and sedation was used and general anesthesya in only one pediatric case. The histopathologic diagnosis were: astrocytoma grade II, cyst postradioterapy without tumor activity, brain abscess, primary CNS Iymphoma (HIV positive), astrocytoma Grade I of brainstem and a cystic tumor of pontocerebellar angle with extention toward temporal lobe (schwanoma).- We discussed the main indications of the CT-guided brain biopsy as first step to introduce the stereotactic neurosurgery in Honduras.

Key Word: Brain Biopsy, Estereotáxia.

El término "Esterotaxia" se refiere a la localización de un punto dentro de la cabeza en relación a puntos de referencia fuera de esta. [1-2-3] para fines prácticos el acceso al interior se logra a través de una pequeña abertura en el calvario evitando así una cirugía mayor. La estereotáxia guiada por TC, es en la actualidad uno de los métodos más utilizados por el neurocirujano, ya que permite el acceso a un gran número de lesiones que en el pasado eran consideradas "No operables" [41 el ínteres en este procedimiento se ha incrementado gracias a la habilidad de la TC e imagen de resonancia magnética (IRM) en la visualización directa multiplanar de la estructura intracraneales, lo cual permite que los puntos esco-

Neurocirujano. Dirección de investigación científica, UNAH
Hospital Viera, Tegucigalpa, Honduras.
Neurorradióloga, Diagnóstico Médicos; Hospital Viera.
Neuropatologo, Depto. de Patología, Hospital Escuela.
Oncologo-Radíoterapeuta, Centro de Cáncer Enma de Callejas.

gidos fuera de la cabeza y mediante un sistema de coordenadas "X" y "Y" proporcionados por TC e IRM general una trayectoria directa y segura al sitio de la lesión dentro del cráneo. <[3,5,6,7,9]>.

El procedimiento estereotáxico mas común es la biopsia cerebral, que permite obtener la muestra tisular con menor trauma que la obtenida a través del abordaje por la craneotomía tradicional. Además con el uso de las técnicas estereotaxicas se pueden obtener biopsias de lesiones muy pequeñas o localizadas en áreas que eran consideradas inaccesibles o peligrosas para la vida y función del paciente.

OBJETIVOS

1. Demostrar la certeza diagnóstica de la biopsia cerebral dirigida por tomografía.

2. Comprobar histológicamente a través de la biopsia dirigida por tomografía la estirpe histológica tumoral o de la lesión a estudiar.

3. Demostrar la eficacia de la biopsia dirigida por TAC para ser efectuada en pacientes cuya condición no permite una anestesia general.

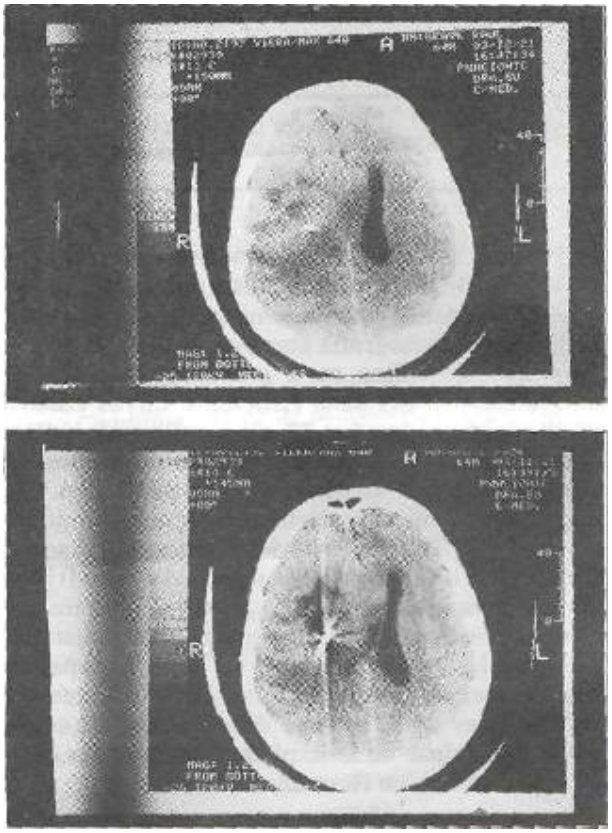
MATERIAL Y MÉTODOS

Los autores realizaron los primeros seis casos de biopsia cerebral dirigida por tomografía, en un período comprendo entre julio de 1993 y enero 1996, en pacientes con lesiones cerebrales inespecificas y cuyo diagnóstico clínico y por imágenes ameritaban diagnóstico histológico para instalar el tratamiento correspondiente. Dichos pacientes por condiciones especiales no podían ser sometidos a anestesia general, debido a: edad, riesgo quirúrgico elevado, sitio de la lesión inaccesible actualmente en nuestro país, negación del paciente a someterse a anestesia general, siendo realizado únicamente con anestesia local y sedación por anestesiologo, siguiendo todas las reglas de asepsia y antisepsia para una craniectomia en la sala de tomografía. Se utilizó un tomógrafo marca general electric modelo sytec 2000-1, quien indico las coordenadas X y Y que se describen en la discusión. Se tomó la muestra de la lesión, previo agujero de trepano, con una aguja de abrahams estereotaxica en el sitio de la lesión ya determinado por las coordenadas y la cual fue analizada por neuropatólogo. Se efectúo TAC cerebral post-operatorio y 24 horas después del procedimiento con una previa al mismo,

RESULTADOS

A continuación se describen el caso clínico y los resultados de cada uno de los pacientes del presente estudio:

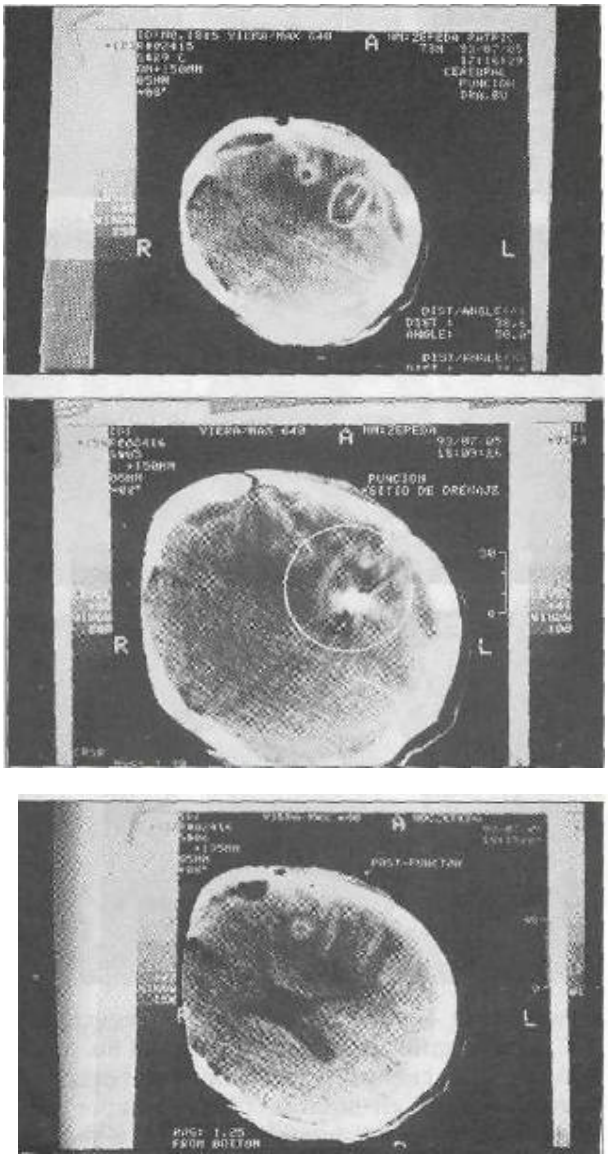
CASO No. 1
(Figura 1 y 2)



Masculino de 62 años, procedente de Tegucígalpa, D. C, con antecedentes de hemiparesía braquiocrural izquierda. El estudio de TC mostró lesión ocupativa neoplasica intraxial hacia la región parietal derecha con edema y comprensión importante sobre estructuras en vecindad. Se efectuó agujero de trepano para la biopsia a cielo abierto, cuyo resultado fue "Gliosis Reactiva". Dos semanas después del procedimiento el paciente presenta deterioro clínico; se realiza nueva TC que mostró lesión de iguales carac-

terísticas a las del estudio inicial. Se decide practicar biopsia dirigida por TC con sedación y anestesia local, a través de trepano de cirugía anterior con aguja de abrahams. El resultado de la Biopsia reporto astrocitoma Grado II.

CASO No. 2
(Figura 3, 4 y 5)

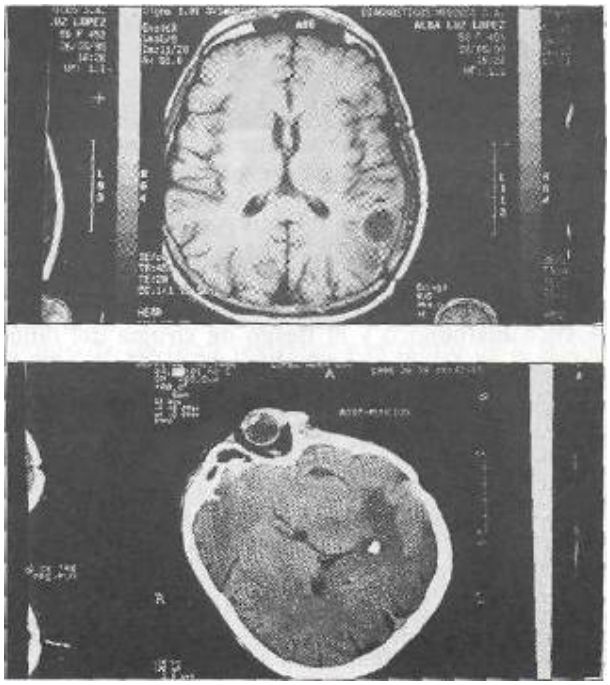


Masculino de 74 años, procedente de choluteca con antecedente de traumatismo encefalocraneano (TEC) y hematoma subdural crónico, el cual fue drenado mediante craneotomia y sonda de drenaje; una semana después presenta fiebre, deterioro neurológico y cefalea intensa. La TC mostró absceso cerebral frontoparietal izquierdo, el cual fue drenado en la sala de TC al decidir el sitio de abordaje mediante las imágenes obtenidas. Se obtuvieron 12cc. de material purulento; el cultivo fue positivo por Staphylococus aureus. Post-drenaje mostró franca reducción de la lesión. El paciente tuvo mejoría clínica y egresó tres días después del drenaje.

CASO No. 3

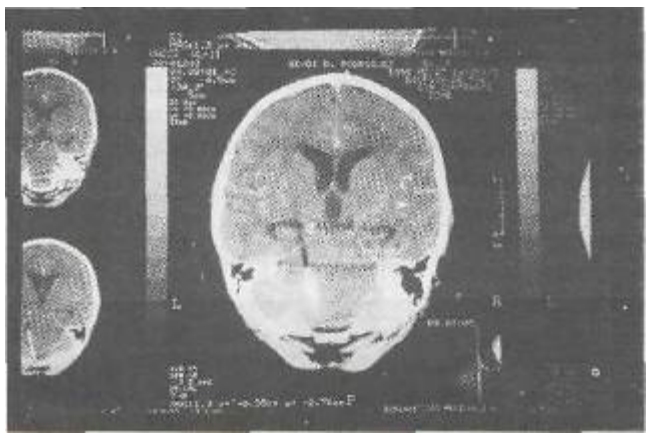
Paciente masculino de 27 años procedente de Tegucigalpa, HIV positivo, con historia de hemiparesia izquierda; la TC e IRM mostraron lesión en región talamocapsular derecha con importante edema perilesional y comprensión del ventrículo lateral derecho. Se sospechó toxoplasmosis para lo cual se dio tratamiento sin repuesta clínica. Se decide hacer biopsia bajo sedación y anestesia local mediante pequeño agujero de trepano. El reporte anatomopatológico fue linfoma recibiendo radioterapia con mejoría clínica posterior. Paciente falleció un año después.

CASO No. 4
(Figura 6 y 7)



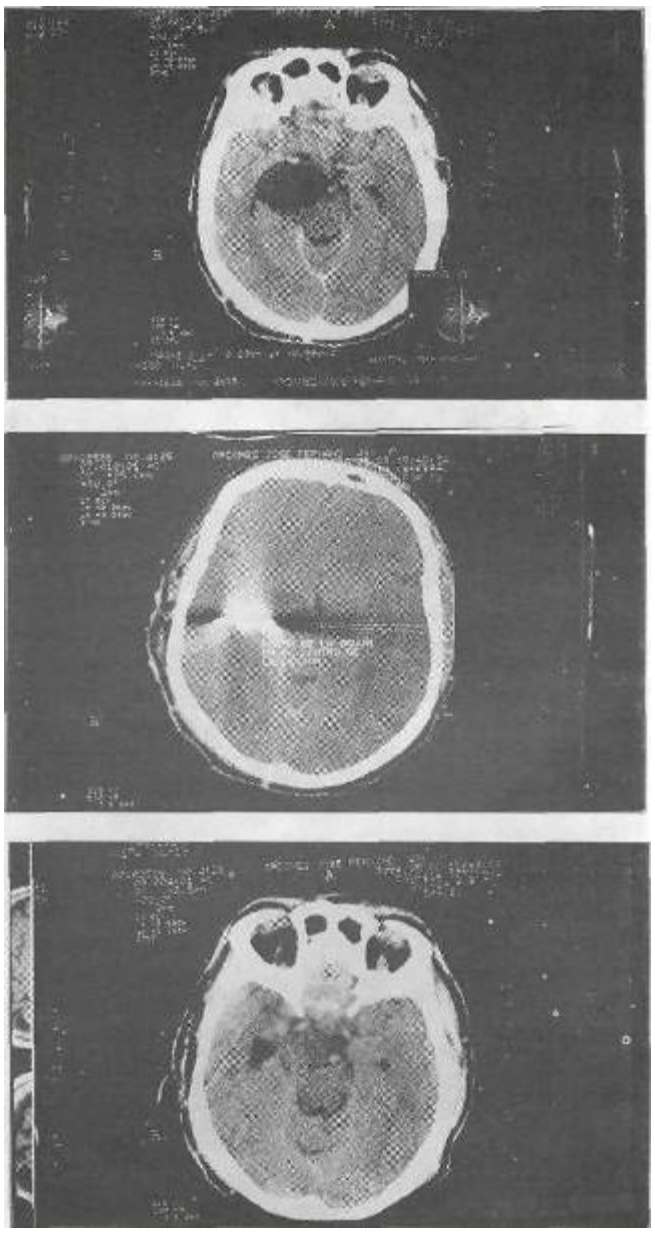
Paciente femenina de 65 años, procedente de Tegucigalpa, antecedente de Gliobastoma Multiforme con resección completa y radioterapia posterior. Asintomática; un año después de cirugía se realiza control TC mostrando lesión quistica parieto-occipital izquierda, con la incertidumbre clínica y radiológica de si la lesión corresponda a recidiva tumoral versus radionecrosis. Se decide realizar biopsia dirigida por TC, mediante agujero de trepano realizado en la sala de TC con anestesia local. Se efectúo aspiración de quiste. La citología tumoral fue negativa. TC control inmediato y a las 12 horas mostró drenaje completo. La paciente egresó 24 horas posterior al procedimiento en buenas condiciones clínicas.

CASO No. 5
(Figura 8)



Femenina de 5 años, historia de ataxia troncal, cefalea, vómitos de varios meses de evolución. IRM mostró lesión intraxial de tallo cerebral con hidrocefalia supratentorial secundaria. Ante la necesidad de diagnóstico histológico y el riesgo de cirugía del tallo cerebral, se decide efectuar biopsia guiada por TC a través de agujero magno con aguja de abrahams. El resultado anatomopatológico correspondió a astrocitoma grado I. La paciente presentó posteriormente fístula de LCR secundaria a la hipertensión intracraneal y dilatación ventricular que no permitía el cierre espontáneo del sitio de punción percutánea. Se manejó conservadoramente sin mejoría, por lo cual se le colocó drenaje externo con resolución de la fístula 72 horas después. Se inició radioterapia, actualmente la paciente está asintomática.

CASO No. 6
(Figura 9, 10, 11)



Masculino de 42 años, procedente de Tegucigalpa, D. C, con diagnóstico de Schwanoma del 8o. nervio craneal derecho, quistico intervenido quirúrgicamente en julio de 1995. El tumor tenía extensión a la región pontomesencefálica y región temporomedial derecha. IRM realizada en marzo de 1996 mostró residuos por lo que se decide la punción aspiración guiada por TC. Se extraen aproximadamente 28cc. de líquido citrino proteinaceo, repor-

tándose schwanoma. La TC inmediata mostró reducción mayor al 90% de la lesión inicial con pequeña zona de sangrado en la región opercular temporal derecha que ocurrió cuando el paciente se movió bruscamente durante el procedimiento. La TC control a las 24 y 48 horas mostró resolución completa de la hemorragia y reducción de la lesión.

DISCUSIÓN

El tratamiento racional de cualquier lesión cerebral incluye el diagnóstico histológico. Habitualmente el neurocirujano o radioterapeuta requiere una confirmación del tejido para el manejo posterior adecuado (8,9,10,11) Hasta hace algunos años se han tratado lesiones sin una biopsia confirmatoria y únicamente, en base al cuadro clínico y a los estudios neuroradiológicos, que si bien es cierto son altamente sensibles, no dan el diagnóstico tisular específico. Ejemplos de esos casos incluyen tumores del tallo cerebral, infartos cerebrales versus tumor, tumor abscedado versus absceso cerebral y en la actualidad infecciones parasitarias asociadas al Sida, metástasis, etc. Es en estos casos en los cuales la biopsia estereotaxica es de gran ayuda para precisar el diagnóstico tisular e iniciar un tratamiento rápido y oportuno. Actualmente la ayuda de los métodos radiológicos (TC e IRM) ha permitido el desarrollo de las nuevas técnicas estereotaxicas, dentro de las cuales la biopsia cerebral es la mas comunmente utilizada por el neurocirujano. De esta manera se obtienen muestras tisulares con menos trauma para el paciente que la obtenida mediante el abordaje tradicional de craneotomia. <[4,9,10]»

Las ventajas obtenidas a través de los nuevos métodos de imagen incluyen:

1.- Alta resolución de la lesión

2.- Capacidad multiplanar mediante el avance cada vez mayor de los software computarizados.

3.- Rapidez

4.- Relativa baja dosis de radiación.

5.- Seguridad y comodidad para el paciente.

En la actualidad la biopsia dirigida por TC se utiliza en las siguientes lesiones infra y supratentoriales: [7,9,10,111]

1.- Gliomas
2.- Tumores de región pineal
3.- Tumores quísticos no tumorales o quistes aracnoideos.
4.- Neurinomas acústicos 5.- Metástasis
6.- Craneofaringiornas 7.- Abscesos cerebrales 8.- Quistes coloides del tercer ventrículo.

Asimismo la TC e IRM también se están utilizando en las siguientes técnicas de tratamiento: [3,6,11,81]

1.- Medición de volumen tumoral.
2.- Irradiación estereotaxica intersticial con radioisótopos. 3.- Tratamiento radioquirurgico de malformaciones arteriovenosas y tumores intracraneales. 4.- Irradiación estereotaxica vía acelerador lineal.

Desde el advenimiento de la TC en los años 70 y el mejoramiento dramático de los software computarizados se ha incrementado la realización de las biopsias dirigidas. En 1976 Bergstrom y Greitz efectuaron las primera biopsias cerebrales utilizando las coordenadas obtenidas por TC; posteriormente se introducen los marcos estereotaxicos (1977) de Leksell, Cohadon y Caille que demostraron el uso de la TC para determinar en forma exacta los puntos para biopsia y la subsecuente radiación intersticial. Maroon y col. reportaron el uso de la TC para localizar lesiones profundas. [1,2,3,9,91] se han descrito dos técnicas para la realización de biopsias cerebrales guiadas por TC: A- sin marco estereotaxico. B- con marco estereotáxico. La primera que fue utilizada en nuestros casos se realiza en la sala de tomografía bajo anestesia local y sedación (en niño con anestesia general). ínicialmente se obtiene el topograma en proyección lateral; luego se realiza cortes axiales con medio de contraste endovenoso y se escoge el punto de abordaje (externo) y el punto de la lesión de donde se tomara la biopsia. Se coloca mareaje externo (material radiopaco) y mediante las coordenadas "X" y "Y" obtenidas por TC se obtiene la distancia y la angulación necesaria hasta el sitio de toma de la muestra. La TC también se utiliza para confirmar la posición de la aguja durante el procedimiento y al finalizar el procedimiento para excluir la posibilidad latente de hemorragia- En nuestra serie realizamos controles tomográficos al finalizar el procedimiento, 24 y 48 horas posterior a este. Los pro-

Procedimiento Excisional Electroquirúrgico con Asa Diatérmica para el Tratamiento de la Neoplasia Intraepitelial Cervical

Electrosurgical Excisional Procedure with Diatermic ASA for the Treatment of Intraepithelial Cervical Neoplasia

Dr. M. A. Crespín, Dr. A. Segura G.*, Dr. M. T. Martínez***

RESUMEN. Objetivo: Evaluar la Excisión de la Zona de Transformación con ASA (EZTA), en nuestras manos.
POBLACIÓN Y MÉTODO: Un total de 407 pacientes con citología anormal, a las que se les practicó EZTA después de Colposcopia con o sin Biopsia Dirigida, sugestivas de Lesión Intraepitelial Escamosa (LIE) o Glandular, del 26 de Abril de 1993 al 20 de de Febrero de 1995.
RESULTADOS: El porcentaje de curación fue de 95.09%. El 84.03% de las pacientes en las que el procedimiento se consideró suficiente como tratamiento, acudieron a control citológico posterior. Un 15.74% con complicaciones graves.
CONCLUSIÓN: La Excisión de la ZT con ASA, por ser efectiva, barata y relativamente fácil de practicar, parece ser un procedimiento terapéutico con el que se puede disminuir la mortalidad por Cáncer del Cuello Uterino en nuestro país, implementándolo a la par de detección masiva.

Médicos colposcopistas de las Clínicas de Patología Cervical. Liga Contra el Cáncer. San Pedro Sula, Honduras, C. A.
Coordinador del Registro de Tumores y Displasias. Liga Contra el Cáncer. San Pedro Sula, Honduras, C. A.

Palabras Clave: Excisión de la Zona de Transformación con ASA Diatérmica (EZTAD), Neoplasia Intraepitelial Cervical (NIC).

SUMMARY. The objective of this study was to evalúate our performance in the Loop Excisión of the Transformation Zone.
We studied a total of 407 patients with abnormal cytologies, to whom we practiced LETZ after colposcopy with or without biopsy with an Intraepithelial Squamous or Glandular Lesión (CIN), from April, 26 of 1993 to February 20, 1995. The percentage of success was 95.09%. The 84.03% of the patients in which the procedure was considered sufficient as a treatment, has a posterior cytologic control. Only the 15.74% of the patients had minor complications and the 0.74% had severe complications.
Our conclusión, is that the excisión of the Transformation Zone with Loop, being effective, cheap, and relatively easy to use, makes and ideal therapeutic procedure which can decrease the mortality by cervical uterine cáncer in our country, without forgetting the implementation of a massive screening test.

Key Words: Diatermic ASA, Cervical Neoplasia.

A pesar de sus defectos, la Citología del Cuello Uterino es un método efectivo para la detección precoz de cáncer y NIC 1. Aunque hay controversia, en general es aceptada a progresión a Cáncer Invasor de porcentajes considerables de NIC 2; por lo que estas lesiones, especialmente las de alto grado, deben ser tratadas3. Además, estas lesiones están alcanzando, en las dos últimas décadas, proporciones epidémicas[4]'.

Desde la orientación de la colposcopía para la evaluación de las pacientes con citología anormal y la toma de biopsias dirigidas[6], se generalizó el uso de métodos terapéuticos destructivos, especialmente la criocirugía[7], más conservadores que las tradicionales Conización e Histerectomía, para el manejo de la paciente con NIC.

Cartier[8], introdujo el uso del ASA Diatérmica para la toma de biopsias (1977). En 1982, De Haan y Kenemans[9] la empezaron a usar como tratamiento en pacientes con NIC diagnosticada por biopsia dirigida, removiendo toda la ZT. En la actualidad hay tendencia, con resistencia, a usar la EZTA como diagnóstico y tratamiento en una sola consulta (ver y tratar), obviando la biopsia dirigida[10].

Con la creencia de que la EZTA es un método que puede aliviar considerablemente el serio problema de salud que significa el cáncer del Cuello Uterino en nuestro país, implementamos el procedimiento en nuestra Institución a partir del 26 de abril de 1993. Hasta Junio de 1995 hemos realizado más de 600. Las expectativas son grandes.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Se analizaran datos de 407 pacientes con hoja de seguimiento, a las que se les realizó EZTA en el período de tiempo comprendido entre el 26 de abril de 1993 y el 20 de febrero de 1995. Doscientos noventa y dos casos tenían biopsia dirigida reciente, diagnósticos que detallamos en la Tabla I, mismos que comparamos con el diagnósticos post-EZTA, Tabla II. Ciento quince pacientes fueron operadas con diagnósticos citológicos y colposcópico únicamente, datos que analizaremos en un estudio posterior.

Después de identificar la ZT colposcópicamente, incluyendo la aplicación de Lugól, se infiltró él cérvix con, de 1.8 a 5 mil. de Xilocaína al *2%,* con Epinefrina 1:80.000 en por lo menos 4 sitios (12, 3, 9 y 6 de la esfera horaria). Con ASA semicircular conectada a un generador "Premier" se removió la ZT en una o más piezas y en uno o dos niveles. El tamaño del electrodo se escogió según el tamaño de la ZT y la lesión a extirpar. A todas las pacientes se les practicó Diatermocoagulación del lecho operatorio con un electrodo de bola, para hemostásis y destrucción de

TABLA I
DIAGNOSTICO POR BIOPSIA DIRIGIDA
(292 CASOS)

DIAGNOSTICO	CASOS	PORCENTAJE
Cervicitis Crónica	5	1.71
LVPS (LIEB)	11	3.77
Displasia Leve (LIEB)	76	26.02
Displasia Moderada (LIEA)	103	35.27
Displasia Severa (LIEA)	84	28.77
Carcinoma In Situ (LIEA)	6	2.05
Carcinoma Microinvasor Sospecha		
Sospechoso de Invasión	3	1.03
Material Insuficiente para Diagnóstico	1	0.34
TOTAL	292	100.00

LVPS: Infección por virus del Papiloma Subclínica. UEB: Lesión Intraepitelial Escamosa de Bajo Grado. LIEA: Lesión Intraepitelial Escamosa de Algo Grado.

TABLA II
DIAGNOSTICO POS EZTA (ASA)

DIAGNOSTICO	CASOS	PORCENTAJE
Cervicitis Crónica	14	3.44
IVPS (LIEB)	27	6.63
Displasia Leve (LIEB)	99	24.32
Displasia Moderada (LIEA)	132	32.43
Displasia Severa (LIEA)	111	27.27
Carcinoma In Situ (LIEA)	9	2.21
Carcinoma Microinvasor	12	2.95
Carcinoma Invasor	2	0.50
Material Insuficiente para Diagnóstico (Cauterio)	1	0.25
TOTAL	419	100.00

(407 CASOS)

LIEB: Lesión Intraepitelial Escamosa de Bajo Grado.
LIEA: Lesión Intraepitelial Escamosa de Algo Grado.

lesiones y fondos glandulares remanentes. El tejido obtenido de todos los casos fue remitido a estudio histopatológico.

Todas las pacientes son citadas para inspección del cuello uterino a las 3 semanas de la cirugía, a los 3 meses y cada 3 meses, durante un año, para control otológico, después cada 6 meses de por vida (pacientes de alto riesgo). Las pacientes con citología positiva fueron evaluadas colposcópicamente para nuevo tratamiento.

RESULTADOS

Sólo en un caso no pudo el patólogo dar un diagnóstico por excesivo efecto del cauterio en el espécimen (Tabla II). La correlación biopsia dirigida-ASA se presenta en la Tabla III. La del Diagnóstico Colposcópico-ASA en la Tabla IV. Un total de 68 pacientes, 16.77%, presentaron complicaciones leves, controladas ambulatoriamente. Tres pacientes presentaron hemorragia profusa que ameritó hospitalización, 0.74%, Tablas V, VI y VII. Sesenta y cinco pacientes, 15.97%, no ha regresado a control hasta agosto de 1995. Dieciséis pacientes, 3.93%, fueron remitidas a cirugía mayor o radioterapia por el diagnóstico del ASA, Tabla VIII. Trescientos seis pacientes, 75.18%, tienen al menos una citología negativa, Tabla IX. Veinte pacientes, 4.91%, resultaron con citología anormal en el seguimiento (persistencia), de la cuales 11 han sido tratados nuevamente, Tabla X. Depurando estos números, el porcentaje de curación es de 95.09.

COMENTARIO

Considerando que el generador y los accesorios son económicamente accesibles, que la técnica es relativamente fácil de aprender, que la morbilidad es baja y los resultados terapéuticos buenos[11], creemos que la EZTA ofrece la posibilidad de disminuir la mortalidad por Cáncer del Cuello Uterino en nuestro país, sin necesidad de grandes sacrificios económicos, ubicando en puntos estratégicos algunos centros electro quirúrgicos para aprovechar la detección de precursores de la enfermedad, que ya se realiza.

TABLA III
CORRELACIÓN BIOPSIA DIRIGIDA - ASA
(290 CASOS)

CORRELACION	CASOS	PORCENTAJE
Buena	263	90.68
Mala	27	9.32
TOTAL	290	100.00

NOTA: Correlación buena: no más de un grado de discrepancia, según Clasificación de la O.M.S.

TABLA IV
CORRELACIÓN DIAGNOSTICO COLPOSCOPICO-ASA
(407 CASOS)

CORRELACION	CASOS	PORCENTAJE
Buena	298	73.22
Mala	70	17.20
Diagnósticos Colposcópicos No Consignados o No Concluyentes	39	9.58
TOTAL	407	100.00

TABLA V
COMPLICACIONES

COMPLICACIONES	CASOS	PORCENTAJE
Infección Leve	17	4.18
Infección Moderada	1	0.25
Infección Severa	1	0.25
TOTAL	19	4.68

(19 CASOS)

TABLA VI

COMPLICACIONES	CASOS	PORCENTAJE
Sangrado Leve	27	6.63
Sangrado Moderado	5	1.23
Sangrado Severo	14	3.44
Ameritaron Hospitalización	3	0.74
Ameritaron Transfusión	0	0.00
TOTAL	46	11.30

NOTA: Los casos que ameritaron hospitalización se sumaron en sangrado severo.

COMPLICACIONES (46 CASOS)

TABLA VII
COMPLICACIONES
(3 CASOS)

COMPLICACIONES	CASOS	PORCENTAJE
Quemaduras vagina	1	0.25
Quemaduras glúteo	1	0.25
Estenosis del Cérvix	1	0.25
TOTAL	3	0.75

TABLA VIII
SEGUIMIENTO
(81 CASOS)

SEGUIMIENTO	CASOS	PORCENTAJE
Referidos a Cirugía Mayor por Diágnostico de ASA	16	3.93
Pacientes sin Seguimiento	65	15.97
TOTAL	81	19.90

TALBLA IX
SEGUIMIENTO
(306 CASOS)

SEGUIMIENTO	CASOS	PORCENTAJE
Pacientes con 1 Citología Negativa	98	24.08
Pacientes con 2 Citologías Negativas	97	23.83
Pacientes con 3 Citologías Negativas	71	17.44
Pacientes con 4 Citologías Negativas	38	9.34
Pacientes con 5 Citologías Negativas	2	0.49
TOTAL	306	100.00

TABLA X
SEGUIMIENTO
(40 CASOS)

SEGUIMIENTO	CASOS	PORCENTAJE
Persistencias	20	4.91
Persistencias Pacientes no Tratados	9	2.21
Persistencia en Pacientes Tratados	11	2.70
TOTAL	40	9.82

REFERENCIAS

1. Koss L. G. The Papanicolau Test for Cervical Detection. JAMA 1989; 261:731-43.

2. Mc indoe W. A., Mc Lean M. R. Jones R., Mullins P. R. The Invasive Potential of Carcinoma In Situ of the Cervix. Obstet Gynecol 1984; 64:451-9.

3. Karel G. G. Keijser, MD., Peter Kenemans, MD, Petronella H. Th. H. van de Zanden, Charles P. T. Sehijf, MD, G. Peter Vooijs, MD. and Rune Rolland, MD. Diathermy-Loop- Excisionin in the Management of Cervical Intraepithelial Neoplasia. Diagnosis and Treatment in one Procedure. AM J Obstet Gynecol 1992; 166:1281-7

4. Cancer Facts and Figures, 1989. Atlanta, Ga: American Cancer Society: 1989.

5. Sadegli SB, Sadegli AM, Robby S. Prevalence of Displasia and Cancer of the Cervix in a Natiowide, planned parenthood population. Cancer 1988; 61: 2359.

6. Gynecologic Oncology. Edited Coppleson. Second Edition, 1992.

7. Richart RM. Townsed DE. Outpatient Therapy of Cervical Intraepitelial with Cryotherapy of CO2 Laser. In: Osofky HJ, ed Advances in Clinical Obstetrics and gynecology, Baltimore: Williams and Wilkins, 1982:235-46.

8. Cartier R. Practical Colposcopy. Basel: S Karger, 1977:106-7.

9. De Haan RW, Kenemans P. Diathermic Stripping of Cervical Lesions. Eur J. Gynecol Oncol. 1982; 3:268-9.

10. Bigrigg MA, Codling BW, Pearson P. Read MD, Swingler GR. Colposcopic Diagnosis and Treatment of Cervical Dysplasia at a Single Clinic Visit. Lancet 1990; 336:229-31.

11. M.G. Munro M.D., Department of Obstetrics & Gynecology U.C.L.A./Olive View Medical Center. Loop Electrical Excision Procedures in Gynecology. Background an Rationale for Program Implementation.

TRABAJO CIENTÍFICO ORIGINAL

Mortalidad Materna
Estudio de tres años en el Hospital Materno Infantil
Maternal Mortality
Three year study at the Hospital Materno Infantil

Dr. José Arnulfo Cárcamo, Dra. Sandra S. Garay**, Dr. Roger Orellana**, DrMarvin Rodríguez**, Dr. Felipe Reyes*

RESUMEN. El presente estudio fue realizado prospectivamente en el Hospital Materno infantil, del 1 de enero de 1994 al 31 de diciembre de 1995. Los datos revelan la mortalidad materna íntrahospitalaria, los cuales son contradictorios a los publicados por el Ministerio de Salud Pública de 175 muertes maternas por cada 100,000 nacidos vivos y de 72.1 por 100,000 nacidos vivos en nuestro estudio; lo anterior refleja una disminución de la mortalidad intrahospitalaria a pesar de que las fallas detectadas en el sistema de información estadística fueran grandes. Se analizó retrospectivamente la tasa de mortalidad materna (TMM) de 1993 de 72. 6/100,000 (n=14) y prospectivamente, 1994: 107.6/100,000 (n=16) y 1995 de 72.1/100,000 <n=15). Las tres principales causas de mortalidad materna fueron: de índole infecciosa: 28.6 % (n=10), Enfermedad Hipertensiva en el Embarazo (EHE) 34.2 % (n=12) y S.I.D.A. 14. 3 % (n=5) La mortalidad obstétrica directa fue de 60 % e indirecta de 40.0 %. El 31.4 % (n=ll) se consideró evitable, probablemente evitable, 48.6 % (n=17) y no evitable 20% (n=7). Se analizan los factores de riesgo reproductivo, obstétrico y responsabilidad médica-hospitalaria y materno-comunitaria.

Palabras clave: Mortalidad Materna

Ginecostetras de guardia, IHSS
Residentes Gínecoobstetricia
Programa Post Grado UNAH.

SUMMARY. This study was performed prospectively at the Hospital Materno Infantil between January l[sl] 1994 and december 31st 1995. The data reveal nosocomial maternal mortality, which do not match the ones published by the Mínister of Public Health, of 175 maternal deaths for 100.00 live births and 72.1/100.000 Uve births in our study. The latter reflect a decrease in nosocomial maternal mortality in spite of reporting failure in the surveillance system. Maternal mortality rate was analyzed retrospectively: in 1993 was 72.6/100.000 (n=14), prospectively ín 1994 was 107.6/100.000 (n=16), in 1995 72.1/ 100.000 (n=15). The three main causes of mater nal mortality were: of infectious etiology 28.6% (n=10), pregnancy associated hypertensive disease 34.2% (n=12), and AIDS 14.3% (n=5). Direct obstetrical mortality was 60% and indirect 40%. The 31.4% (n=ll) was avoidable, 48.6% (n=17) probably avoidable and 20% (n-17) unavoidable. We discuss reproductiva obstetrical, hospital and physician responsability as vvell as community-maternal risk factors.

Key Words: Maternal mortality.

En Honduras no se conoce exactamente el número de muertes maternas. Existe **un sub-registro** de datos que sólo revela la desorganización de la información adecuada y la carencia de un centro de recepción de tal forma que se pueda analizar los datos para tomar medidas orientadas a disminuir la tasa de Mortalidad en Honduras que para este en-

tonces, se desconoce la información. Es lamentable que muchas muertes ocurren por falta de educación, orientación y falta de servicios básicos de Salud y transporte lo que hace que al llegar las pacientes a un centro asistencial de tercer nivel, se encuentren en estadios terminales de su patología que hace a veces irreversible el camino hacia la muerte, a pesar de los esfuerzos que hará el personal de Salud.

La T.M.M.[1] es un parámetro considerado y aceptado hoy día como uno de los más fieles representativos de la calidad de atención obstétrica que se brinda a una población determinada, por lo que consideramos necesario conocer la verdadera tasa de mortalidad materna en nuestro Hospital y conocer su precisión; La T.M.M. debe determinarse cada 10 años pero las mediciones parciales orientan en alguna medida, acerca de posibles intervenciones que puedan modificar la tasa actual y las posibles proyecciones futuras.

METODOLOGIA

Se realizó un estudio retrospectivo con los expedientes del año 1993 y en forma prospectiva con los expedientes del período 1994-95 de todos los casos de muerte materna ocurridos en el Bloque Materno-Infantil del Hospital-Escuela de Tegucigalpa, Honduras. Se diseño un protocolo para la recolección de datos, que se completaba inmediatamente al ocurrir el deceso.

En el archivo del Hospital, nos encontramos que algunos de los expedientes solicitados y clasificados como muertes, eran erróneos, pues las pacientes estaban vivas y en consulta, por lo que dichos datos no eran confiables.

En la Morgue también hay dificultad para obtener información estadística confiable ya que los expedientes de las muertes maternas no están clasificados como tales, sino que se archivan como muertes en general, incluyendo adultos pediatría, perinatales, etc por lo que el instrumento de recolección de datos fue diseñado, utilizado y archivado personalmente por los investigadores.

RESULTADOS

Un total de 45 muertes maternas ocurrieron, de las que sólo se documentaron 35 expedientes en el presente estudio, durante el período de tres años en que hubo 35,661 nacidos vivos, para una tasa de 86.93/100,000[2] Cuando se analizaron los expedientes de 1993, se encontró 14 muertes maternas y 19,276 nacidos vivos para una T.M.M. de 72.6/100,000 y en 1994, 16 muertes maternas y 14,857 nacidos vivos, para una T.M.M. de 107.69/100,000; en 1995, ocurrieron 15 muertes maternas con 20,804 nacidos vivos para una T.M.M. de 72.10/100,000.

La ocupación de las 35 pacientes era en su mayoría oficios domésticos y vendedoras. El grado de escolaridad encontrado fue así: primaria (53.3 %) y que alcanzaron el nivel medio (46.7%).

Las primigestas correspondieron al 37.1 % (n= 13) y las multíparas al 82.9% (n=22). La distribución por grupos de edad mostró un 11.4 % (n=4) de menores de 19 años y mayores de 35 años un 17.1 % (n=6). Además, del total de pacientes un 20% eran solteras y en el resto, su condición civil, se clasificó como casadas ó unión libre.

La mortalidad relativa al momento del deceso, se clasificó intraparto en 6.7% ; 60% en el puerperio y el resto, (33.3%), el período pre-natal. La edad gestacional registrada, fue de 20% en embarazos menores de 20 semanas; para embarazos entre 21 y 37 semanas, 20% y de 60% en mayores de 37 semanas. Un 45.7 % (n =16), no presentaba ningún factor de riesgo reproductivo.

En cuanto a la terminación del embarazo, el 28.6% (n=10), se consideró mortalidad combinada (materna y fetal). En estas pacientes, cinco padecían de S.I.D.A., una con T.E.P.[3] y una con T.E.C.[4] al sufrir caída. Las pacientes con S.I.D.A. tenían edad gestacional de 23 y 26 semanas (Cuadro No. 2). El 40 % evolucionó hasta parto (n=14), 22.9 % vía cesárea (n = 8) y un caso de cesárea post-mortem (6.7 %). (Cuadro No. 1).

Las tres principales causas de muerte fueron: de etiología infecciosa, 28.6 % (n = 10), que incluyeron endometritis postparto (3) y otras entidades infec-

1 Tasa Mortalidad Materna

2 Nacidos Vivos
3 Tromboembolismo pulmonar
4 Traumatismo Encefalocraneano

ciosas, como apendicitis, meningitis, neumonía y hepatitis. (Cuadro No. 2); Enfermedad hipertensiva, 34.2% (n = 12).
La mortalidad obstétrica directa fue de un 60%; obstétrica indirecta de 40 %. (Cuadro No. 3).

En el cuadro No. 4, se observa que un 20% de las muertes se consideró no evitable y en 80 % evitables o probablemente evitables. Referente a la responsabilidad en la mortalidad observada, es sumamente difícil asignarla a alguna persona en particular, ya que existen múltiples fallas en la atención de salud de las pacientes, así como en una misma paciente, lo que se podría juzgar como responsabilidad múltiple. Se consideró en nuestro estudio que en un 42.9

CUADRO No. f
MORTALIDAD MATERNA
HOSPITAL MATERNO INFANTIL
PERIODO 1993 -1995
TERMINACIÓN DEL EMBARAZO

Finalización	Número	Porcentaje
Muerte materna + fetal	10	28.6
Aborto espontaneo	2	5.7
Parto	14	40.0
Cesárea	8	22.9
Cesárea post-morten	1	6.7

CUADRO No. 2
MORTALIDAD MATERNA.
HOSPITAL MATERNO INFANTIL
PERIODO 1993 -1995
CAUSA DE MUERTE MATERNA

Causa de Muerte	Número	Porcentaje
Infecciosas	10	28.6
E.H.E.*	12	34.2
Choque hipovolémico	1	2.9
T.E.C.**	1	2.9
SIDA	5	14.3
T.E.P.***	1	2.9
Asma Bronquial	1	2.9
Anestesia	1	2.9
Pancreatitis	1	2.9
Hemorragia	1	2.9
Alteración de coagulación	1	2.9
Hemorragia Intraabdominal	1	2.9

Enfermedad Hipertensiva en el Embarazo
Traumatismo Encefalocraneano
Tromboembolia Pulmonar

CUADRO No. 3 MORTALIDAD
MATERNA. HOSPITAL MATERNO INFANTIL
PERIODO 1993-1995
CLASIFICACIÓN DEL TIPO DE MUERTE

Tipo	Número	Porcentaje
Obstétrica directa	21	60
Obstétrica indirecta	14	40
No obstétrica	0	0

CUADRO No. 4
MORTALIDAD MATERNA. HOSPITAL MATERNO INFANTIL
EVITABILIDAD DE LAS MUERTES

CUADRO No. 5
MORTALIDAD MATERNA. HOSPITAL MATERNO INFANTIL

Pacientes fallecidas	Número	Porcentaje
MEDICO-HOSPITALARIA		
Tratamiento insuficiente		
e inadecuado	10	66.6
Diagnóstico no oportuno	3	20.0
Retraso en decidir	2	13.3
TOTAL	15	42.9
MEDICO-HOSPITALARIA		
Retraso en acudir al Dr.	17	94.4
Aborto provocado	1	5.6
TOTAL	18	51.4
NINGUNO	2	5.7
TOTAL	35	100.0

PERIODO 1993-1995

% (n = 15), se podría atribuir una materno-comunitaria. (Cuadro No. 5).

DISCUSION

Podemos afirmar que la baja tasa de mortalidad encontrada en el periodo de estudio es real (86.93/100,00 nacidos vivos). Dicha tasa es diferente a los datos publicados por el Ministerio de salud Publica (175/100,000 nacidos vivos) y difiere también del estudio de Castellanos y cols (2).

La edad como factor de riesgo obstétrico, mostró una cifra de un 40%, cuatro pacientes menores de 19 años y seis pacientes mayores de 35 años. Es interesante que en pacientes gestantes menores de edad, se ha observado que un alto porcentaje procede de hogares inestables (1, 4, 7); en nuestro estudio, un 80% de estas pacientes procedían de hogares estables.

Llama la atención no encontrar analfabetismo en nuestras pacientes, lo que contrasta con datos publicados previamente de este mismo centro hospitalario.

Es de hacer mención que en las muertes menores de 20 semanas, solo una fue aborto provocado y el 65.7 % (n = 23), embarazo a término (5, 6, 8). El número de hijos como factor de riesgo se observó en un 37.1 % en primigestas y de 62.9 % en multiparidad.

En el caso de la cesárea post-mortem, se trataba de una paciente sana, ingresada sin ningún factor de riesgo obstétrico, que posteriormente presentó súbitamente paro cardio-respiratorio y muerte, obteniendose via cesárea, un producto vivo, sano.

En las pacientes en que se terminó el embarazo por cesárea, los niños fueron normales, al igual que los que nacieron por parto vaginal.

En lo referente a las causas de mortalidad materna se puede apreciar un aumento tal en los casos de S.I.D.A., que ha desplazado al choque hipovolémico hasta un cuarto lugar, con lo que las primeras tres principales causas comprenden etiología infecciosa, enfermedad hipertensiva y S.I.D.A.

La mortalidad obstétrica indirecta de un 40 % es elevada, si se compara con la mortalidad obstétrica directa. Finalmente, puede observarse como la evitabilidad y la responsabilidad de una muestra está relacionada con factores múltiples y cada caso deberá ser analizado en el contexto del estado nutricional y socio-económico, dotación de medicamentos, monitoreos intensivos, etc. para sacar conclusiones mas confiables referente a estas dos variables.

Los datos presentados son un análisis de información actual que representan un esfuerzo que puede servir para establecer rutas críticas y pautas metodológicas para futuros estudios.

REFERENCIAS

1.- Boletín Epidemiológico, O.P.S.

2.- Castellanos, M., Ochoa Vásquez JC, Davaid V.: Mortalidad de mujeres en edad reproductiva y mortalidad materna. Honduras, 1990.

3.- Kunitz A, Hughs J, Grimes D: Causes of maternal mortality in the U. S. Obstet. Gynecol. 1985. 65: 605-611.

4.- Maternal mortality in third world countries. Editorial. Lancet I, 1985.

5.- Sacha BP, Brown D, Dirscol S. Hemorrhage, infection, Toxemia and cardiac disease, 1954-85. Causes for their declining maternal mortality. Am J. Public Health 1980. 78:671-675.

6.- Varner M.W. Michael M, Dathleen D. Maternal mortality in a major referred Hospital. 1926-1980. Am. J. Obst Gynecol. 1982. 143:352.

7.- Revista Centroamericana de Obstetricia y Ginecología. REVCOG 4:28-55. Mayo-Agosto, 1994; 4: 1-27 enero-abril. 1994.

8.- Lehman D. Mable WC, Miller J., Pernoll M. the Epidemiology and Pathology of maternal mortality: Charity Hospital of Louisiana in New Orleans, 1965-1984 Obstet Gynecol. 1987. 69:833.

Imagen en la Práctica Clínica

HERNIA DIAFRAGMATICA TRAUMÁTICA

*Dr. Rigoberto Espinal F. **

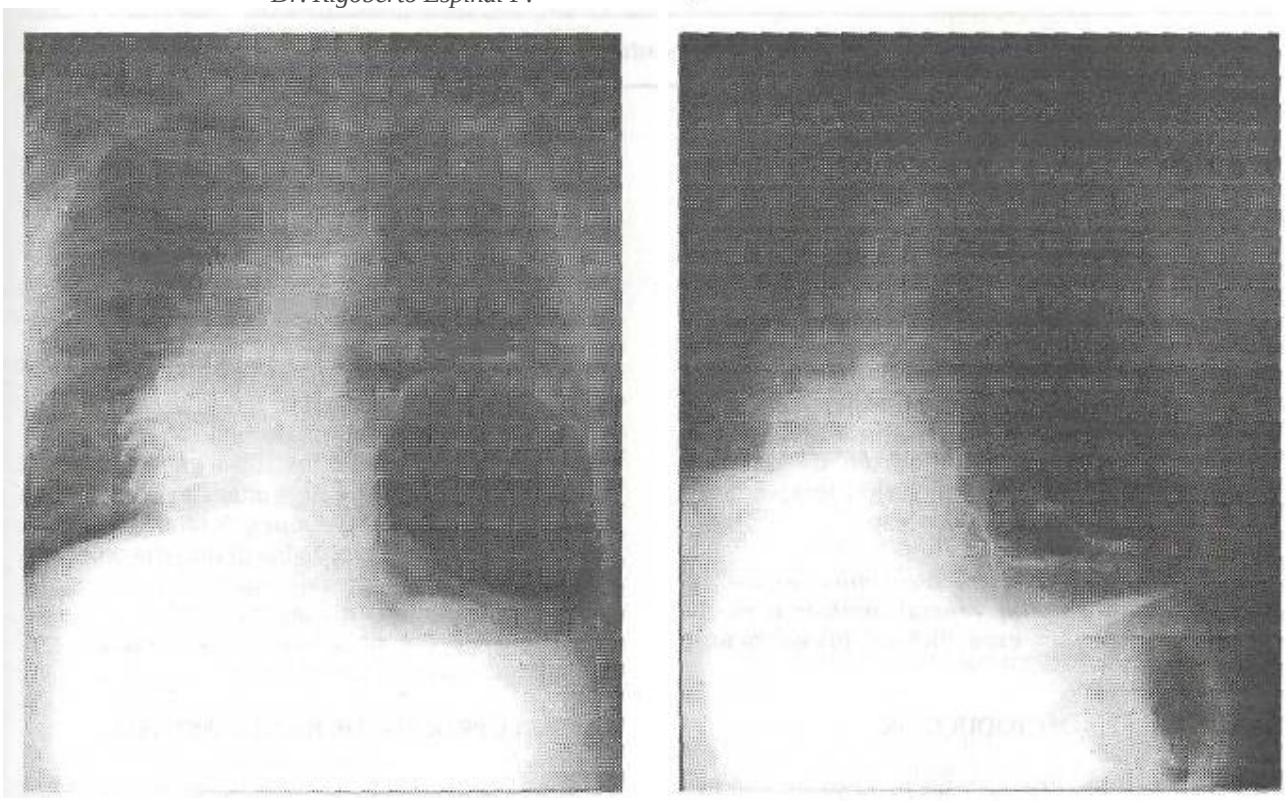


FIGURA 1

J. R. A,, masculino de 52 años, sufrió politraumatismo por accidente automovilístico, presentaba dificultad respiratoria. Su radiografía simple de tórax (Fig, 1) hizo sospecharuna hernia diafragmática traumática ínmediala; se practicó estudio radiológico contrastado mediante la inyección de una sustancia radiopaca porsonda nasogástrica (Fig. 2). Una lapararotomía exploradora confirmó el diagnóstico.

Cirujano General Hospital Mario Catarino Rivas.

Se invita a los lectores médicos a enviar su colaboración a ésta sección de la Revista Médica Hondureña

El Razonamiento Clínico

Clinical Reasoning

*Dr. Rubén Antúnez Trejo**

RESUMEN. Se analiza y revisa el proceso de razonamiento y su aplicación en la práctica clínica, partiendo de la descripción del propósito y un análisis del proceso en sí sin describir las destrezas de la dinámica, sino de la lógica aplicada en la medicina clínica. Se describen los pasos propuestos a realizarse en forma secuencial para analizar los diagnósticos diferenciales y llegar al diagnóstico definitivo. Partiendo de la adquisición y reunión de datos, análisis, determinación de posibilidades por diagnóstico, definición de criterios, planificación del manejo y decisión terapéutica y finalmente la revisión del proceso.

Palabras Clave. Razonamiento clínico, lógica, veracidad, diagnóstico diferencial, análisis de posibilidades, sensibilidad, especificidad, prevalencia.

INTRODUCCION

El razonamiento clínico es un proceso mental mediante el cual el médico, conforme a una dinámica adquirida en su entrenamiento, analiza toda la información verbal, no verbal, reacciones, tests u otros datos obtenidos en el análisis de un paciente ambulatorio u hospitalizado, basado en este análisis, el clínico genera sus hipótesis, diagnósticos definición clara del problema. [1] [3] [7].

El propósito del proceso es aplicar los principios de razonamiento clínico y como registrarlo adecuadamente, fortalecer los métodos de recolección de datos por medio de una historia clínica adecuada valorar la veracidad o calidad de los datos; la variabilidad de los valores normales del sistema biológico que estudia, conocer los roles jugados por las unidades de salud y sus dependencias ejemplo: Laboratorio, Sala de Operaciones, Radiología, etc., finalmente preparar adecuados planes diagnósticos terapéuticos y educacionales para el paciente, logrando solucionar las quejas que adolece o, demorar al máximo las situaciones que amenazan comprometer en precario su condición. [2]

EL PROCESO DE RAZONAMIENTO

Se acepta universalmente que todos los registros médicos deben ser usados como una enseñanza continúa, la recolección y análisis de datos es un proceso dinámico basado en los conocimientos básicos, semiológicos, medios de la institución y experiencia del clínico. [6]

El paciente tiene uno o varios problemas, busca ayuda y alivio efectivo a sus dolencias, un diagnóstico hecho sin curar es decepcionante para el médico, más aún para el paciente; por lo tanto hacer la mejor

* Jefe Servicio de Medicina Interna Hospital San Felipe, Tegucigalpa, M.D.C.

** Profesor Titular III, Medicina Interna, Docente y Coordinador de CL-403, Coordinador General de Internado Rotario en Hospital San Felipe.

decisión clínica es una responsabilidad de cada médico. Buenas decisiones médicas favorecen el más objetivo y eficiente uso de recursos del médico.

A veces es fácil y a veces difícil. Por ejemplo es fácil diagnosticar y tratar una neumonía clásica adquirida en la comunidad en un paciente joven, pero es difícil cuando el paciente da un solo signo o síntoma por ejemplo fiebre sin causa evidente. [14]Es aquí donde debe recurrir a los diagnósticos diferenciales; prácticamente todos los diagnósticos deben ser diferenciales antes de ser definitivos.[9] [17]

Antes de la patología microscópica todas las enfermedades humanas se clasificaban como designaciones clínicas ejemplo fiebre, asma, cianosis, como cierta escala de enfermedades. Con los estudios microscópicos se cambió a designaciones más complicadas como diagnósticos, síndromes y nombre de enfermedades, dándose mayor énfasis y confianza, al avanzar las tecnologías, a test y muy poco uso o relevancia secundaria a las manos, oídos, ojos y discusión clínica.

Se aprecia preferencia al método diagnóstico de moda que a la observación clínica previa por ejemplo: el que no se haga un estudio neumológico sin antes ver estudios radiológicos, incluso invirtiendo el orden de valoración, primero la radiografía, luego al paciente.[11]

La meta del clínico es aproximarse al diagnóstico específico y la lógica es la ciencia básica para hacer diagnóstico diferencial. Necesita una estrategia, no debe arriesgarse confiando en conjeturas o suposiciones, debe considerar los problemas que aqueja el paciente en forma ordenada, secuencial y lógica; la propuesta adecuada del orden de razonamiento deberá ser la siguiente: BÍCHOCIO

1. Adquisición y revisión de datos.
2. Análisis de los datos y hechos.
3. Determinación de diagnósticos diferenciales y/ o posibilidades.
4. Posibilidades para cada diagnóstico.
5. Definición de criterios para cada diagnóstico y selección de la más apropiada ayuda diagnóstica.
6. Planificación del manejo y decisión terapéutica (ya con el diagnóstico suficientemente acerta do).
7. Revisión del proceso (si no es satisfactorio, reiniciar de 1 a 4).

PASOS DEL DIAGNOSTICO DIFERENCIAL:

De acuerdo al orden enunciado anteriormente, analizaremos cada uno de los pasos del razonamiento de diagnósticos diferenciales.

1. Adquisición y reunión de datos:
   La característica más importante de la información es la VERACIDAD, los demás pasos del razonamiento clínico dependen de esto. [16]

   La adquisición de datos dependerá de la destreza del historiador; el médico no debe ver, debe mirar, debe buscar, analizar pistas; datos incompletos constituyen conjeturas o suposiciones; se deben valorar las "pistas", cuales pueden ser extravaloradas y cual es el síntoma o signo cardinal que apunte a determinado órgano o afección fisiopatológica. A veces el síntoma cardinal no es enteramente claro y los datos de laboratorio no concluyentes, por lo que se debe ahondar en otra repercusión en en el organismo o estado fisiopatológico.[1!)]

2. Análisis de los datos clínicos:
   Debe considerarse cuales hallazgos clínicos y laboratoriales pueden relacionarse en una entidad o entidades. No se debe solo preguntar o ver, se debe analizar, establecer orden de importancia, listar las "pistas" en secuencia lógica o de eventos y orden de relativa importancia; ver hacia donde señalan, ejem: Ictericia, señala la enfermedad del hígado, sistema biliar o hemolisis excesiva. Dolor torácico señalará enfermedad isquémica cardíaca, osteocondritis, esofágitis, espasmo esofágico, pleurodinia (neumonía, tromboembolia pulmonar), colecistitis o herpes zoster.[16 (19)

   Cuando el síntoma cardinal es difuso al apuntar a determinado órgano o sistemas se deben añadir elementos que concluyan las posibilidades a considerar, tomando en cuenta las repercusiones fisiopatológicas, ejm: dolor epigástrico (síntoma gastrointestinal o cardiovascular?) obliga a ahondar en repercusiones gastrointestinales o cardiovasculares y sus manifestaciones clínicas. Podrá incluso incluirse de inicio el posible diagnóstico diferencial por etiologías.

   Hay datos que necesitan exahustiva investigación porque involucran varios sistemas como:

disnea, cefalea, dolor torácico, dolor abdominal, edema, ascitis, diarrea crónica, esplenomegalia, poliuria, pérdida de peso, alteraciones de presión arterial o trastornos de conciencia. Estos datos son ínespecíficos a determinada enfermedad, por lo que debe agregarse indicios clave. La experiencia y la autocrítica continuada hacen que el clínico {médico y estudiante) aprenda a elegir datos con interpretación adecuada, que lo llevarán a desarrollar un efectivo y correcto criterio médico.[13H9)]

3. Determinación del Diagnóstico Diferencial:

Significa que se establecen posibilidades, debe reconocerse que para esto es necesario recurrir a la memoria de lo aprendido en cada entrenamiento o a revisiones de texto y/o bibliografía; puede usar el análisis sistemático de métodos estadísticos en combinación con revisiones de artículos previos (Meta-análisis).[(S) (81]

Se busca la enfermedad que más se asemeje a los problemas manifestados, los errores mas frecuentes en la práctica médica son por omisión.(12) El proceso implica buscar lo más probable y eliminar lo improbable, por ausencia o presencia de determinada pista. En el ejemplo de dolor torácico para el caso, la consideración de fractura costal o costocondritis se elimina o confirma con la presencia del dolor óseo detectado al examen físico. En la práctica, el médico tiene limitado su tiempo por revisar o recordar tablas y listas diagnósticas, por lo que el método de la Sociedad de Cardiólogos de Nueva York (NYCS) modificado, constituye un método eficaz: se agrupan datos para determinar si existe o no enfermedad cardíaca; si existe, el médico debe llegar a categorías de diagnóstico:[91 |8)(19)]

- Anatómico
- Eisiológico Etimológico y
- Clasificación terapéutica

El diagnóstico anatómico significa orientarse al órgano o sistema, el fisiopatológíco, a la repercusión del órgano dañado, ejem: clase funcional de insuficiencia cardíaca o problema reumatológico y el etiológico: es basado en los anteriores partiendo de lo general o frecuente a lo particular y/o frecuente, por ejm: infeccioso, neoplásico, nutricional, vascular metabólico, tóxico, traumático o inmunológico.

La clasificación propuesta no es exclusiva para enfermedades cardiovasculares. La clasificación terapéutica está basada en el establecimiento claro del diagnóstico para determinar el requerimiento del plan, tanto farmacológico como de modificación del estilo de vida. i[|41(15>]

4, Posibilidades para cada diagnóstico

El análisis de posibilidades conlleva a la toma de decisiones y se debe hacer en forma sistemática y lógica, como se mencionó previamente, el objetivo es establecer la categoría etiológica mas probable y ésta a su vez dividirla en subcategoría de acuerdo a causas más específicas, ejm: etiología infecciosa, se considerarán bacterias, virus, hongos, parásitos y mixtas. Este es el instrumento usado para disminuir las posibilidades de omisión y no para una clasificación de enfermedades."[21]

Al establecer posibilidades se debe tomar en cuenta también las influencias de otros factores como edad, sexo, raza, rasgos genéticos, medio ambiente, estación del año y prevalencia de la enfermedad. [(5) (8) (14)] La revisión de la lista de probabilidades y su prioridad, lleva a la decisión de escogencia de test diagnósticos y de la terapéutica adecuada. Debe valorarse el potencial benigno con el potencial riesgo de todo procedimiento diagnóstico o terapéutica, ejm: decidir una laparoscopia o el uso de trombolíticos. También otros elementos como: factor vida Vs. muerte; vida activa Vs. vida deteriorada; costo de diagnóstico Vs. responsabilidades sociales y legales. Evidentemente la familia del paciente debe formar parte del consentimiento informado. Si el médico no conoce la forma de llegar al diagnóstico o no puede establecer posibilidades, obviamente debe admitir el hecho que necesita buscar ayuda adicional, ya sea en la literatura o en otro personal médico especializado a fin de formar un equipo diagnóstico. El médico debe usar y buscar los conocimientos específicos de prevalencia de enfermedades, así como su mejor experiencia, juicio, lógica, razón, sentido común, intuición y autocrítica, a fin de llegar al diagnóstico mejor y más acertado. La decisión

médica no debe ser una solución absoluta, es su "diagnóstico más probable" basado en lógica y probabilidades.

5. definición de criterios diagnósticos y selección de la ayuda diagnóstica más apropiada:

Una vez establecidas las posibilidades, el médico debe preguntarse si los datos reunidos satisfacen suficientemente los criterios para establecer un diagnóstico. Ningún dato clínico, radiológico, bioquímico o electrofiológico es infalible. Al seleccionar el test diagnóstico debemos valorar su resultado "positivo o negativo", debemos de preguntarnos es el test positivo indicativo de enfermedad o negativo indicativo de ausencia de enfermedad?, ¿son estos tests guía para las acciones clínico-terapeuticas? (5)(8)(12)

Para lo anterior es útil la determinación del poder predictivo estableciendo la sensibilidad y especificidad para juzgar la calidad de un test. El médico debe al menos conocer estos parámetros de cada prueba que indique. La descripción breve de lo enunciado es:[3]

Sensibilidad: Capacidad de un test para detectar enfermedades o sea el porcentaje de pacientes con test positivo en presencia de la enfermedad.

Especificidad: Porcentaje de pacientes sin enfermedad y con test negativo.

Prevalencia: Es la relación de personas enfermas sobre toda la población de personas.

a) Prevalencia: $\frac{\text{Personas enfermas}}{\text{Total población}} = \frac{VP + FN}{(VP + FN) + (FP + VN)}$

b) Sensibilidad: $\frac{\text{Personas enfermas con test positivo}}{\text{Todas las personas enfermas}} = \frac{VP}{VP + FN} \times 100$

c) Especificidad: $\frac{\text{Personas sanas con test negativo}}{\text{Todas las personas sanas.}} = \frac{VN}{VN + FP} \times 100$

d) Poder predictivo:

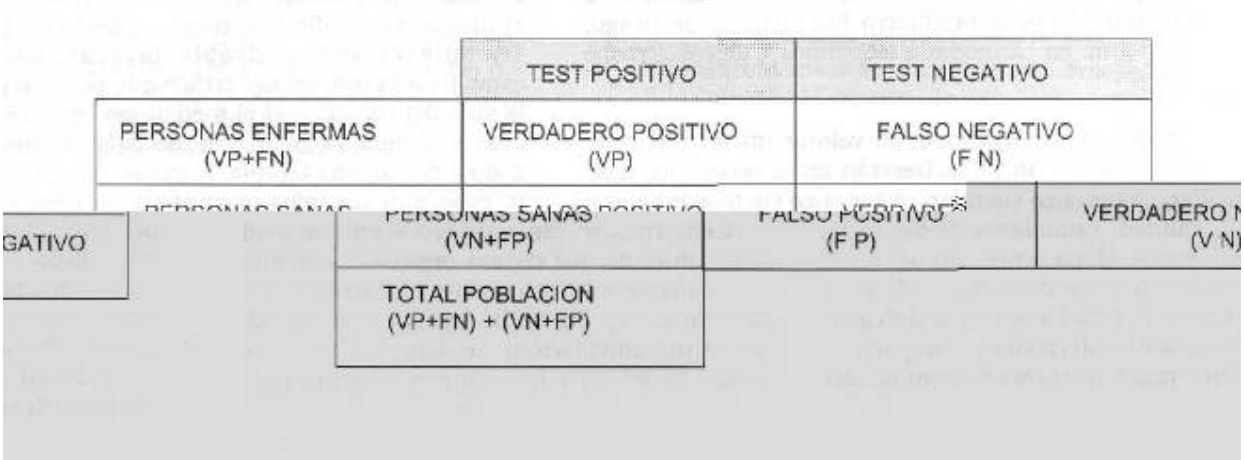
d.I) Exactitud predictíva positiva (EP+): $\frac{\text{Personas enfermas con test positivo}}{\text{Todas las personas con test positivo}} = \frac{VP}{VP+FP}$

d,2) Exactitud predictiva negativa (EP -): $\frac{\text{Personas sanas con test negativo}}{\text{Todas las personas con test neg.}} - \frac{VN}{VN+FN}$

Deben analizarse juntas prevalencia de la enfermedad y los otros valores. Como puede observarse el poder predictivo estará dado por los falsos tanto positivo como negativo. En una población con elevada prevalencia de enfermedad, un test negativo no descarta completamente la enfermedad.

En una población con baja prevalencia de enfermedad los test diagnósticos son pobres en verificar la frecuencia de enfermedades, pero puede soportar fuertemente la ausencia de ella. Un test 100% específico y 100% sensible da absoluta certeza.

Ejemplo de un Test: (3) (7)



nidad hematopoyética. Aún cuando la leucemia es el padecimiento maligno más frecuente, la forma congénita constituye una entidad rara [3-4-5-6 y 7]. Aunque la asociación entre estos dos eventos clínicos, sumamente raros: Síndrome de Down y Leucemia linfoblástica aguda congénita está documentada las bases subyacentes para esta asociación están pobremente entendidas [1], Se puede asumir que la génesis haya acontecido a nivel intraútero, su causa es desconocida, se ha correlacionado al hecho de que algunas madres de estos productos han sido expuestas a estudios radiológicos de pelvis y tórax en el primer y último trimestre del embarazo, otros reportan alteraciones cromosómicas balanceadas en los padres aparentemente sanos que los procrearon, pudiéndose documentar en estos familiares tanto lupodiplidea, hiperdiploidea y translocaciones recíprocas balanceadas reflejando así alteraciones cromosómicas desbalanceadas en los hijos enfermos [3].

PRESENTACIÓN CASO CLÍNICO

Se trata de un segundo producto de una madre de 38 años de edad, padre de 40 años, embarazo normo evolutivo, parto a las 36 semanas de gestación eutósico, con peso de 1710 gramos, PC=32 cm se catalogó como un recién nacido a término, pequeño para su edad gestacional con características fenotípicas compatibles con síndrome de Down.

Permaneció en Sala Cuna 3 días por su bajo peso; a los 27 días de vida es evaluado en Consulta Externa de Urología decidiendo su ingreso a Sala Clínica por cuadro clínico caracterizado por edema generalizado, duro, frió con fovea, predominio de miembros inferiores, tinte ictérico generalizado +++/++++ con impregnación palmo plantar, abdomen globoso, brillante, con circulación colateral visible, hígado a 7 cms. BRCI. L. Mcl-D y un bazo 3 cms. BRCI L McL. Se ausculta soplo holosistólico G III/IV, evaluación cardiológica reportó estenosis pulmonar.

Los estudios de laboratorio indicaron los siguiente resultados HB= 11 grs/dl, Ht= 34 vol% L= 84.900 un 61% neutrófilos, plaquetas 5O.OOO/mm^3. Electrolitos séricos: normales. Bt 29 mg. BI 2% BD. 27% DHL 179 SGOT=96 +SGPT=48 F.S.P.= Incremento leve, blancos con características de inmadurez sospechando una leucemia congénita probablemente mieloide.

Médula ósea: Células inmaduras con citoplasma granular frió, algunas con 1 a 2 nucléolos, cromatina fina que pareciera corresponder a blastos de aparente estirpe mieloide.

Cariotipo: 47 XY +21 (tñsomía 21 regular) compatible con síndrome de Down.

Inmunofenotipo: 68% células mononucleares marcador superficial CD7 asociado a células linaje T linfoide, sin embargo, es tas....células no expresan +D+ ni otros marcadores asociados con células más indiferenciadas, 8% marcadores de linaje mieloide; resultados son compatibles con inmunofenotipo aberrante de células muy indiferenciadas.

Coloraciones: PAS y sudan negro negativo.
Estudios de Radioimágenes: normales.

Después de 10 días de ingreso para completar estudios sin recibir ningún manejo específico, solo de sostén, permaneció estable sin evidencias de descompensación, falleciendo repentinamente. No se practicó autopsia por falta de autorización de los padres.

DISCUSIÓN ,■

Tenemos 3 criterios básicos para el diagnóstico de leucemia congénita, los cuales fueron cumplidos por nuestro paciente: 1. La presencia de células inmaduras con características malignas de estirpe linfoide o mieloide en médula ósea. 2. Infiltración de estas células en tejidos no hematopoyéticos. 3. Ausencia de cualquier situación que produzca una reacción leucemoide (eritroblastosis fetal, sífilis congénita, infección viral y/o bacteriana del recién nacido).

Las manifestaciones clínicas son variadas; se describen alteraciones de la temperatura corporal (hipohipertermia, mal estado general en forma progresiva, diarrea, ganancia de peso casi inexistente, ausencia reflejo de succión). Un dato común en el 50% de los pacientes son las lesiones nódulares presentes en cráneo, mejilla y pabellones auriculares, nariz y tronco y que dan la impresión de nodulos finos, tumorales, rojos y morados, aparecen antes de la hcpatoesplenomegalia.-En nuestro paciente no fueron documentados. Podemos encontrar petequias,

equimosis, hepatoesplenomegalia, sangrado por sitios de venopunción e infiltrados gingivales (1,2,4,11,12,13) Los hallazgos de laboratorio se caracterizan por leucocitosis, cifras mayores de 50.000, en nuestro caso reportado encontramos 84.900 leucocitos, la neutropenia es menos frecuente; la anemia en los primeros días es moderada y la trombocitopenia es un dato constante y ocasiona sangrados profusos (1,2)

El diagnóstico definitivo es a través del estudio de aspirado de la médula ósea. La leucemia congénita se puede clasificar en a). Leucemia linfocítica aguda; b). Leucemia no linfocítica aguda; c) Mielopoyesis transitoria anormal. Casi en su totalidad las leucemias congénitas son mieloides indiferenciadas y hay que auxiliarse con estudios más específicos como el inmunofenotipo y las coloraciones especiales, PAS y Sudan (1).

El inmunofenotipo reportado en el paciente de nuestro estudio presentaba expresión de leucemia linfoblástica con 68% de células mononucleares con marcador de superficie CD 7 y una baja expresión (8%) de marcadores de linaje mieloide. Los estudios de tinción sudan negro y PAS fueron negativos, lo que apoya el diagnóstico dado por el inmunofenotipo y nos demuestra la dificultad de hacer un diagnóstico certero con los métodos disponibles a la fecha en este tipo de pacientes por la expresión tan indiferenciada de su malignidad.

La leucemia no linfocítica aguda en niños con síndrome de Down ocurre en una edad mas temprana; en un 62-83% en menores de un año de edad. Muchos autores han reportado la dificultad del diagnóstico debido a la inmadurez de la proliferación maligna[12].

La células leucémicas de pacientes con síndrome de Down carecen de translocaciones (9:22 y 4:11), las cuales están generalmente asociados con pobre pronóstico [ü'-'].

El oncogene ETC-2 el cual mapea el cromosoma 21 Q22 la región crítica del síndrome de Down parece estar implicado en estos desórdenes hematológicos clónales [üt]. Es importante descartar entidades que puedan producir células in maduras difíciles de distinguir a la microscopía de luz como el neuroblastoma congénito con invasión a médula ósea, o bien entidades que aún cuando están dentro del espectro de baja malignidad, ofrezcan clínicamente un cuadro hematológico y clínico semejante como en el caso de histiocitosis congénita (1,14,15)

El tratamiento básicamente debe ser sintomático, sin embargo, el manejo de la hiperleucocitosis, puede tener consigo fenómenos trombolíticos a nivel del SNC; se puede tratar con exsanguino transfusión o bien ciclofosfamida a dosis altas o hidroxiurea.

Hasta este momento, la terapia específica de la leucemia no ha llevado a curación en ninguno de los casos, solo se reportan remisiones transitorias[(2)].

Algunos esquemas de quimioterapia incluyen combinaciones con Adriamicina, Arabinoside de Citocina, 6 Mercaptopurina, Metrotexate y Prednisona por vía oral[(9)]. Las tasas de remisión son similares para con niños con o sin síndrome de Down. Las toxicidades relacionadas con el tratamiento parecen resultar en un incremento o en falla del tratamiento; en el grupo de pacientes con síndrome de Down especialmente, hay toxicidad para el metrotexate que puede deberse a efectos de dosis sobre el cromosoma 21 [(i).]

El pronóstico de este tipo de leucemia es fatal en todos los casos.-Existen varias razones para este acontecimiento, por un lado desde el punto de vista de la carga neoplásica, se acepta el que al momento del diagnóstico de cualquier leucemia aguda existe un volumen de 1 X 10^{12} células malignas, lo que equivale a un 80% de su peso corporal de células prematuras, que desde el punto de vista hematológico, hemodinámico, inmunológico, etc., darán una situación incompatible con la vida.

REFERENCIAS

1. Herve Avel Louiseau MD -Francoise Mechinaud MD and Jean Lúe MD Clonal dermatologic Disorders in Down Syndrome. J. of Ped. Hem./Onc. 1995; 17(1): 19-24.
2. Roberto Rivera Luna. Leucemia Congénita. Criterios Pediátricos 1987; 3:(22) 86-87.
3. Herkinhermo M. Pakkola S.; Juvonen E.; Saarinen Um. Inmuno and Cytochemical Characterization of Congenital Leukemia; a case report. Med. Pediatr. Oncol. 1994; 22 (4): 279-82.
4. Maunpoux F. Sirvent N., Sudaka I; Mariam R. Awte Congenital Monoblastic leukemia and 9:11 Translocation, a case. Pediatric 1992; 47 (10): 691-4.

5. Núñez E., Várela S., Carvillar K., Shalper J. Hedrops fetales caused by Congenitl Leukemia. Rev. Child Pediatr. 1991 May-Jun 62, (3) 186-8.
6. Mayers J. L., Seashure MR, Haiíar FM. Translocation (5:6) asso ciated with spontaneosly renutting congenital leukemia-Cancer Genet Cytogent 1995 May: 81 (1)38-41.
7. Zuhizanete P., Muriel F.S., Fernández MD. Transient Myelopro leferative disorder associated with trisomea 21a wide range syndrome; repart of two causes with trisomic 21. Med. Pediatr. Ontol. 1995 Jul; 25 (1)60-4.
8. Kurahashi H. Hará J., Yumure Yaqi. Trnsient a normal myelopoyesis in Down syndrome. Leuk linfoma. 1992. dec 8 (6) 465-75.
9. Boin B. J.. Transient leukemia in Newborn Infant with Down syndrome. Leuk Res. 1994 Sep.: Leuk Res. 1994 Sep.: (18): 723-4.
10. Shitara T. et al. A Case of congenital leukemia with monosomy 7. Ann Hematol. 1992 Dec. 65 (6); 274-7.
11. Carney L.A. et al. X6 Translocation in a child with congenital awle Lamphocytic leukemia. Cáncer 1992. Feb 1; 69(3)799-803.
12. Molina D.N., Sánchez J, L., Hugo Somalines A. Spectram of Cuteneus lesions in Pedíatric Patrients with leukemia. P.R. Health Sui. J, 1994 Dec; 13 (4); 247-9.
13. Donnenfeld A.E. et al. Prenatally Diagnosed non inmume Hedrops caused by Congenital Transient leukemia penal, diagn 1994 Ang; 14 (8): 721-4.
14. Resmk- Ks Brod B.B. Leukemia this in congenital leukemia. Ana lysis and Review of the world literature with report an addetional case. Arch Dermatol. 1995 Oct.; 129 (10):1301-6.
15. Hazani A. Barak y Berant, A Congenital Juvenile Chronic Myelo genaus leukemia therapeutic trial with interferan Alpha 2. Med.Pediatr. Oncol, 1993; 21 (1)73-6.
16. Badhe P.B.; Sane Sy. Congenital leukemia organ indvement in sex autopsy cases. J, Postgrad, Med. 1992.Jul-Sep.38(3); 127-9.

"Respeto al hombre que sabe lo que quiere.
La mayor parte de los traspiés en este mundo surgen porque
los hombres no comprenden exactamente lo que quieren.
Estos han decidido construir una torre sin destinar mucho
tiempo la construcción de los cimientos.

Johann Wolfgag van Goethe

Manejo Actual de la Candidiásis Sistémica Neonatal con Fluconazol

Informe de dos casos

Current Management of Sistemic Candidiasis with Fluconazole in Newborn

Report of two cases

Dra. Lizeth García Amador; Dr. Ernesto Dala Sierra**; Dr. Jorge Villacorta****

RESUMEN. Presentamos dos casos de recién nacidos prematuros con muy bajo peso al nacer, que requirieron manejo especial en la unidad de cuidados intensivos, con ventilación mecánica, antibióticos de amplio espectro, monitoreo invasivo que desarrollaron candidiasis sistémica. Se les trató con fluconazole a dosis convencional aprobada por la Administración Federal de Drogas y Alimentos (FDA) de los Estados Unidos, con excelentes resultados y sin reacciones secundarias. Este enfoque de manejo ofrece una buena alternativa en el tratamiento de ésta patología.

Palabras clave: Candidiasis neonatal, Fluconazole.

SUMMARY. We present two cases of preterm newborn infants with a very low weight at birth, that deserve a special management in the intensive care unit with mechanical ventilation, broad spectrum antibiotics, invasive moniloring, whom developed systemic candidiasis, They were treated with fluconazole at conventional doses approved by the FDA, with excellents results and without secondary reactions. This approach of management offers a good alternative in the treatment of this pathology.

Key Words: Neonatal candidiasis, Fluconazole.

Médico-Pediatra, adscrito al Servicio de Recién Nacidos de la Unidad Materno Infantil, del Instituto Hondureño de Seguridad Social {UMI-IHSS), Tegucigalpa, M.D.C.
Médico Pediatra-Neonatólogo Jefe de la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatal, del Servicio de Recién Nacidos, UMI-IHSS, Tegucigalpa, M.D.C, Honduras,
Médico Residente del Postgrado de Pediatría UNAH-IHSS, Secretaría de Salud Pública.

INTRODUCCIÓN

Las infecciones por gérmenes oportunistas o poco habituales, es uno de los aspectos que deben vigilarse en las unidades de cuidados intensivos, máxime en los pacientes con un sistema inmaduro o debilitado como ocurre con los recién nacidos prematuros.

La determinación de su ocurrencia será útil para nuestro paciente **en la** medida que se trate de identificar, la candidiasis sistémica en sus etapas iniciales.

Antes de la década del 90, la única droga disponible para resolver el problema era la anfotericína-B, la cual lamentablemente resultaba muy tóxica, aún en

pacientes adultos. Sin embargo, el surgimiento de nuevos antimicóticos como el fluconazol, ha venido a mejorar el pronóstico de estos pacientes.

La importancia del presente informe radica en ser la primera comunicación en nuestro medio de la ocurrencia de candidiasis sistemática y del empleo del fluconazol con buen suceso en recién nacidos, ya que los primeros informes de su empleo en niños datan de 1993 (medline)

CASO1

ANTECEDENTES PRENATALES:

Madre de 23 años de edad, procedente de Tegucigalpa, casada,universitaria con historia gineco-obstetrica de 31 semanas te gestación por amenorrea; controlado en dos ocasiones en el I.H.S.S. Tipo Sanguíneo B positivo complicada con ruptura prematura de membranas de 21 horas de evolución y placenta previa sangrante por lo que se le practicó cesárea tipo Keer, obteniéndose producto vivo masculino con APGAR de 7 y 8 al minuto y 5 minutos respectivamente. Había recibido previamente inductores de madurez pulmonar, peso 1500 gramos y se clasificó, por dubowitz para 35 semanas.

Se ingresó a la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales con los diagnósticos de:

1) Recién Nacidos pretérmino, pequeño para edad gestacional, muy bajo peso al nacimiento
2) Sepsis potencial por ruptura prematura de mem brana de 12 horas de evolución.

Se inició cobertura antimicrobiana con cefotaxima, oxacilina, líquidos intravenosos a 80 ce por kilo día.

A las 12 horas de vida presentó apnea y francos signos de bajo gasto cardiaco, por lo que se colocó en ventilación mecánica y se iniciaron aminas vasoactivas por espacio de 48 horas, se le realizó venodisección yugular externa colocándose catéter central, su evolución desde el punto de vista hernodinámico y respiratorio fue hacia la mejoría, sin embargo, el proceso séptico no se controlaba y presentó ictericia generalizada que se catalogó como colestásica y se realizó cambio de antibióticos a los cinco días de vida, con vancomicina y clindamicina continuándose la cefotaxima, nuevamente ameritó el uso de aminas vasoactivas las cuales se omitieron cuatro días después; a los 24 días de vida, siempre lucía séptico persistía leve dificultad respiratoria, hemograma con granulocitopenia con neutrófilos absolutos menores de 360, no había ganancia ponderal y se reportó cultivo de punta de catéter central positiva por Cándida albicans así como examen microscópico de orina seriada (No. 3) que demostraron hifas, por lo que se inició tratamiento con fluconazole a 6 miligramos por kilo días dosis de carga y dosis de mantenimiento cada 24 horas a cinco mg kilo día por 10 días.

Posterior a esto su evolución fue hacia la mejoría con resolución de su proceso infeccioso y colestásico, ganancia de peso adecuada. No presentó ninguna reacción adversa al medicamento, las pruebas de función hepática alteradas ya por su hepatitis colestásica multifactorial, no se modificaron mas.

Egresó 10 días después sin complicaciones siendo controlado en forma periódica.

CASO 2

Madre de 18 años de edad, procedente de El Paraíso, casada, educación primaria, primigesta, con dos controles prenatales en centro de salud, complicándose a las 28 semanas de gestación con ruptura prematura de membranas de 7 días de evolución, ingresando con ésta; historia y en trabajo de parto al IHSS. Obteniéndose por parto vía vaginal producto masculino, único, vivo, con peso de 1.020 gramos y con APGAR de 6 y 8 al minuto y 5 minutos respectivamente, ingresándose a la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales con los siguientes diagnósticos:

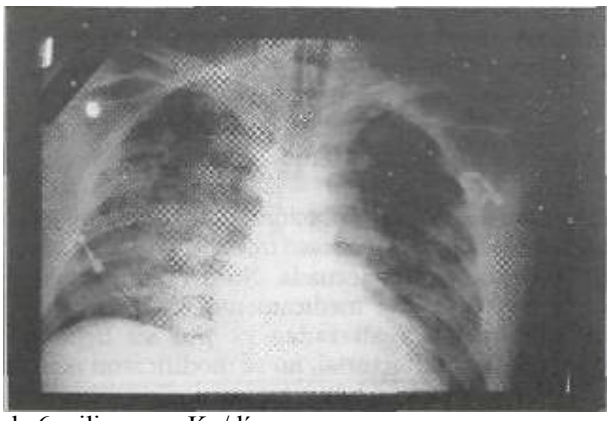
1) Recién nacido pretérmino, pequeño para edad gestacional, muy bajo peso al nacimiento.
2) Retardo del crecimiento intrauterino
3) Sepsis potencial por ruptura prematura de mem brana de 7 días de evolución.
4} Síndrome de dificultad respiratoria severa, secundaria a enfermedad de membrana hialina G. III.

Se manejó con cobertura antibiótica de amplio espectro,ventilación mecánica convencional, monitoreo invasivo, necesario, permaneciendo por 12 días en ventilación mecánica, evolucionando satisfactoriamente, trasladándose a cuidados intermedios; a los 17 días de vida inicia apneas y dificultad

respiratoria, a la vez presentaba lesiones típicas de candidiásis en región bucal y genital no había aumento de peso y una radiografía de tórax evidenció infiltrado intersticial difuso generalizado similar al observado en la Figura 1.

Fig. 1 La radiografía de tóraxmuestra múltiples infiltrados pulmonares difusos bilaterales producidos por Candida.

Hemograma con neutropenia, 500 neutrófilos totales y dos cultivos de punta de catéter central en diferente localización que reportaron crecimiento de candida albicans, el examen microscópico de orina demostró hifas; ante esto se concluyó que cursaba con una candidiásis sistémica por lo que se inició terapia con fluconazole a dosis



de 6 miligramos Kg/día.

Carga y dosis de mantenimiento a 5 mg/kg/día por kilo una dosis diaria por espacio de 10 días, el paciente evolucionó en forma satisfactoria con evidente mejoría clínica, aclaramiento de imagen radiológica, aumento de granulocitos y ganancia ponderal, no presentó ningún tipo de reacción adversa al medicamento, sus pruebas de función hepática y renales se mantuvieron dentro de límites normales.

Posteriormente se traslado a cuidados intermedios para una vigilancia de ganancia de peso, evolucionando satifactoriamente.

DISCUSIÓN

La candidiásis sistémica, ha surgido como una seria infección nosocomial en recién nacidos de muy bajo peso al nacer. Se reporta que hasta un *3%* de los recién nacidos menores de 1.500 mg. de peso desarrollan candidiásis sistémica [ül].

1.- En nuestro reporte ambos neonatos tenían peso inferior a 1.500 mgs. Factores de riesgo incluyen el uso prolongado de antibióticos, alimentación parénteral, ventilación mecánica asistida, uso de prótesis plásticas o sintéticas (catéteres profundos)[1,2,3].

La Cándida albicans permanece como el patógeno más común.

2.- Pero también existen otras especies que deben ser consideradas. Generalmente su ocurrencia se sospecha cuando hay un proceso infeccioso en el que no se identifican patógenos bacterianos y no hay respuesta a la terapia antibiótica [3-4]. La sepsis por candida puede resultar en meningitis, artritis, endoftalmitis, neumonitis y bronquitis obstructiva.

3.- Los hemocultivos son importantes pero pueden ser negativos hasta en un 60% [IL3>].

4 - Los cultivos de LC y de orina pueden ser valiosos en identificar al recién nacido con candidemia, otras ayudas diagnósticas incluyen el examen microscópico de orina y el Buffy-Coat en sangre, así como la determinación de los niveles séricos de antígeno candida; el examen oftalmológico, la radiografía de tórax y la ultrasonografía renal <[13].

El tratamiento de la candidiásis sistémica ha consistido en Anfotericina B la que tiene una alta toxicidad y muy poca tolerancia en los pacientes; entre sus efectos adversos tenemos: anemia, proteinuria, acidosis tubular, convulsiones, cianosis, fiebre tromboflebitis etc., ameritando un control estricto de hemograma, electrólitos y pruebas de funcionamiento renal.

La combinación de Anfotericina B y Flucitosina es sinérgica, es recomendada, particularmente cuando hay compromiso del Sistema Nervioso Central. La mortalidad asociada a candidiásis sistémica y toxicidad por el uso de anfotericina B se reporta hasta en un 60% y se está reportando ya en la actualidad resistencia a este medicamento [MI] lo que ha obligado

a buscar otras alternativas con menores efectos secundarios y mayor efectividad, teniendo entre estos el fluconazole recientemente aprobado por la F.D.A. para el tratamiento de candidiásis sistémica en neonatos (4-5) medicamento con **muy** buena tolerancia y leves efectos adversos. Es un agente antimicótico de la clase de los Triazoles, con una potente actividad antimicótica contra Cándida SP, Aspergillus SP **y** Criptococos SP [5-6>7I].

Se absorven bien tanto vía oral como intravenoso, generalmente es bien tolerado, con muy buena penetración al líquido cefaloraquídeo. Su mecanismo de acción es inhibir; concentración de Citocromo P. 450 dependiente de la síntesis de Ergosterol.[7i8f]. Se excreta principalmente por vía renal. Se administra de la siguiente forma: DOSIS CARGA. 6 mg/ kg vía oral o intravenosa en infusión por bomba en 30 minutos.

Dosis de mantenimiento de 3-6 mg/Kg/día V.O. ó I.V. por bomba de infusión en 30' **y** su comienzo 4 horas después de la dosis carga [|4)].

Su vida media sérica es de aproximadamente 17 horas en niños y durante su administración se deben monitorizar las funciones renales y hepáticas [l4ıı8)]

Las tasas de curación reportadas en casos de candidiásis sistémica oscilan entre 85 **y** 99% [l8_9y 10)].

Pueden presentarse efectos adversos al tratamiento hasta en un *6%* de los casos **y** estos incluyen, diarrea, vómitos, sordera, anemia, elevación de las transaminasas, dolor abdominal, rash <[S!11^13)]. También se ha descrito su eficacia para prevenir infecciones sistémicas, por candida albicans IS.KÍ

REFERENCIAS

1.- **Cloberty J. Stark: A. Manual of Neonatal Care 3th Edition Iittlebrown 1995 Pag. 164-165.**

2.- **Fasano C, O'Keeffee J, and Gilbbs D. Fluconazole Treatment of Neonates With severe Fungal Infections not treatable with conventional Aments E or J. Clin. Microbiol. Infec Dis. 1994; (314): 344-9.**

3.- **Sola August. Urman Jorge: Cuidados Intensivos Neonatales. Editorial. Buenos Aires Argentina 1990.**

4.- **Yount T., Mauguan B., Neofax 1994. Manual of Drugs used in Neonatal Care. 7, Ed. Columbus Ohio - Rose Lab. 1994. 5.- Cap Jet al. Fluconazol in Children: First experience with prophilaxis in chemotherapy - Induced Neutropenia in Pediatric Patients with Cáncer. Chemotherapy 1993; 39 (16): 438-42. 6.- Fujji R. et al. A Clinical Study of Fluconazole, Granules and Injectable in Pediatric Patients with Deep SeatedMycosis. JPN. J.Antibiot. 1993; 46(8): 654-85. 7.- Makigudihi et al. Fluconazole Therapy for Pediatrics Patients with Severe Candida infections. JPN. J. Antibiol 1994; 47 (3): 306-803, 8.- Sugita M. et al. Pharmacokinetic and clinical evaluations oí Fluconazole in Pediatrics Patients. JPN, J. Antibiotic 1994; 47 (3): 296-303. 9.- Hernández Samphelaya I. Fluconazole vrs. Ketoconazole Treatment of Oropharingeal Candidiásis in H.I. V. infection children Multicentric study groups. Eur. J. Clin Microbio. Infect. Dis. 1994; 13 (4): 340-44.**

10. **Marchisio P y Principi N. Treatment of Oropharyngeal Candidiásis in H.I.V. Infected Children with Oral Fluconazole. Eur. J. Clin. Microbiol. infec. Dis. 1994;13 (4): 338-40.**

11. **Preslerl E., Grovinger M., Efficacy and safety of Fluconazole In the treatment of sistemic fungal infections in Pediatric Patients. Multicentric study group. Eur. J. Clin. Microbio. Infect. Dis. 1994; 13 (4): 347-51.**

12. **Iskikawa Y; Shimizu et al. Clinical study of Fluconazole in the treatment of Sistemic Mycosis associated with inmunocumpromised children JPN J. Antibiot 1994; 47 (3): 268-71.**

13. **Cesaro S. Et. al,. Fluconazole Prophylaxls and Candida Fungemia in Neutropenia childrens with Malignancies hematologic 1993; 78 (4): 249-51.**

14. **G.C. et al. Fluconazole resistant Candidiásis in an H.I.V. Cohort A.I.D.S. 1994; 8 (6): 787-92.**

15. **Butler K. M. Candida, and increasingly important pathogen in the nursery. Ped. Clin, of North America. 1988; 35: 543-60.**

16. **Baley J. E. Diseminated Fungal infections in very low birth weight infants: Clinical Manifestations and Epidemiology Pediatrics 1984; 73: 144-52.**

17. **Katayama K. et al. Successful therapy in children with active hepatoesplenic candidiásis. Int. J. Hematol. 1994; 59(8): 125-30.**

Aspectos relevantes de la XI Conferencia Internacional del SIDA

(Primera de tres partes)

Dr. Efraín Bu Figueroa'

La XI Conferencia Internacional de SIDA, ahora realizándose cada dos años, se llevó a cabo el presente año en Vancouver, Canadá. Mas de 10,000 asistentes de diversas partes del planeta, se dieron cita para discutir avances en los aspectos biológicos y sociales de dicha enfermedad. Uno de los Simposios llevados a cabo "El Estado y Tendencia Global de la Pandemia VIH/SIDA organizado por AiDSCAP, la Escuela de Salud Publica de Harvard y UNA1DS actualiza entre otros la situación epidemiológica mundial de la infección VIH.

Hasta julio de 1996, 21.8 millones de adultos y niños están infectados con el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), 20.4 millones de estos (94%) están en los paises en vías de desarrollo. Cerca de 19 millones de infectados (86% del total) viven en el África sub-Sahariana y Sur y Sureste de Asia. De los adultos 12.2 millones (58%) son masculinos y 8.8 millones (42%) del sexo femenino.

En 1995, se produjeron 2.7 millones de nuevas infecciones con el VIH en adultos, equivalente en promedio a 7000 nuevas infecciones diarias. De estos 1 millón ocurrieron en el Sureste de Asia y 1.4 millones en el África sub-Sahariana. En los paises industrializados hubo 5 5.000 nuevas infecciones en 1995. equivalente a 150 nuevas infecciones diarias (2% del total global).

En 1995, nacieron 500.000 niños infectados con el VIH (1400 por día), el 67% ocurrieron en África sub-Sahariana, 30% en el Sureste de Asia y 2-3% en America Latina y el Caribe.

Jefe del Departamento de Medicina Interna y del Servicio de Enfermedades Infecciosas Hospital-Escuela.
Profesor de Medicina, Facultad de Ciencias Médicas.

Desde el inicio de la pandemia hasta la mitad de 1996, aproximadamente 27.9 millones de personas en el mundo han sido infectadas con el VIH, 93% de estos están en los paises del tercer mundo.

En los últimos 6 años, el número de infectados con el VIH se ha duplicado, de 10 millones en 1990 a 25.5 millones hasta la mitad de 1996. De estos 14.9 millones son varones (58%) y 10.5 millones son mujeres (42%).

Desde que se inicio la epidemia, mas de 6 millones de adultos, han desarrollado el SIDA, el 7% de estos están en América Latina y el Caribe. En el Sureste de Asia la pandemia ha tomado una fuerza extraordinaria, 033 millones de adultos han desarrollado SIDA en ésta región.

Hasta Julio de 1996, 5.8 millones de personas (4.5 millones de adultos y 1.3 millones de niños han muerto de SIDA alrededor del mundo.

En conclusión. La pandemia de VIH/SIDA está ahora compuesta de distintas epidemias, cada una con sus propias particularidades y fuerza, impactando severamente el mundo desarrollado.

En los paises como Honduras, la epidemia realiza estragos, afectando profundamente el desarrollo en todas sus esferas. La ignorancia, incultura, los obsoletos sistemas de salud, y la permanente crisis económica en estos paises, son el "caldo de cultivo", que explica el porque el número de infectados y enfermos con el VIH en los paises tercermundistas es mas del doble de los observados en todos los paises del mundo desarrollado.

ARTICULO DE OPINIÓN

Etica y SIDA

**MSC. Rosbinda Núñez Núñez*

El SIDA es un Síndrome, corresponde a las manifestaciones de la infección por el VIH. el SIDA como todas las enfermedades se inserta en categorías que trascienden el concepto de una relación unicausal: Agente Hospedero.

Por eso analizaremos algunas ideas, relacionadas con la comprensión de un proceso más complejo,

Durante la epidemia de fiebre amarilla que azotara las Américas, la idea de contagio en la sociedad era relacionado con los aires pestilenciales de la ciudad, que de hecho carecían de condiciones sanitarias para la* población. Sin embargo la *idea de contagiosidad "por el aire" era una respuesta desproporcionada al riesgo por prevenir.*

Tampoco contribuían a cambiar actitudes, generadas de excesos sociales contra personas que, según el pensamiento común, de una manera a otra pudieran poner en peligro la salud colectiva. Cuestiones como la idea de contagio en el imaginario colectivo han contribuido para la *cresciente discriminación* contra personas VIH {+)SIDA.

El abordaje multicausal de la enfermedad en general nos permite visualizar el todo, en esta visión global incorporamos los derechos humanos, el SIDA ha provocado la discusión de componentes como el derecho a la atención médica: derecho a la vida "la vida corporal que nosotros recibimos sin nuestra colaboración, lleva en sí el derecho a su conservación (...)"[(1)], derecho al honor...

La Declaración Universal de Los Derechos del Hombre, ratificada por el Estado de Honduras y por ello Ley de la República, establece en su artículo segundo " Toda persona tiene todos los derechos Y libertades proclamadas en esta Declaración, sin distinción de raza, color, sexo, idioma, religión, opinión política o de cualquier otra índole, origen nacional o social, posición económica, nacimiento o cualquier otra condición ". El Artículo 60, párrafo segundo de la Constitución de la República puntualiza y amplia el precepto anterior que se declara punible toda discriminación por motivo de sexo, clase cualquier otra lesiva a la dignidad humana.

La existencia de Prejuicios obscurantistas y discriminatorios contra grupos sociales o individuos afectados por VIH/SIDA carecen de sentido en Honduras, pues se registraron 4960 casos/Dic 1995 v se estiman aproximadamente 70.000 infectados. Ello refleja un tipo de comportamiento humano inapropiado, según el cual segregando a las personas VIH (+) conseguirán combatir este o aquel comportamiento. En otras palabras, lo que se desea combatir no es la enfermedad sino el comportamiento.

La ética en general y la ética médica en particular examinan de manera, crítica los código y las reglas

Master en Medicina Social

con el objeto de determinar como y por que se establecieron y luego determinar si pueden justificarse o no. A través de argumentos, revisión de los hechos reales de un caso clínico y si existen normas o reglas que llevaron a una decisión acertada. La ética es normativa y descriptiva emite juicios sobre como se establecen normas y sobre la manera en que deberían comportarse las personas.

Hay estudios que orientan para la necesidad de obtener del paciente infectado por VIH su colaboración, teniendo respeto y consideración por el. Solamente así se comprende en la medida de lo posible la enorme variedad de factores que presiden los actos en los planos existencia, afectivo y social.

Uno de los elementos principales para el desarrollo de una vida normal es el no ser objeto de discriminación. No discriminar a una persona por razón de su enfermedad es no solo una actitud de conveniencia para la vida social, sino fundamentalmente de respeto a un derecho básico de todas las personas.

Los valores morales que rigen las organizaciones sociales son a menudo implícitos. Los elementos de la ética social tienden a estar ocultos en la cultura, son los supuestos morales sobre los que no se reflexiona expresados en las " Maneras Típica".

Los valores morales de una sociedad tienden a darse por sentados y solamente en épocas de crisis son objeto de reflexión crítica, porque en lo que se refiere a comportamientos relacionados con una actividad humana tan privada como es la sexualidad, cada grupo social ha desarrollado sus propios códigos y reglas que consetudinariamente se transformaron en "ley" de la vida social.

Un representante del gobierno hondureño afirmaba que era de escasa importancia la elaboración de una ley para los pacientes infectados con VIH y enfermos de SIDA.

Frente a esa postura cabe preguntarse sobre la necesidad de un mecanismo coactivo de observancia obligatoria, que establezca obligaciones, reconozca derechos y ofresca garantías,

En una situación en que la mayoría de las personas no han desarrollado conciencia sobre el comportamiento sexual adecuado para combatir la epidemia las disposiciones legales que orienten y obliguen se tornan imperativamente necesarias .

Por otra parte ¿cuál podría ser la ayuda para una persona no infectada, cuya pareja padece VIH/SIDA,y la acosa sexualmente?.

Esta pregunta es resultado de inquietudes presentadas en la Mesa Redonda: "Derechos Humanos y SIDA " en el III Congreso Nacional de SIDA realizado en Noviembre de 1994. Creemos que como contrapartida de los derechos de las personas infectadas están sus deberes. De estos se destaca el de acatar las medidas de la autoridad sanitaria para evitar la difusión de la enfermedad o proveer a su control erradicación como la señala el Artículo 41 el Código de Salud de la República de Honduras.

La infracción de esta obligación, es decir la propagación dolosa de la enfermedad constituye delito, sancionado con pena de reclusión por un período de 3 a 6 años.

Este tipo de leyes determinarían que hay delito sólo si dan todos los elementos siguientes:

1. La persona sabía que estaba infectada por el VIH había sido advertida Por un profesional sanita rio o una autoridad de salud pública de que no debía tener relaciones sexuales inseguras
2. La persona no informó a su pareja de su infec ción por VIH ni empleó un método de barrera como protección contra el intercambio de hu mores corporales.
3. La persona tuvo relaciones sexuales. Para esta blecer la existencia de delito no sería necesario probar sí hubo intención de perjudicar o si real mente se transmitió el virus.

Para Kant "el acto en si" es lo que tiene valor. Una ley presupone que todos tienen los mismos derechos, y las actividades basadas en las costumbres se rigen por una ética. Los actos individuales son tan importantes en el caso de la ética médica carácter de la persona y sus hábitos morales. El paciente tiene su propia ética, que está basada en la autonomía y que le hace emitir sus propios juicios individuales sobre su enfermedad. La ética del médico se rige por la beneficencia y la ética de la sociedad se basa en la justicia; cada una hace juicios de valor diferenciados y cuando una prevalece la otra es

eliminada. Por eso muchas veces se hace también necesario establecer leyes generales que puedan, en el balance emitir el mejor juicio

Actualmente, la epidemia del VIH/SIDA ha generado la necesidad de creación de una ley para regular la crisis generada en función de la actual transformación de valores de **una** generación para la otra, en materia de la sexualidad humana Honduras vive socialmente una etapa **de** deterioro de la actual estructura familiar y asociada a un proceso de transformaciones socio económicas muchos de los niños no tienen familias, se encuentran en la calle. La epidemia se expande en un contexto que aglutina muchos hechos que no conllevan a la reflexión respecto de las costumbres, las practicas y los conocimientos de la población. Por esta razón también se recomienda la elaboración de un anteproyecto de ley que tenga como uno de sus marcos los valores morales de la Sociedad Hondureña.

REFERENCIAS

1. **Bonhocffer D. ETICA. 1968**
2. **Declaración Universal de Los Derechos del Hombre.**
3. **Constitución de la República.**
4. **Drame James. ETICA Y SIDA**
5. **Código de Salud**

'la calidad no es nunca el resultado de un accidente;
es siempre el resultado de una gran intencionalidad,
esfuerzo sincero, dirección inteligente, ejecución habilidosa;
representa la elección más inteligente de muchas alternativas".

Willa A. Foster

Grandes figuras de la Medicina Hondureña

El Doctor Hernán Corrales Padilla

Dra. Benilda Martel, Dr. Efraín Bu. F.***

El cuerpo de médicos residentes del Postgrado de Dermatología de la Universidad Nacional Autónoma de Honduras, que funciona exitosamente bajo la dirección del Servicio de Dermatología dependiente del Departamento de Medicina Interna del Hospital-Escuela, brindó un merecido homenaje al ilustre maestro de generaciones, Profesor actual del Programa de Dermatología, Profesor Emérito de la Universidad Nacional Autónoma de Honduras, Dr. Hernán Corrales Padilla, en el Salón de Conferencias "José Cecilio del Valle" del Ministerio de Relaciones Exteriores de Honduras en el mes de Octubre 1995; en dicha ocasión también, el Dr. Hernán Corrales presentó su original libro "Vitíligo'^ que reúne la experiencia clínica de muchos años de investigación en torno a esta enfermedad.

La Dra. Benilda Martel, en representación del cuerpo de residentes de Dermatología pronunció las siguientes palabras alusivas al evento:

Al Dr. Hernán Corrales Padilla, Guía y maestro

Señoras y Señores:

Esta noche se me ha encargado una tarea sumamente difícil y extraordinariamente honrosa: dibujar con palabras el perfil del Doctor Hernán Corrales Padilla en dos facetas, como guía y como maestro.

Sumamente difícil, por cuanto la personalidad del Dr. Corrales es de suyo trascendente.,. Y las palabras no alcanzan a contemplar el espacio que su trayectoria merece.

Extraordinariamente honrosa en tanto su historia forjada en el crisol de la honestidad, de la ciencia y de la abnegación que constituye un paradigma en la historia de Honduras.

Alguien escribió alguna vez que "Los hombres que merecen monumentos, no necesitan de ellos" y hoy estamos ante un hombre que como hondureño, como padre, como profesional y como maestro merece -como ningún otro- una efigie, pero que como ser humano no necesita de ella...

Y no la requiere porque de las plazas y del seno del pueblo que atiende como apóstol, porque de las aulas en que brinda la luz del conocimiento, porque de los foros mundiales en que hace ciencia y, por que de la conciencia del gremio y de la sociedad entera ha recibido y recibe un aplauso merecido, pero siempre insuficiente...

Y no necesita monumentos, porque en su corazón se aloja el sentimiento y la virtud que distingue a los pro-hombres: la humildad y la generosidad de esp. rita y de obra... es entonces cuando descubrimos al guía y al maestro...

Servicio de Dermatología, Hospital-Escuela.
Jefe del Departamento de Medicina Interna
Hospital Escuela.

El guía nos enseña que la humildad lo acerca a diario al profundo misterio de la Anatomía humana; reconociendo que el saber se ensancha en la generosidad de la enseñanza que para aquellos que gozamos del honor y la dicha de aprender de el que representa una cátedra superior... La cátedra de Corrales Padilla...

Y es entonces cuando aparece el maestro...

... Y es entonces cuando nuestro agradecimiento enmudece ante la estatura del Dr. Hernán Corrales Padilla, uno de los mejores maestros Dermatólogos de Iberoamérica.

.... Y es ahí donde nuestra gratitud se manifiesta insuficiente ante la enormidad del científico...

... Y es ahí donde nuestro agradecimiento se inclina reverente ante el hondureño eximio que enaltece la patria en el concierto médico del orbe...

... Y es ahí donde resalta y fulgura nuestro Guía y nuestro maestro en constante búsqueda de la ver dad científica.....
un poeta escribía

"Como si fueses de cristal, realízate por dentro...
como si la patria entera te tuviera de espejo para que se peinaran sus hijos"...

Y quién como Corrales Padilla para espejo en el cual mirarnos los hijos de la Patria de Morazán, Valle y Cabañas?...

Quién como Corrales Padilla se ha ganado a pulso el adjetivo de maestro, con el diario bregar de una vida intachable?...

Quién como Corrales enorgullece a Honduras y le lava la cara sucia de historias grises y oscuras noches de oprobio?...

Y es que el guía y el maestro Corrales trasciende las aulas, las clínicas y hospitales e ingresa en la galería de aquellos que desbordan y nutren, que crean y construyen...

Corrales Padilla marca historia...
Y la historia ha querido una conjunción interesante y sugestiva:

Corrales Padilla -El maestro- nace en Choluteca... Cuna del sabio Valle y, este palacio lleva también el nombre del procer de la ciencia y de las letras... Y Corrales Padilla -El Guía- ejerce en Tegucigalpa, cuna del héroe por antonomasia y, este salón majestuoso igualmente identifica al general Erancisco Morazán...

Es como si Dios hubiese querido que esta noche, el conocimiento de Valle y el Liderazgo de Morazán coronaron de Laureles la estirpe y trayectoria del guía y del maestro... la estirpe y trayectoria del Dr. Hernán Corrales Padilla...

Por ello esta noche, ante este hombre de personalidad gigante, de alma transparente y dimensión continental, aquellos que nos atrevemos a llamarnos sus alumnos... inclinamos reverentes nuestras frentes y orgullosamente le llamamos maestro.

Le llamamos maestro en alta voz... Le llamamos maestro henchido de orgullo... Le llamamos maestro pleno de agradecimiento... Le llamamos maestro como queriendo llamarle Padre.

Porque:
Corrales Padilla nos da su escuela...
Corrales Padilla nos da su estudio...
Corrales Padilla nos da su enseñanza...
Corrales Padilla nos da su ejemplo .....

Hoy, Corrales Padilla nos da un tesoro: nos entrega un libro y nosotros... sólo podemos darle nuestro agradecimiento...

Esta noche, en esta tarea difícil pero sumamente honrosa de dibujar con palabras el perfil de un hombre grande, sin haber logrado abarcar siquiera un esbozo de su reciedumbre...

Permítame, finalmente, citar a Heliodoro Valle cuando decía:

"Que la historia de Honduras se puede escribir en una lágrima"... y esta noche, invocando a los genios y a los proceres... bajo el manto de Morazán y de Valle... Yo digo que la historia de Honduras se puede escribir con hombres como Hernán Corrales Padilla, médico, colega, compatriota, guía y maestro.

INSTRUCCIONES PARA AUTORES:

La Revista Médica Hondureña sigue en general las pautas trazadas por si documento "REQUISITOS UNIFORMES DE LOS MANUSCRITOS PROPUESTOS PARA PUBLICACIÓN EN REVISTAS BIOMEDICAS, ELABORADO POR EL COMITÉ INTERNACIONAL DE EDITORES DE REVISTAS MEDICAS EN 19&8 ESTILO DE VANCOUVER). Las instrucciones prácticas para elaborar el Manuscrito son las siguientes:

1) ENVIÓ DEL MANUSCRITO: El original y 2 fotocopias del manuscrito se remitirán a:
   SECRETARIO DEL CONSEJO EDITORIAL
   REVISTA MEDICA HONDURENA
   COLEGIO MEDICO DE HONDURAS
   APARTADO POSTAL No. 810
   TEGUCIGALPA, D. C, HONDURAS, C. A.
   Se acusará recibo del manuscrito mediante carta enviada al autor.
2) IDIOMA: La Revista Médica Hondureña se publica en idioma Español, aunque se aceptan resúmenes en dos Idiomas (Español s Inglés)
3) DERECHOS DEL AUTOR: Los artículos se acompañarán deuna carta de peticiónde publicación, especificando ademas que el articulo no ha sido previamente publicado ni se ha enviado simultáneamente a publicación a otra Revista. Los autores deten estar sabidos que si su articulo esaceptado para publicación, los derechos del autor pertenecerán ala Re vista Médica Hondureña, los cuales no pueden ser reproducidos total o parcialmente sin al permiso escrito del autor y la editorial de la revista.

EXTENSIÓN Y PRESENTACIÓN DEL MANUSCRFTO Los trabajos se mecanografíarán a doble espacio en hojas de tamaño carta, que no excedan de 15 cuartillas, enumeradas correlativa mente en el ángulo superior derecho. El orden de presentación del manuscrito será el siguiente: En la primera hoja del articulo se indicarán en el orden citado, los siguientes datos; Titulo del articulo, Norrbre(s) del autor o autores, Nombre complato del Centro de Trabajo y Dirección completa En la segunda hoja se incluirá el resumen con sus palabras claves, posteriormente y en este orilen se incluirán las hojas con el texto del artículo, la bibliografía y las tablas y figuras. Se aceptarán manuscritos elaborados por computadoras o procesadora de textos sismpre y cuando cumplan con los requisitos señalados anteriormente. No se aceptarán artículos cuya extensión sea mayor de 15 cuartillas. En el caso de trabajos traducidos en parte o totalmente, se acompañará una copia del material en el idioma original.

Los artículos se someterán a un procesamiento editorial que puede incluir en caso necesario la condensación del texto y la supresión o adición de cuadros, ilustraciones y anexos previa aprobación del autor.

El titulo no debe exceder de 15 palabras. Debe describir el contenido en forma especifica, dará, exacta, breve y concisa. Hay que evitar palabras ambiguas, jerga y abreviaturas Un buen titulo permite a los lectores identificar el tema fácilmente y, ademas ayuda a los centros de documentación a catalogar y clasificar el material con exactitud.

RESUMEN:

Estaparte del articulo se publica después del titulo, si el autor desea se puede publicar en dos idiomas (Españole Inglés). Todos los artículos deben tener resumen cuya extensión aproximada es de 150 palabras. El resumen permite al lector identificar el contenido en forma rápida y exacta ya que en él, están expresados en forma dará y breve los objetivos del estudio, métodos errpleados, resultados y conclusiones importantes.teniéndose el cuidado de no escribir información o conclusiones que no esté consignada en el texto. Al redactarte es necesario utilizar la forma impersonal, situando la información en tiempo y lugar, dando resultados numéreos precisos, sin indutr abreviaturas ni referencias bibliográficas.

CUERPO DEL ARTICULO:

En general el texto de los manuscritos se divide en Introducción, Materiales y Métodos, Resultados y Discusión. Esta es una estructura modelo en la que no están comprendidos los artículos de actualización y revisión bibliográfica, los cuales requieren subdividir el texto con otros titules y subtítulos.

INTRODUCCIÓN:

La introducción será lo más breve posible incluyendo las referendas mínimas necesarias en donde se deben señalar daramente ¡os objetivos del artículo. Debe explicarse el problema general sirviendo de transición del mundo del lector al rrundo del autor.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Debe describirse daramente la selecdón de suietos de investígadón, así como las técnicas, procedírrientos, aparatos, medicamentos, etc. utilizados, de forma que permita a otras investigadores reprodudr los resultados. En otras palabras, en esta Sección el autor debe Oescritxr qué y cómo hizo la investigadón.

RESULTADOS:

En esta secdón el autor resume su verdadera contribudón (hallazgos de la investigación), presentando la información pertinente a los objetivos del estudio, en forma comprensible y coherenie, utilizando medios daros y económicos (tablas, figuras) sin caer en la repetición de la información.

DISCUSIÓN;

Esta parte del artículo Sene por objeto examinar e interpretar los resultados del estudio, estabiedendo comparadones con otros estudios publicados previamente Además, se debe evaluar y calificar las implicadones de los resultados, induyendo las condusiones y limitaciones del estudio si es que existen.

NOTAS A PIE DE PAGINA:

Son adaradones que, en un tipo de letra menor, aparecen en la parte interior de una página. Se utilizan para identificar el cargo, institudón y dirección de los autores y fuentes de informadón no publicados jcomunicadón personal o en preparación). Estas notas deben mecanografiarse en la parte interior de la página correspondiente, separados del texto mediante una linea horizontal.

AGRADECIMIENTO: Se puede agradecer a las personas o entidades que hayan colaborado en la realización del

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS: Las referencias tienen como proposito:

a) Identificar las fuentes originales de ideas, conceptos, metodología y técnicas provenientes de Investigadoras, estudios y experiencias anteriores.
b) Dar solidez a los hechos y opiniones expresados por el autor, y
c) Orientar al lector a informarse con mayor detalle sobre aspectos bal contenido del articulo.

Con excepdones de los artículos de revisión bMogrática, la Revisión Médica Hondureña requiere de 10 a 20 referencias bibiiográficas pertinentes y actualizadas; es dedr que no tengan más de 10 anos, salvo excspdones. Se presentarán en números arábigos entre paréntesis en forma correlativa induyendo su aparidón en tablas y figuras. La lista de referendas se enumerará consecutivamente según el orden de la aparición de las dtas en el texto al final del artículo, ajustándose a las normas del estilo de Vancouver que se describe a contínuadón (The Vancouver Style, Lancet 1979, (1:423-430)

REVISTAS:

Seinduiránlossiguienteselementos apellidóse iniciales de los nombresdetodoslosautores si so seis o menos; si son siete o mas, se anotan solo los tres primeros y la expresión "et al" subrayada, titulo del artículo, nombre completo de la Revista; volumen; número del e|emplar entre paréntesis, páginas ¡nidal y final y ano.

LIBROS Y OTRAS MONOGRAFÍAS:

Se induirán los siguientes elementos apellidóse iniciales de los nombresdetodoslosautores o editores como se indicó antes, o nombre de la entidad colectiva, titulo subrayado, número de laedición, lugar, entidad editorial y año. Cuando proceda, se agregarán los números del volumen y páginas consultadas Cuando el documento sea completo sin autor se incluirá el nombre 6e la entidad colectiva en lugar del nombre del autor, titulo del documento, dudad, año y número del documento. Cuando se trata de documentos inéditos se mencionarán en el texto perono deben induirse en lalistade referendas bibliográficas. Las referencias a comunicaciones personales sólo figuraran en el texto entre paréntesis.

CUADROS (TABLAS)

Los cuadros son conjuntos ordenados y sistémateos de números o de palabras que muestran valores en tilas y en columnas. Se deben usar para presentar información esendal en términos de variables, características o atributos en forma comprensible para el lector. Deben poder explicarse por si mismos y complementar no duplicar el texto. No deben utilizarse cuadros que contengan mucha información estadística porque resultan incomprensibles.

Cada cuadro debe- presentarse en hoja aparte al final del articulo y estar identificado con un número correlativo. Tendráun titulo breve yelaro de manera que el lector pueda determinar sin dificultad qué es lo que se tabuló; indicará, ademas lugar, fecha y fuente de la información. El encabezamiento de cada columna debe mduir la unidad de medida (porcentaje, tasas, índices).

ILUSTRACIONES:

Las ilustraciones (gráficos, diagramas, dibujos, mapas, fotografías, etc.), se deban utilizar para destacar ten den a as e ilustrar comparaciones en forma dará y exacta. Las ilustradones deben ser fádlesde comprender y agregar informadónno duplicarla. Losdibu|osy leyendas estarán cuidadosamente hechos y serán apropiados para su reproducción directa; se enviaran métodos enrrehojas de cartón duro para su protección durante e¡ transporte. Todas las figuras estarán respectivamente identificadas en el reverso.

Los títulos de todas las figuras se anotarán en orden numérico en una ho]a de papel independiente Las figuras son preferibles en blanco y negro con gran nitidez y excelente contraste. Si el autor desea publicar totograflas a colores, tendrá que comunicarse directamente con la Editorial y el Director para discutir las implicaciones económicas que ello representa. El exceso de cuadros, material gráfico o arrbos disminuye el electo que se desea lograr.

ABREVIATURAS Y SIGLAS:

Se utilizarán lo menos posible, cuando aparecen deben ser perfectamente definidas la primera vez que aparezcan en el texto, escribiendo el término completo a que se refiere, seguido de la sigla o abreviatura entre paréntesis

UNIDADES DE MEDIDA:

Se utilizarán I as normas Sistema Internacional de Umdadesque es esenaalmenteuna versión amplia del sistema métrico.

PROCESO DE SELECCIÓN:

Los manuscritos redbidospasan por un proceso deselecdón medí ante el sistema de arbiti aje por expertos en la matena. yasean estos perteneaentes al Consejo Editorial de la Revista o por petidón

Toda decisión se comunicará por escrito al autor en un plazo aproximado de *2* a meses después de recibido el articulo La publicadón de los artículos aceptados se realizará tan pronto como haya oportunidad en el subsiguiente ejemplar a publicar

CONTENIDO

I- EDITORIAL

Política de Investigación en las Ciencias Biomédicas en Honduras 82

II.- TRABAJOS CIENTÍFICOS ORIGINALES

1.- Biopsia Cerebral dirigida por tomografía computada
Dr. Javier Sánchez M.» *Dra. Jeaneth Bu F., Dr. Ricardo Madrid, Dr. Enrique Flores Conde* *83*

2.- Procedimiento Excísional Electro quirúrgico con Asa Diatérmica para el Tratamiento de la Neoplasia íntraepitcliai Cervical
Dr. M. A. Crespín, Dr. A. Segura G., Dr. M, T- *Martínez*..... 89

3,- Mortalidad Materna
Dr. José Arnulfo Cárcamo, Dra. Sandra S. Caray, Dr. Roger Orellana■;
Dr. Marvin Rodríguez, Dr. Felipe Reyes 93

III-IMAGEN EN LA PRACTICA CLÍNICA
Hernia Diafragmática Traumática
Dr. Rigoberto Espinal E...... 97

IV.- REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

1.- El Razonamiento Clínico

Dr. Rubén Antúnez Trejo...... 98

V.-CASOS CLÍNICOS

1.- Leucemia Congénita en Síndrome de Down
Dra. Lizeth García Amador, Dr. Jorge Vülacorta, Dr, Armando Peña, Dr. Ramón Alvarenga, Dr. Ernesto Dala S...... 104

2.- Manejo Actual de la Candidiásis Sistémica Neonatal con Fluconazol

Dr.lizeth García Amador, Dr. Ernesto Dala Sierra, Dr. Jorge Villacorta 108

VI- COMUNICACIÓN CORTA

1.- Aspectos relevantes de la XI Conferencia internacional del SIDA

Dr. Efraín Bu Fígueroa 112

VII- ARTÍCULO DE OPINIÓN

I.- Etica y SIDA

MSC. Rosbínda Núñez Núñez ..... i 13

VIII- HISTORIA DE LA MEDICINA HONDURENA

1.- Grandes figuras de la Medicina Hondureña
Dra. Belinda Marte! 116