



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE HONDURAS

# Revista de la Facultad de Ciencias Médicas

Volumen 3, Año 3, Nº 2

ISSN 1991-5225

## Salud y mejores condiciones de Vida

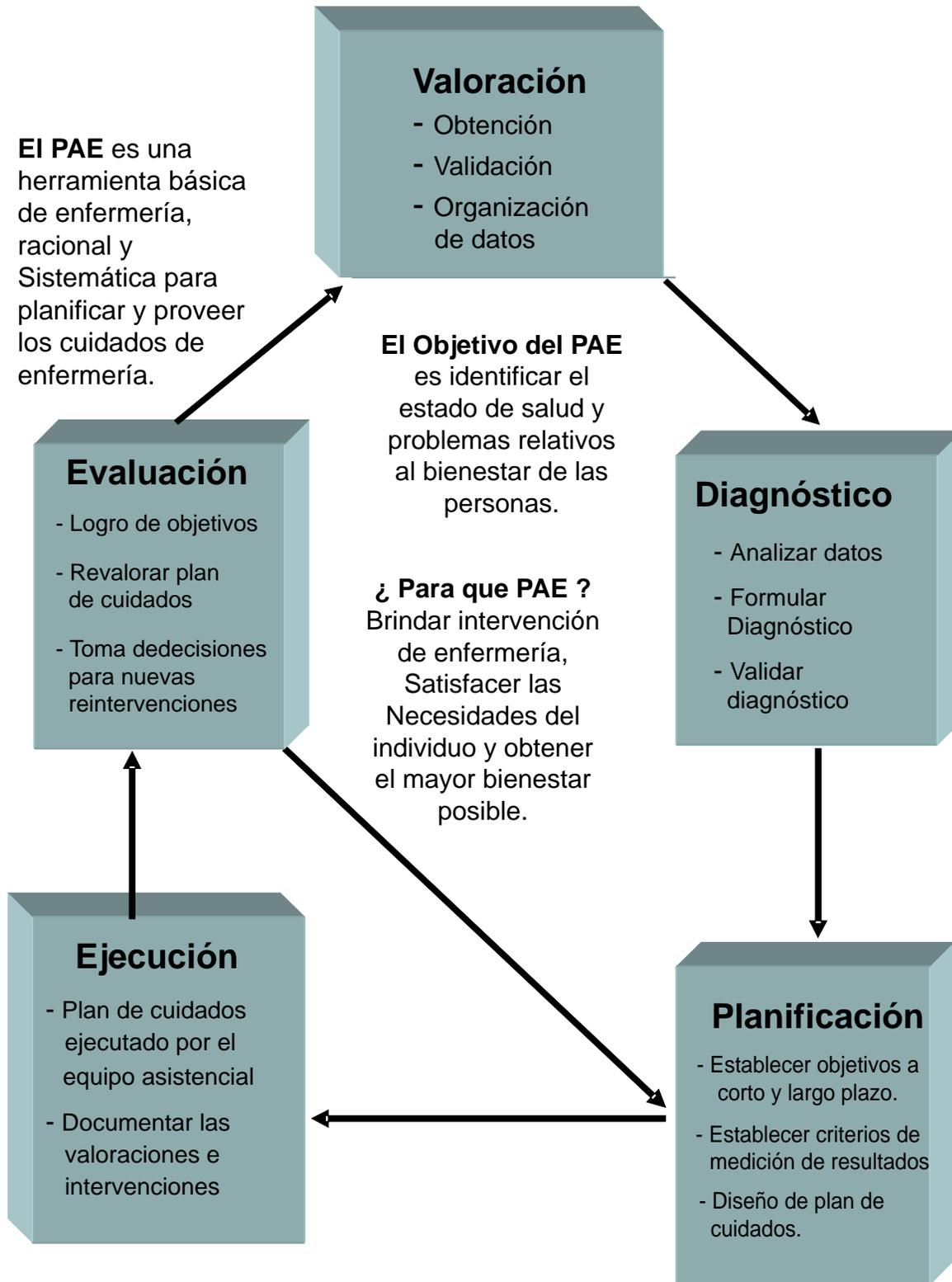


Edición dedicada a la  
**ENFERMERÍA EN LA SALUD PÚBLICA DE HONDURAS**

Julio - Diciembre 2006

# Proceso de Atención de Enfermería (PAE)

El PAE es una herramienta básica de enfermería, racional y Sistemática para planificar y proveer los cuidados de enfermería.



La meta final del/la profesional de enfermería es mejorar la práctica de sus agremiados, de tal manera que los servicios brindados a los usuarios tengan mayor eficacia.



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE HONDURAS

# *Revista de la Facultad de Ciencias Médicas*

Volumen 3, Año 3, No. 2

Julio - Diciembre de 2006



# Revista de la Facultad de Ciencias Médicas

VOLUMEN No 3, AÑO 3, No 2 Julio - Diciembre de 2006

## CONSEJO EDITORIAL

Dr. Carlos Alberto Medina R. (Director)  
Dr. Rubén Elvir Mairena  
Licda. Lissethe Borjas  
Dr. Juan Manuel Pérez  
Dr. Jorge Fernández  
Dr. Dagoberto Espinosa M.  
Dra. Carolina Rivera  
Dra. Cecilia García  
Licda. Aída Castillo Güiza  
Dr. Rony Efraín Portillo  
Licda. Olimpia Cordova  
Dr. Eleaquin Del Cid  
Dra. Iris Milagro Tejeda  
Br. Lysien Ivania Zambrano (Asocemh)  
Br. Selvin Reyes García (Asocemh)  
Dra. Tania Soledad Licona  
Licda. Olga Edith Almendarez  
Licda. Ondina Maribel Salgado  
Dr. German Leonel Zavala  
Lic. Luis Edgardo Aranda (Secretario)

## CONSEJO DE REDACCION

Licda. Lissete Borjas (Coordinadora)  
Dr. Ruben Elvir Mairena  
Dr. Jorge Fernández  
Dr. German Leonel Zavala

## CONSEJO DE ADMINISTRACION

Licda. Olimpia Córdoba  
Licda. Lissete Borjas  
Dr. Rony Efraín Portillo  
Lic. Luis Edgardo Aranda  
Sec. Johanna Vallecillo  
Sec. Susana Escoto

## CONSEJO DE EDICION

Dr. Carlos Alberto Medina R. (Coordinador)  
Dr. Dagoberto Espinosa M.  
Lic. Luis Edgardo Aranda  
Dr. Eleaquin del Cid  
Dr. Rony Efraín Portillo  
Dr. Jorge Fernandez  
Dra. Cecilia García  
Licda. Ondina Maribel Salgado  
Dra. Tania Soledad Licona  
Licda. Olga Edith Almendarez

Diseño de Portada: Bach. Ruth Romero (UTES)

UNIDAD EJECUTORA:

**UNIDAD DE TECNOLOGIA EDUCACIONAL EN SALUD ( UTES )**

Telefax: ( 504 ) 232- 0444 E. mail: [revistafcm@unah.edu.hn](mailto:revistafcm@unah.edu.hn)



# CONTENIDO

## Editorial

---

- La enfermera: pilar de la salud pública**  
Carlos Alberto Medina R., Director: Consejo Editorial ..... 7

## Tema Central

---

- Recursos humanos de enfermería: desafíos para la próxima década**  
Silvina Malvarez ..... 9

## Artículos Originales:

---

- Conocimientos y prácticas sobre autocuidado que influyen en la salud de la mujer, durante el embarazo y el puerperio**  
María Alba Pastor, Leila Suya Herrera, Iris Eunice Vásquez,  
Carlos Antonio Zavala, Tomasa Alicia Ramírez ..... 13

- El estrés y sus manifestaciones en docentes del Departamento de Educación de Enfermería de la Facultad de Ciencias Médicas**  
Ondina Maribel Salgado Sevilla, Lilia Esperanza Meza Martínez,  
Sofía Reyes de Marcía, Ada Juventina Velásquez ..... 19

- Relaciones Sexuales Prematuras en un Colegio de Segunda Enseñanza de Tegucigalpa**  
German Zavala y Col ..... 25

## Casos Clínicos

---

- Dengue y embarazo.**  
Enrique O. Samayoa M, Carlos Ramos, Oscar González ..... 35

- Pericarditis infantil: un hallazgo accidental en el Hospital Materno Infantil de Tegucigalpa, Honduras.**  
Sonia Solórzano, Erika Blanco Raudales ..... 39

## Artículo de Revisión

---

- Aspectos biopsicosociales del dolor**  
Jorge A. Fernández Vásquez ..... 44

## Artículo de Comunicación

---

- Una nueva iniciativa en la Atención al lactante**  
Doris Maribel Rivera Medina, Myrna Vásquez de Cruz ..... 57

## Directrices de Publicaciones Científicas

---

- Preparación y Envío de Manuscritos a Revistas Biomédicas**  
Comité Internacional de Editores de Revistas Médicas. Requisitos de Uniformidad..... 72

- Guía para elaborar referencias bibliográficas: Estilo normas de Vancouver** ..... 81

- Instrucciones para los autores** ..... 87



### LA ENFERMERA, PILAR DE LA SALUD PÚBLICA

En todas las naciones del mundo el profesional de Enfermería ha desempeñado un papel preponderante en el desarrollo de la Salud Pública.

En los hospitales públicos y privados, su labor es un pilar fundamental en el tratamiento de las enfermedades que afectan al ser humano, brindando atención integral en el proceso de salud enfermedad en los diferentes niveles de atención.

Su labor ha sido impactante en la prevención de enfermedades dentro del sistema de Salud, no sólo como ejecutora de acciones de tipo preventivo como lo son las vacunaciones colectivas, sino también en el proceso educativo de la comunidad, desarrollando acciones de promoción, prevención y fomentando el autocuidado para impulsar estilos de vida saludable.

En los Centros de Salud sin médico, su labor primaria es importantísima, pues hace el contacto directo con la población rural, tan desprovista de los elementos básicos para una prevención de la salud, ofreciendo un seguimiento oportuno a poblaciones de

riesgo para su tratamiento y rehabilitación. El Personal de Enfermería constituye el apoyo directo del galeno dentro de los hospitales, concibiendo al ser humano desde una perspectiva bio-psico social, aplicando el proceso de enfermería e incorporando avances tecnológicos y científicos para brindar el mayor bienestar al paciente.

A nivel universitario, la Enfermera Profesional es factor básico en la concepción e idealización de programas de Salud Preventiva, no sólo como ejecutoras sino como generadoras del impulso educativo necesario para comprender la visión total de la prevención y tratamiento de enfermedades, desarrollando procesos de investigación como herramientas de trabajo para generar conocimiento, y proyectos orientados a contribuir a la atención en salud.

La nación hondureña avanza en el mejoramiento de la salud de sus ciudadanos, reflejado en la disminución de las tasas de morbilidad y mortalidad materna e infantil, tal vez no al ritmo deseado para acabar con enfermedades que sólo son propias de los

países en vías de desarrollo, pero aunque sea a paso lento, la concepción de lo que se debe hacer y ejecutar es claro, siempre y cuando las políticas de salud tomen en cuenta las características locales, regionales y las tendencias mundiales en beneficio de la colectividad.

La población hondureña ha tenido gran respecto y cariño al personal de enfermería, ya que su dedicación y profesionalismo ha

sido evidente en la historia de la salud en nuestro país.

Este editorial refleja el pensamiento del Consejo Editorial de la Revista de la Facultad de Ciencias Médicas y es un tributo a todos los profesionales de la enfermería que con su labor constante han puesto todo su esfuerzo y dedicación en beneficio de la salud del pueblo hondureño.

**Carlos A. Medina R.**  
Director

## Recursos humanos de enfermería: desafíos para la próxima década <sup>1</sup>

\* Silvina Malvárez <sup>2</sup>

En los últimos años la salud ha adquirido un lugar privilegiado en la agenda global al entenderse como cuestión central y condición del desarrollo. El aumento de la pobreza y las inequidades en el mundo globalizado, el aumento de riesgos debido a cambios ecológicos, demográficos y socio-económicos, la comprensión de los macro-determinantes, los efectos negativos de las reformas y su impacto en la salud pública, han definido esta prioridad así como la generación de alianzas globales para el desarrollo social, el control de enfermedades y una renovada acción a favor de la atención primaria de salud.

En este contexto, adquieren relevancia los recursos humanos en salud, aspecto desfavorecido por las reformas sectoriales de los '90, con consecuencias negativas en la atención. Actualmente, tanto en el mundo como en las Américas, la situación de recursos humanos en salud atraviesa por una triple problemática que reúne viejos problemas, junto a los derivados de la Reforma de los '90 y los consecuentes de la globalización.

La distribución, la composición y competencias de la fuerza laboral en salud, perpetúan inequidades y acceso limitado a los servicios, requiriéndose de políticas y planificación de recursos humanos que apoyen normas y nuevos estilos de gestión de la fuerza laboral.

Las condiciones de trabajo son precarias, influyendo en la motivación, eficiencia y estabilidad de los trabajadores y en la calidad

de los servicios y la conflictividad general. Así mismo, se destaca la desarticulación entre las capacidades de los profesionales y técnicos, los requerimientos de los servicios y las prioridades de salud de las naciones.

La educación profesional y la educación permanente representan componentes centrales para la adecuación de las prácticas de atención y enfrentan los desafíos y oportunidades invaluable que les ofrecen las nuevas tecnologías de información y comunicación.

Los procesos de integración subregional influyen también las políticas de recursos humanos y plantean discusiones sobre la movilidad y la necesidad de establecer mecanismos de regulación comunes entre los países. Mientras tanto, las migraciones del personal ocasionan dificultades en países con poblaciones pequeñas, instando a crear estrategias de equilibración.

Por todo ello, se está generando un movimiento mundial a favor de enfrentar con decisión, responsabilidad y creatividad, la problemática de los recursos humanos en salud proponiéndose una década de desarrollo para cumplir con los Objetivos del Milenio y la Salud para Todos.

En este marco se inscribe la crisis de la fuerza de trabajo en enfermería que, atravesada por dificultades de toda índole, demanda análisis complejos, sinergias y alianzas para asegurar servicios de enfermería calificados y accesibles a las poblaciones.

<sup>1</sup> Artículo publicado en la Revista *Enfermería Universitaria*. Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia de la UNAM, México. Vo. 2 No. 3 Año 2 – Septiembre – Diciembre de 2005

<sup>2</sup> Asesora Regional de Desarrollo de Recursos Humanos de Enfermería y Técnicos en Salud de la OPS/OMS

“El futuro del cuidado de la salud en las Américas depende mucho del rol que jueguen las enfermeras. Sin enfermeras y sin enfermería, será imposible lograr una atención adecuada en cantidad y calidad” (Grace, H. 2000). La enfermería ha alcanzado grandes logros en los últimos 20 años, sin embargo, en materia de recursos humanos, participa de la problemática antes planteada.

Estudios de la OPS muestran la persistencia de debilidades y desfasajes que es necesario priorizar a riesgo de perder una capacidad institucional cuyo potencial es enorme. Resaltan como principales **áreas críticas**, las siguientes:

- La *complejidad del campo de los recursos humanos de enfermería* que incluye transiciones en el mercado de trabajo, la producción de conocimientos, la educación, las competencias y perfiles ocupacionales y la acción sindical y profesional organizada.
- La *debilidad de las políticas y planificación de recursos humanos en salud*.
- Los *desbalances e inequidades en la composición, distribución y dinámica de la fuerza de trabajo*, destacándose los problemas de escasez, migraciones y bajo nivel de formación profesional en la mayoría de los países de la Región. Ellos impactan severamente en la calidad y pertinencia de los servicios y en la cobertura necesaria para una atención equitativa.
- La enorme *diversidad de programas educacionales*, sus contrastes en los planes de estudio, en las titulaciones y en los perfiles educacionales, su desarticulación con las cambiantes demandas de los servicios y con las necesidades de salud de las poblaciones.
- La *gran debilidad en materia de producción de información y evidencias* sobre la fuerza de trabajo y el trabajo de enfermería.

- Las transformaciones en las *condiciones de empleo y trabajo*, la manera cómo ellas están arriesgando y aún dañando la salud de las enfermeras y los riesgos a que ello expone a las poblaciones bajo cuidado. Simultáneamente, los nuevos sistemas de gestión que, por un lado implican el trabajo de enfermería y por otro excluyen la participación de las enfermeras en las decisiones, al mismo tiempo que los estilos de organización de servicios de enfermería se mantienen rígidos y verticales.

Este complejo panorama exige análisis inteligentes y decisiones estratégicas para incrementar la capacidad de los sistemas de salud nacionales a fin de alcanzar la meta de Salud para Todos y contribuir al logro de los Objetivos de Desarrollo del Milenio, priorizando grupos y áreas geográficas desprotegidas y acciones orientadas a los principales problemas de salud.

Ante ello es necesario que las enfermeras, los gobiernos, los sectores de salud, educación y trabajo, las organizaciones profesionales y sindicales y los organismos multilaterales, generen agendas concertadas e integrales para avanzar en los siguientes **desafíos**:

- Realizar análisis estratégicos, diseñar políticas y generar mecanismos de planificación de recursos humanos de enfermería: se requiere producir información sobre recursos humanos de enfermería y ordenar los análisis hacia una visión compleja de la salud, de la dinámica social y de la articulación orgánica de la enfermería en ellos, visión que permita entender la capacidad de impacto de las enfermeras en la salud; se requiere idear políticas y planes de desarrollo a favor la provisión del personal adecuado y del mejoramiento de las condiciones científicas, educacionales, laborales y profesionales de la enfermería.
- Proveer a una composición y distribución equitativa y efectiva de la fuerza de trabajo

en enfermería: el modelo actual exige ser repensado y establecidos los criterios, las políticas y las estrategias para proveer a los países de un conjunto suficiente y calificado de enfermeras que presten servicios de calidad, equitativos y oportunos, que enfrenten los desbalances y reviertan el bajo nivel de profesionalización. Existen evidencias y experiencias suficientes que respaldan la necesidad de favorecer la profesionalización general de la fuerza de trabajo en enfermería y asegurar una distribución acorde a las necesidades de salud.

- Incidir en la dinámica de la fuerza de trabajo en enfermería. La escasez, las migraciones y el desgranamiento de enfermeras guardan relación con procesos tales como la movilidad poblacional creciente, las condiciones de desarrollo de los países, las políticas de recursos humanos, las precarias condiciones de empleo y de trabajo y las dificultades en la educación de enfermeras, entre otros. Este aspecto requiere acuerdos para mejorar las condiciones de empleo y trabajo de las enfermeras, aumentar su participación en las decisiones, modernizar, calificar y administrar mejor los programas educativos y desarrollar estrategias multilaterales de administración responsable de las migraciones.
- Recrear los sistemas de gestión de recursos humanos de enfermería: la modernización y adecuación de la gestión supone medidas de: a) transformación de la “estructura y dinámica funcional de los servicios de enfermería hacia un enfoque gerencial de carácter horizontal cooperativo que favorezca las relaciones de carácter profesional, la conducción participativa y el trabajo en equipo.” (Salas, S y Zárate R 1999); b) análisis del trabajo y definición de criterios de dotación de personal y asignación de funciones y su articulación con los mecanismos de acreditación institucional y recertificación profesional;
- c) adopción de la educación permanente en servicio como estrategia de garantía de calidad y motivación de las enfermeras, basada en pedagogías problematizadoras que vinculen educación y trabajo.; d) mejoramiento de las condiciones de empleo y trabajo de las enfermeras que aborden los problemas conflictividad laboral, salarios, jornada de trabajo, beneficios sociales, estímulos, apoyo al progreso y garantía de seguridad para el personal de enfermería.
- Generar procesos de adecuación de la educación en enfermería y su articulación con los servicios y las prioridades de salud: la educación juega un papel central en la composición y dinámica de la fuerza de trabajo en enfermería, en la calidad y pertinencia de los cuidados y en el desarrollo de capacidad institucional en salud. Pero necesita transformaciones que se convierten en desafíos: a) reformulación de los sistemas educativos tendiendo articular los distintos niveles de formación, el logro de perfiles internacionalmente competitivos y la posibilidad del trabajo en red; b) reorientación de los contenidos curriculares hacia los conocimientos, prácticas y ética de los cuidados de enfermería basados en las necesidades de salud, la condición del sujeto como ser cultural, con énfasis en la salud pública y la atención primaria, la formación ciudadana y la construcción de políticas públicas saludables, de salud y de enfermería; c) modernización pedagógica hacia modelos que consideren las condiciones de aprendizaje de adultos, que integren la teoría, la práctica, la investigación y las prioridades de salud, que promuevan el pensamiento complejo y el trabajo interdisciplinario y aprovechen las oportunidades de las nuevas tecnologías de información y comunicación; d) promoción de procesos de acreditación que aseguren la calidad y pertinencia educativas.
- Promover el desarrollo de la investigación en enfermería: es una dimensión central

del desarrollo de recursos humanos en enfermería, ya que la racionalización del saber es lo que principalmente nutre los progresos hacia la profesionalización y es por el conocimiento pertinente, singular y oportunamente entregado que una profesión adquiere relevancia social. El enorme progreso de la investigación en enfermería, sin embargo, necesita de un esfuerzo mayor que la aclare y posicione frente a las ciencias, al conocimiento universal y a la salud. En tal sentido, se requieren iniciativas y mayores esfuerzos para: a) aclarar la finalidad, establecer la base ético-política de la investigación en enfermería, definir su contribución al desarrollo nacional y regional, identificar su aporte a la ciencia y entenderla como aporte a la salud; b) aclarar el objeto de estudio de la enfermería y definir líneas de investigación; c) ampliar y profundizar métodos complejos de investigación en enfermería; d) mejorar y aumentar las condiciones de realización y productividad de la investigación en enfermería

La enfermería es una profesión del campo de las ciencias sociales, cuyo objeto de estudio e intervención es el cuidado humano en cuanto implicado en la constitución, vivencia, desarrollo, protección y recuperación de la salud y tiene como beneficiarios al sujeto humano como ser cultural, a la familia, a los grupos, a las comunidades y a la sociedad como unidades de cuidado.

Las enfermeras constituyen sujetos de cultura y afecto, educados para desempeñar su misión profesional en carácter de actores sociales que participan, a través de sus relaciones de poder, en la construcción de la historia nacional, en la estructuración y dinámica de los campos

de la salud y de la ciencia en el contexto de la dinámica social y en la edificación del futuro como instancia constituyente de la identidad subjetiva y social.

La formulación de políticas para la conformación de una fuerza de trabajo de enfermería suficiente, calificada y pertinente en las Américas, es crítico a los fines del cuidado humano. Es preciso una intensa acción de sensibilización sobre el problema, en función de su impacto para la vida y la salud de las personas. Dicha acción debe cubrir un amplio rango de actores, el más importante de ellos es la población para generar opinión pública y demanda de mejores servicios, los gobiernos, ministerios y alta gerencia de los servicios de salud, seguridad social, educación, trabajo y economía, los organismos internacionales, las agencias multilaterales y de cooperación internacional y las organizaciones de enfermería.

Es preciso promover alianzas y establecer agendas compartidas entre actores para producir cambios dirigidos a intervenir a favor del desarrollo de los recursos humanos de enfermería para que puedan contribuir significativamente a la salud y el desarrollo de los pueblos de América.

En el Prefacio a las Orientaciones Estratégicas para Enfermería y Partería 2002 – 2008, la OMS sostiene que “la falta de disponibilidad de enfermeras y parteras para prestar servicios básicos de salud, el éxodo de este personal, las condiciones laborales inadecuadas y la inapropiada integración de estos profesionales a los servicios, tendrá graves consecuencias en la calidad y alcance de la atención en salud”. Sin profesionales de enfermería suficientes en calidad y cantidad, serán expresiones retóricas los Objetivos de Milenio y la Salud para Todos.

# Conocimientos y prácticas sobre autocuidado que influyen en la salud de la mujer, durante el embarazo y el puerperio

Knowlegde and practices in self care in women of reproductive age, in the prenatal and postnatal states.

<sup>1</sup> María Alba Pastor, <sup>2</sup> Leila Suyá Herrera, <sup>3</sup> Iris Eunice Vásquez,

<sup>4</sup> Carlos Antonio Zavala, <sup>5</sup> Tomasa Alicia Ramírez

## Resumen

El presente estudio tiene como **objetivo**; determinar los conocimientos y prácticas en autocuidado, que tienen mujeres en edad reproductiva, en la etapa prenatal y puerperal en áreas de influencia y sede de las unidades de salud del paraíso, región departamental No. 7, El Paraíso, Secretaría de Salud, Honduras, C.A. **Material y Método**; estudio de tipo descriptivo transversal, con **universo** de 1,338 embarazadas y 1,136 puérperas, siendo la **muestra** 268 mujeres entre embarazadas y puérperas. Las técnicas de recolección de datos fue la encuesta y grupo focal. **Resultados**, La ocupación de las mujeres en un 90% son amas de casa, el 38% tiene primaria completa, la mayoría realizan su higiene personal diario mediante el baño y su alimentación se basa en arroz, frijoles, y productos lácteos en un 85%, los que consumen todo tipo de alimentos son un 15%. El 29% sabe que como consecuencia de consumo de cigarrillo durante el embarazo el niño nace enfermo. En relación al consumo de alcohol y drogas el 46% lo reconoce como riesgo; manifestando que el niño puede nacer enfermo y con defectos. Existe desconocimiento del riesgo que produce el acetaminofen, amoxicilina en el embarazo, ya que el 50% afirmaron que se puede permitir su consumo. La mayoría consideró el uso de medicinas caceras durante el embarazado como algo permitido;

que las enfermedades mas frecuentes son las infecciones vaginales en 28%, seguido del dolor de vientre 10% y el 17% niegan conocimientos.

**Palabras Claves:** autocuidado, unidades de autocuidado, práctica dependiente, conocimientos, actitudes y prácticas en salud, embarazo.

## Abstract

**Objective:** To determine knowlegde and practices in self care in women of reproductive age, in the prenatal and postnatal phases in different areas of EL Paraíso, Honduras.

Out of a universe of 1338 pregnant women and 1136 post natal, 268 in bboth situations were surveyed. **Results:** 90% of surveyed women were housewives, 38% had gone to primayschool, the majority takes a bath daily and their food intake consist of rice, beans and milk products. 29% knows about the danger of smoking in pregnancy. 46 % knows about the consequences of alcohol and drugs. 50% does not know about the danger of taken acetaminofen, amoxicillin in pregnancy. All admit that household medication are not dangerous. Vaginal infection are common in 28% of women, followed by lower abdominal pain in 10% of cases.

**Key words:** self care, units health knowledge, attitudes, practice, pregnancy.

<sup>1</sup> Enfermera supervisora CESAMO, Luis Lazo Arriaga, Depto. El Paraíso, Honduras.

<sup>2</sup> Enfermera Municipal de Arauca y El Paraíso, Depto. El Paraíso, Honduras.

<sup>3</sup> Enfermera de Sector, Quebrada Larga, Depto. El Paraíso, Honduras.

<sup>4</sup> Enfermero Municipal, Teupasenti, Depto. El Paraíso, Honduras.

<sup>5</sup> Enfermera supervisora del CESAMO, Sta. María, El Paraíso, Honduras.

## Introducción

Al hablar de autocuidado y la agencia de cuidado dependiente; se refiere a la capacidad humana de los individuos para realizar acciones, cuyo propósito es cuidar de sí mismo y otros; considerado un conjunto de prácticas deliberadas de autoafirmación, autovaloración, auto-conocimiento y autoexpresión de aspectos que favorecen el desarrollo integral.

Ocuparse de su autocuidado requiere ejercitar habilidades para dirigirse a sí mismos. Cuando las personas están bien, el autocuidado no es preocupación primordial; los intereses y actividades se centran en la vida personal, familiar y el trabajar es de interés especial. <sup>(1)</sup>

Por tanto el autocuidado en la salud de la mujer; se entiende como el fortalecimiento de la capacidad para decidir sobre su persona en forma integral, en aspectos de auto-descubrimiento, autoestima, salud, sexualidad y empoderamiento, talento humano protagonista de su propio desarrollo.

Estudios recientes indican, que las personas que practican acciones de autocuidado tienen menores posibilidades de enfermar o morir; por lo tanto logran mayores satisfacciones en su vida diaria, pero para ello se ha de contar con una previa orientación <sup>(2)</sup>.

En este sentido Orem (1991) puntualiza que en el autocuidado deben practicarse cuatro tipos de acciones y expresiones: búsqueda de conocimientos, de ayuda y recursos, control de factores internos, acciones y expresiones interpersonales <sup>(3)</sup>. Es así que como miembros del equipo de salud debemos incorporar el auto cuidado de la mujer en edad reproductiva especialmente en la etapa prenatal y puerperal como una forma de vida.

Cotidianamente se ha observado la deficiencia en conocimientos y prácticas en autocuidado de la mujer embarazada, puérpera y consecuentemente en el territorio de su salud y de su hijo (a) la cual eleva la morbilidad y

la mortalidad materna, siendo actualmente 108 muertes por 100,000 nacidos vivos a nivel nacional <sup>(2)</sup>. Según el manual de normas de atención a la embarazada del año 1999 de todos es conocido que esta situación puede cambiar drásticamente si se crea un proceso de educación en salud que refuerce a la mujer en edad reproductiva y especialmente a la embarazada y puérpera sobre los cuidados que debe tener en cada etapa de su vida, y los signos de alarma que ameritan atención urgente involucrando a la pareja, familia, comunidad y personal institucional.

Las condiciones en que actualmente se encuentra la mujer hondureña y específicamente en el departamento de El Paraíso en áreas rural y urbana, se refleja en lo que culturalmente se les ha enseñado a través de generaciones.

En tal sentido, el autocuidado para este grupo poblacional a de convertirse en una cultura de vida; entendiéndolo como tal al conjunto de actividades aprendidas por los individuos para regular los factores que afecten su propio desarrollo y funcionamiento en beneficio de su vida, salud y bienestar <sup>(3)</sup>.

En el aspecto educativo, tanto formal e informal la mujer juega un papel importante en el ámbito familiar y comunitario; sin embargo en el mismo, no se contempla la formación en el autocuidado; por lo que su conducta al momento de alcanzar su madurez y convertirse en madre de familia es inadecuada por falta de conocimientos y prácticas saludables <sup>(6)</sup>.

El acceso a la educación en salud de la mujer en Honduras, antes, durante y después del embarazo y puerperio tanto del área rural y urbana, tienen que ver con la realización y calidad del mismo, ya que en ambas zonas geográficas la mujer tiene diferentes oportunidades en las cuales ella puede aprender y desaprender prácticas en autocuidado <sup>(7)</sup>.

Con tal propósito se han hecho esfuerzos por estudiar los conocimientos y prácticas sobre autocuidado que influyen en la salud de la mujer durante el embarazo y puerperio, que

demandan atención en las unidades de salud de la ciudad de El Paraíso, Villa Santa, Saladino y El Chaparral de la Región Sanitaria Departamental No 7 El Paraíso.

Se espera entonces, que la investigación aporte nuevos elementos que sirvan de base para el replanteamiento y reconceptualización de las practicas que el personal de salud lleva a cabo en los servicios actualmente, relativos a la atención de la mujer embarazada y puérpera a fin de plantear propuestas que conlleven a lograr una mejor salud de la mujer en estas etapas mediante las prácticas continuas de autocuidado.

### Objetivo General

Determinar los conocimientos y prácticas: sobre autocuidado que influyen en la salud de la mujer, durante el embarazo y el puerperio; captadas en las áreas de influencia y sedes de las unidades de salud (U.S.) El Paraíso, Villa Santa, Saladino, y El Chaparral de la Región Departamental # 7 de la Secretaría de Salud; El Paraíso.

### Materiales y Métodos

La presente investigación, es de tipo descriptivo transversal, por describir los conocimientos y prácticas del fenómeno en estudio. El universo estaba conformado de 1338 embarazadas y 1136 puérperas, la muestra y el sistema de muestreo fue al azar simple tomándose aleatoriamente en 120 pacientes que constituyó el 32% del universo, durante los meses de junio a octubre del 2005.

### Área de Estudio

Se definió para el mismo, cuatro espacios geográficos del departamento de El Paraíso, ubicados específicamente en tres municipios del Departamento, el cual limita geográficamente con el departamento de Olancho, al sur con el departamento de Choluteca y la República de Nicaragua, al este con el departamento de Francisco Morazán y al oeste con el departamento de Olancho y la República de Nicaragua; cuenta

con una extensión territorial de 7218.1 Km<sup>2</sup>, distribuidos en 19 municipios.

Las áreas de estudio fueron las siguientes unidades de salud: El Paraíso en el municipio de El Paraíso, las unidades de salud de El Chaparral y Villa Santa, en el municipio de Dalí, la unidad de salud de Saladino en el municipio de Teupasenti, que pertenecen a la Región Sanitaria Departamental No. 7 de la Secretaría de Salud; El Paraíso.

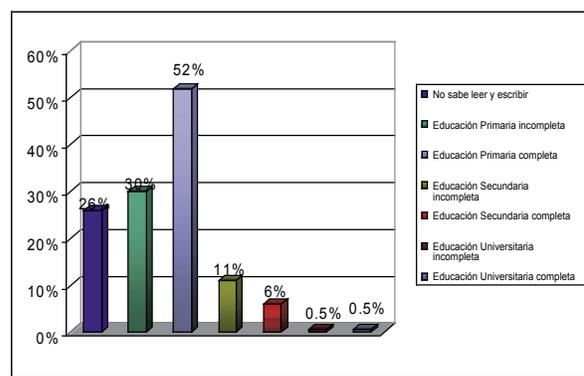
### Resultados

Se presentan los principales resultados del estudio:

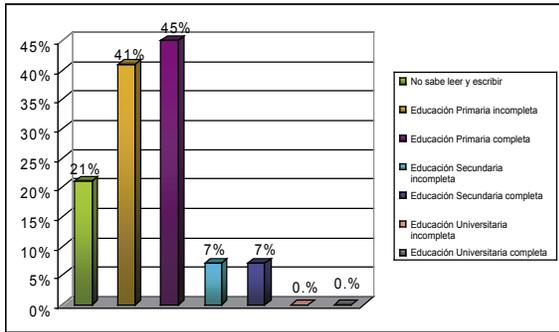
**Características Sociodemográficas;** de las 268 mujeres embarazadas y puérperas, el 11.9% (32) eran casadas. El 20% son menores de 18 años y de éstas, 13% viven con su pareja en unión libre y el 75% cuyas edades están comprendidas entre 19 y 35 años; el 18% viven en unión libre. Se encontró que 233 que son embarazadas; solamente el 8% recibió su primera atención antes de las 12 semanas de gestación, y un 18%, recibió su atención subsiguiente entre las 13 y 20 semanas de gestación.

Un total de 65 mujeres, o sea el 24% no saben leer y escribir, sumado a 33% de ellas con primaria incompleta.

**Gráfico No. 1**  
Nivel educativo de la mujer embarazada y puérpera en el área urbana

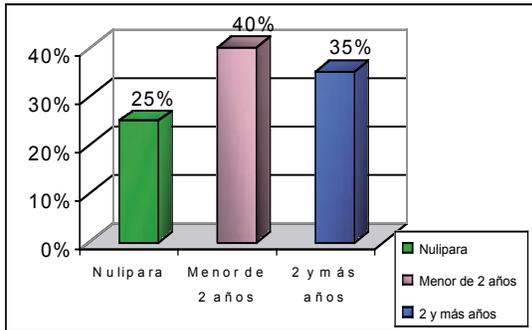


**Gráfico No. 2**  
**Nivel educativo de la mujer embarazada y puérpera en el área rural**



Espacio Intergenésico; del total de mujeres 123 han tenido de 2-4 embarazos, que corresponde a un 46%. También es relevante que el 34% tienen entre 2-4 hijos y un 8% tienen 8 y más hijos. Para embarazarse nuevamente han tenido en un 40% un espacio intergenésico menor de 2 años; lo que implica un factor de riesgo para la salud.

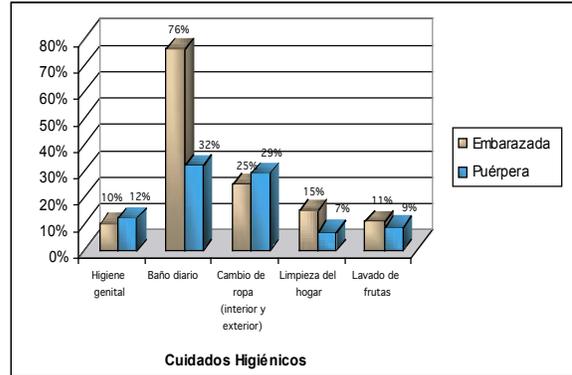
**Gráfico No. 3**  
**Espacio intergenésico de las mujeres embarazadas y puérperas**



Hábitos de vida de la mujer; Entre las prácticas saludables de las mujeres embarazadas y puérperas; la mayoría realiza el baño diario, seguido del corte de uñas en un 4%, de los alimentos que consumen; un 53% respondieron frutas y verduras. Lo que respecta al tipo de zapato el 76% usa zapato bajo, un 79% usa ropa floja y un 0.4% usan de todo.

Considerando la recreación un aspecto importante para la salud de la mujer embarazada y Puérpera, únicamente 23% van de paseo y el 22% ven televisión dicen que, para relajarse.

**Gráfico No. 4**  
**Hábitos de vida de la mujer embarazada y puérpera**

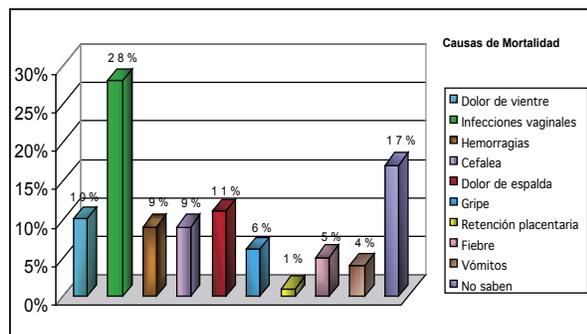


**TABLA No. 1**  
**Importancia que da la mujer embarazada al descanso**

| Importancia del descanso     | No         | %          |
|------------------------------|------------|------------|
| Bueno para el niño           | 49         | 18         |
| Para sentirse bien           | 48         | 18         |
| Para no cansarse             | 29         | 11         |
| Para no tener abortos        | 23         | 9          |
| Evitar peligros en el parto  | 22         | 8          |
| Relajarse                    | 13         | 5          |
| Para conservar la salud      | 12         | 4.4        |
| Evitar edema en M. I.        | 12         | 4.4        |
| Evitar dolor de espalda      | 12         | 4.4        |
| Es importante                | 11         | 4          |
| Evitar cansancio en los pies | 10         | 4          |
| No es importante             | 6          | 2          |
| Para la circulación          | 4          | 1          |
| Para disminuir varices       | 2          | 0.7        |
| No sabe                      | 15         | 6          |
| <b>Total</b>                 | <b>268</b> | <b>100</b> |

Signos y síntomas mas frecuentes durante el puerperio; siendo las predominantes las infecciones vaginales, dolor de vientre, cefalea, hemorragias fiebre, gripe y dolor de espalda.

**Gráfico No. 5**  
**Signos y síntomas más frecuentes durante el puerperio**



## Discusión

Dentro del proceso salud-enfermedad de las personas, se busca el bienestar, sensación y percepción placentera y agradable, que garantiza una sobrevivencia digna. En toda sociedad se debe reconocer a la mujer como un ser integral, por tanto debe haber una visión totalizante de ella, que trasciende la mirada del cuerpo femenino como reproductor biológico a una persona con múltiples papeles y con diferencias de género asignado por la cultura; diferencias que le han impuesto características específicas en cuanto a sus condiciones de vida y salud, lo que requiere de una visión integral de la mujer que implica entre otros prácticas de vida saludable<sup>(8)</sup>.

Tomando en cuenta que el autocuidado; conlleva la capacidad humana de los individuos para realizar acciones con el objeto de cuidar de si mismo y de otros, promoviendo la integridad de la estructura y el funcionamiento y desarrollo humano. El aprendizaje del autocuidado y de mantenimiento continuado, son funciones humanas, lo cual implica formas de las actividades humanas como acciones intencionadas<sup>(9)</sup>.

En la etapa de la vida de la mujer, que corresponde al embarazo parto y puerperio; el apoyo es básico para el cuidado de la salud, tanto para ella como para su futuro hijo e

hija; se encontró que de las 268 mujeres, 233 son embarazadas y el 8% recibió su primera atención antes de las 12 semanas de gestación, y un 18%, recibió su atención subsiguiente entre las 13 y 20 semanas de gestación. Lo anterior se asocia entre otros; con el nivel educativo, en este estudio se encontró que en el área urbana, aún cuenta con un alto porcentaje de analfabetismo; y la ocupación en la mayoría de las mujeres embarazadas y puérperas son amas de casa, factor importante que influye en sus condiciones de vida y de salud.

El desarrollo humano de la vida intrauterina a la maduración del adulto, requieren la formación y mantenimiento de condiciones que promueven los procesos conocidos de desarrollo en cada período del acto vital<sup>(10)</sup>.

Los seres humanos por naturaleza tienen necesidades comunes, para el aporte de necesidades, materiales entre otros (aire, agua, alimentos) y para producir y mantener condiciones de vida que apoyan los procesos vitales; siendo el mantenimiento de condiciones y promoción de la integridad de la salud aspecto funcional<sup>(11)</sup>.

Al analizar los conocimientos y prácticas que tienen las embarazadas sobre los medicamentos que pueden tomar durante esta etapa, mencionan en su mayoría las vitaminas y de 2 a 3 medicamentos (vitaminas, acetaminofén, amoxicilina, sulfato ferroso, antiácidos, ácido fólico) entre los que conocen. El uso de medicinas caseras utilizadas después del parto es una práctica común, ellas mencionan que utilizan varios tés o combinación de ellos en sus tomas.

Como autora de la teoría del auto cuidado Dorotea Orem; manifiesta que la educación juega un papel fundamental para lograr el desarrollo del conocimiento, destrezas y actividades positivas, siendo necesarias en este aspecto, la asistencia de enfermería para mantener la vida, la salud y el bienestar.

En consecuencia la educación juega un papel fundamental para lograr el desarrollo del conocimiento, destrezas y actividades positivas, siendo uno de los resultados relevantes del estudio en que el analfabetismo, factor que influye en la situación de las mujeres de ésta investigación; es necesario pues, en este aspecto, la asistencia de enfermería, en aspectos de promoción y prevención para mantener la vida, la salud y el bienestar.

Conclusiones de éste estudio indica que la mayoría de las mujeres tienen escasos conocimientos en salud. El autocuidado y el cuidado de las personas dependientes son formas de la actividad humana referida como acción intencionada; esto significa que es una actividad que persigue un objetivo y unos resultados previamente esperados <sup>(12)</sup>.

Es necesario comprender que la mujer además de sus necesidades biológicas, psicológicas y problemas derivados de su posición en la sociedad; requiere de una atención integral en el marco de las necesidades humanas fundamentales, en condiciones de equidad; ello implica la incorporación de algunas prácticas y conceptos.

Las mujeres embarazadas y puérperas tienen escasos conocimientos sobre salud y específicamente como cuidarse a si mismas y a pesar de que asisten regularmente a las instituciones de salud. Por tanto la labor del equipo de salud y de enfermería se hace necesario para llenar los vacíos de conocimientos que adolecen en diferentes aspectos en beneficio de ellas, su familia y de la comunidad en que viven en particular.

## Bibliografía

1. Orem, E Dorotea. Teorías de Enfermería. Una teoría general 4a ed. Barcelona. Mansosluat, 1993.
2. Orem, E Dorotea. Modelo Orem, Teorías

- Formuladas, 4a Ed. Barcelona. Mansosluat, 1993.
3. Ostiguin Meléndez, R. M., Velásquez, Hernández, S. M, Teoría general de déficit de autocuidado: Guía Básica ilustrada. México: D.F. El Manual Moderno; 2001.
4. OPS. La mortalidad materna, preocupación primordial diaria, Washington. D C. OPS; 2002.
5. Honduras. Secretaría de Salud, Departamento de Atención en Salud Materno Infantil, Unidad de Atención a la Mujer. Manual de Normas y Procedimientos de Atención Integral a la Mujer. Tegucigalpa. AZAR Publicidad. 1999.
6. Acosta, M, Cajera, G. E. et al, Creencias Populares sobre Autocuidado Durante el Puerperio, en las Instituciones de Salud Nivel 1, Estudiantes de enfermería Facultad de salud, Universidad del Valle, Cali, Colombia. Consultado el 14 de mayo del 2006. Disponible en Médica: 1997:20:42:50. <http://Colombia Médica. UNIVALLE>.
7. Uribe Jaramillo, Velez J.M, Diva, E. Investigación y Educación en Enfermería La Atención Integral a la Mujer: Un compromiso del personal de salud. online <http://tone.udea.edu.co/revista/mar99/contenidom99.htm>. Rev. 17 (1), Antioquia; Colombia. Marzo 1999.
8. Argeñal Corrales, Haydee. Alimentación de la madre embarazada y lactante. Unidad de Seguridad Alimentaria Nutricional. Honduras: Secretaría de Salud; 1995.
9. Hagar F. T, Clínica de Mayo, guía autocuidado, Rochester Minnessota MD, USA, 1999.
10. Reeder, Martín, Koniak. Enfermería Materno Infantil 17 a ed. México, Editorial Interamericana. 1995.
11. Conjunto de Marcos 19, como cuidar su embarazo; Recomendaciones de la sección de Medicina Perinatal de la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (S.E.G.O.). Madrid; 1996.
12. UNICEF, Guía didáctica para la familia y la comunidad, alimentación de la mujer embarazada. UNICEF; 1998.

*Artículo Original*

# El estrés y sus manifestaciones en docentes del Departamento de Educación de Enfermería de la Facultad de Ciencias Médicas

## Manifestations of stress in the faculty of nursing at the School of Medical Sciences in Honduras

<sup>1</sup> Ondina Maribel Salgado Sevilla, <sup>2</sup> Lilia Esperanza Meza Martínez, <sup>3</sup> Sofía Reyes de Marcía, <sup>4</sup> Ada Juventina Velásquez .

### Resumen

El estrés es la respuesta general del organismo ante cualquier estímulo, estresor o situación estresante (según Sayle). Es uno de los riesgos laborales más importantes en el personal de enfermería junto a los riesgos, químicos y biológicos. **Objetivo:** Identificar los estresores químicos, físicos y psicosociales y las manifestaciones relacionadas con el estrés, en el personal docente del Departamento de Educación de Enfermería de la Facultad de Ciencias Médicas, con sede en Tegucigalpa. **Metodología:** Es un estudio descriptivo, transversal, realizado en julio de 2005, con la aplicación de un cuestionario a 22 docentes, equivalente al 84% del universo, a las que se le aplicó un cuestionario. **Resultados:** Se encontró que entre los estresores químicos las sustancias químicas como la tiza, marcador y tinta ocupan el primer lugar con un 40.7%, seguido de sustancias desinfectantes con un 26.2% y en tercer lugar las secreciones y fluidos. Sobre los estresores físicos, el 29.3% estuvieron expuestos a ruidos y vibraciones, altas o bajas temperaturas y el 26.8% a movimientos repetitivos. Con respecto a los estresores psicosociales, el 40.9% manifestaron sobrecarga de trabajo, un 36.4% ritmo de trabajo elevado. En general con respecto a los estresores químicos, físicos y psicosociales, la población se concentra

entre los 50 y más años de edad. **Conclusión;** se encontró una serie de manifestaciones que sobresalen por orden de importancia: Infecciones respiratorias, problemas músculo esqueléticos, hipertensión arterial, alergias, enfermedades gastrointestinales, entre otras, siendo la población afectada las docentes que tienen más de 40 años. La mayoría de docentes del departamento de Enfermería está expuesto a los diversos estresores químicos, físicos y psicosociales.

**Palabras claves:** Estrés, estresores químicos, físicos y psicosociales, manifestaciones del estrés.

### Abstract

According to Hans Selye, stress is the response of the organism to stress situations and stressors. The objective of this paper is to study and identify the chemical, physical, psychosocial stressors and its manifestations in the nursing department at the faculty Medical Sciences. The outcome of the stress upon teachers vary from respiratory infections, muscle-skeletal problems, gastro intestinal arterial hypertension, allergies and illnesses, socially present in the individuals above 40.

**Key words:** stress, chemical, physical, psychosocial stressors, stress manifestations

<sup>1</sup> Docente del Depto. de Educación de Enfermería, Área comunitaria. FCM, UNAH.

<sup>2</sup> Docente del Depto. de Educación de Enfermería, Área Materno Infantil. FCM, UNAH.

<sup>3</sup> Docente del Depto. de Educación de Enfermería, Área Médico Quirúrgico FCM, UNAH.

<sup>4</sup> Docente de la Carrera de Medicina, EMET,FCM, UNAH, Docentes egresadas de la Maestría de Epidemiología

## Introducción

El estrés, según Selye: es la respuesta fisiológica y psicológica del cuerpo ante un estímulo (estresor) que puede ser un evento, objeto o persona. <sup>(1)</sup>

Existen dos formas de estrés:

- El eutrés o estrés positivo.
- El distrés o estrés negativo.

La persona con eutrés se caracteriza por ser creativa y motivada, es lo que la mantiene viviendo y trabajando. El individuo expresa o manifiesta sus talentos especiales y su imaginación e iniciativa en forma única-original. Se enfrenta y resuelve el problema, es un estado muy importante para la salud del ser humano indispensable para su funcionamiento y desarrollo.

El distrés produce una sobrecarga de trabajo no asimilable, la cual eventualmente desencadena un desequilibrio fisiológico y psicológico que termina en una reducción en la productividad del individuo, la aparición de enfermedades psicosomáticas y/o en un envejecimiento acelerado.

El estrés según Selye se conceptualiza como un conjunto de fenómenos que suceden en el organismo del trabajador con la participación de los agentes estresantes lesivos derivados directamente del trabajo o que, con motivo de éste, pueden afectar la salud del trabajador. <sup>(1)</sup>

El estrés es inherente al desempeño y lo generan elementos organizacionales del contexto educativo y extraorganizacionales. La Organización Internacional del Trabajo (OIT) define que esta enfermedad es un peligro para las economías de los países industrializados y en vías de desarrollo, disminuyendo, la productividad al afectar la salud física y mental de los trabajadores.

La OIT y la Organización Mundial de la Salud (OMS) consideran que las profesionales de Enfermería son el personal más afectado en relación al estrés ya que están sometidas

a enfrentar diariamente situaciones muy complejas propias de la responsabilidad en el trabajo. Las docentes están sometidas a fuertes presiones y demandas laborales debidas a su rol. En consecuencia, sufren altos niveles de estrés ocupacional, afectando negativamente el nivel de satisfacción, desempeño, productividad y salud, lo cual conlleva a síntomas psicosomáticos, padeciendo de serias enfermedades, donde se pueden desarrollar y acumular gradualmente, provocando el agotamiento o síndrome de Burnot, citado por Slipak. <sup>(1)</sup>

Disminuir los estresores organizacionales no es tarea fácil es necesario que las leyes que rigen la relación entre los empleadores y los empleados cubran las necesidades físicas y psicológicas de los trabajadores para que los efectos o cambios se perciban en la situación general. <sup>(2)</sup>

El estrés laboral aparece cuando se presenta un desajuste entre la persona, el puesto de trabajo y la propia organización. <sup>(3)</sup>

En el presente artículo se describen los estresores químicos, físicos, psicosociales y algunas manifestaciones relacionadas con el estrés que se presentaron en las docentes del Departamento de Educación de Enfermería de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional Autónoma de Honduras.

## Material y Métodos

El estudio realizado es descriptivo transversal, la población de estudio la conformaron las docentes de tiempo completo y medio tiempo, que laboran en el Departamento de Educación de Enfermería de la UNAH, con sede en Tegucigalpa. La muestra fue constituida por 22 docentes que aceptaron participar voluntariamente en la investigación, representando el 84% del universo, realizado en julio de 2005.

Para la elaboración del instrumento se consideró algunas variables incluidas en otros estudios realizados sobre el estrés con preguntas

abiertas y cerradas. Se validó el instrumento con docentes de otros departamentos de la Facultad de Ciencias Médicas. La información se procesó en el programa Excel, utilizando como medidas estadísticas los promedios, porcentaje y prevalencia.

## Resultados

El personal docente del Departamento de Educación de Enfermería se caracteriza por ser del sexo femenino, sus edades oscilan entre 30 y 69 años, el 71% es casada y un 29% soltera. En relación a la jornada de trabajo el 76.4% laboran a tiempo completo y un 23.6% a medio tiempo. Con respecto a las unidades valorativas, el 41.1% tiene a su cargo entre 10 a 12 unidades y el 29.5, tienen 13 o más. El 58.8% de las docentes que tienen más de 10 unidades valorativas laboran a tiempo completo.

En relación a la carga académica por asignatura: El 67.7% imparte 1 asignatura de 8 a 14 unidades valorativas, el 17.7%, 2 asignaturas y un 14.6%, 3 ó 4 asignaturas. Al relacionar edad con estresores químicos, en la población que se concentra entre 51 y más años de edad se

encontró que el 50% ha manipulado sustancias químicas (tiza, marcador, tinta), un 31.7% ha estado en contacto con sustancias desinfectantes (cloro, savlón entre otras), un 27.2% secreciones y fluidos (sangre y sus derivados, orina, heces, saliva, liquido amniótico entre otros)(ver tabla 1).

En relación a la edad (51 años y más) y exposición de estresores físicos, el 50% ha estado expuesto a ruidos, vibraciones, altas o bajas temperaturas, un 45.4% a movimientos repetitivos, el 40.9% a riesgos derivados de la postura y movimientos, un 22.7% a la postura y 9.1% a manipulación de carga. Otros estresores físicos encontrados en menor porcentaje son la iluminación deficiente, ambiente con inadecuada ventilación, ambiente con infraestructura inadecuada, tecnología insuficiente y/u obsoleta, material y equipo insuficiente, falta de equipo de protección individual (ver tabla 2).

Con respecto a la edad de las docentes (51 y más) según estresores psicosociales el 36.3 % manifestaron sobrecarga de trabajo, el 31.8 % ritmo de trabajo elevado, el 13.6% escasas relaciones sociales y el resto insatisfacción laboral, trastornos emocionales, intimidaciones y represalias (ver tabla 3).

**TABLA No 1**  
**Distribución de la población según edad y estresores químicos**  
**Docentes del Departamento de Educación de Enfermería. Julio 2005**

| EDAD         | ESTRESORES QUÍMICOS                 |             |                                    |             |  |             |
|--------------|-------------------------------------|-------------|------------------------------------|-------------|--|-------------|
|              | Manipulación de Sustancias químicas |             | Contacto con secreciones y fluidos |             | Contacto con sustancias desinfectantes |             |
|              | No.                                 | %           | No.                                | %           | No.                                    | %           |
| 30 a 40      | 1                                   | 4.5         | 0                                  | 0           | 1                                      | 4.5         |
| 41 a 50      | 1                                   | 4.5         | 0                                  | 0           | 0                                      | 0           |
| 51 a 60      | 9                                   | 40.9        | 5                                  | 22.7        | 4                                      | 18.1        |
| 61 y más     | 2                                   | 9.1         | 1                                  | 4.5         | 3                                      | 13.6        |
| <b>Total</b> | <b>13</b>                           | <b>59.0</b> | <b>6</b>                           | <b>27.2</b> | <b>8</b>                               | <b>36.2</b> |

**TABLA No 2**  
**Distribución de la población según edad y estresores físicos.**  
**Departamento de Educación de Enfermería. Julio 2005**

| EDAD     | ESTRESORES PSICOSOCIALES                        |      |  |      |                        |      |                         |      |          |      |
|----------|---|------|--|------|------------------------|------|-------------------------|------|----------|------|
|          | Ruidos, vibraciones, altas y bajas temperaturas |      | Riesgos Derivados Posturas y Movimientos |      | Manipulación de Cargas |      | Movimientos Repetitivos |      | Posturas |      |
|          | No  | %    | No                                       | %    | No                     | %    | No                      | %    | No       | %    |
| 30 a 40  | 1   | 4.5  | 1  | 4.5  | 1                      | 4.5  | 1                       | 4.5  | 0        | 0    |
| 41 a 50  | 0   | 0    | 0  | 0    | 0                      | 0    | 0                       | 0    | 0        | 0    |
| 51 a 60  | 9   | 40.9 | 7  | 31.8 | 2                      | 9.1  | 8                       | 36.3 | 5        | 22.7 |
| 61 y más | 2   | 9.1  | 2  | 9.1  | 0                      | 0    | 2                       | 9.1  | 0        | 0    |
| TOTAL    | 12  | 54.5 | 10                                       | 45.4 | 3                      | 13.6 | 11                      | 49.9 | 5        | 22.7 |

**TABLA No 3**  
**Distribución de la población según edad y estresores psicosociales**  
**Departamento de Educación de Enfermería. Julio 2005**

| EDAD     | ESTRESORES PSICOSOCIALES |      |                             |      |   |     |                        |     |                       |      |
|----------|--------------------------|------|-----------------------------|------|---|-----|------------------------|-----|-----------------------|------|
|          | Ritmo trabajo elevado    |      | Escasas relaciones sociales |      | Intimidación, represalia y trastornos emocionales |     | Insatisfacción laboral |     | Sobrecarga de trabajo |      |
|          | No                       | %    | No                          | %    | No  | %   | No                     | %   | No                    | %    |
| 30 a 40  | 1                        | 4.5  | 0                           | 0    | 0   | 0   | 1                      | 4.5 | 1                     | 4.5  |
| 41 a 50  | 0                        | 0    | 0                           | 0    | 0   | 0   | 0                      | 0   | 0                     | 0    |
| 51 a 60  | 7                        | 31.8 | 2                           | 9.1  | 1   | 4.5 | 1                      | 4.5 | 7                     | 31.8 |
| 61 y más | 0                        | 0    | 1                           | 4.5  | 1   | 4.5 | 0                      | 0   | 1                     | 4.5  |
| Total    | 8                        | 36.3 | 3                           | 13.6 | 2   | 9   | 2                      | 9   | 9                     | 40.8 |

De las manifestaciones físicas relacionadas con el estrés que han presentado las docentes, se encontró un 31.7% con infecciones respiratorias agudas, 18.2% problemas músculo esqueléticos, hipertensión 13.6%, problemas gastrointestinales 13.6% y alergias 13.6%, la población más afectada está entre los 41 y los 60 años de edad (ver tabla 4).

### Prevalencia de estresores

Es importante resaltar que por cada 10 docentes, 7 de ellas han estado expuestas a estresores laborales. (17 docentes estuvieron expuestas a algunos estresores).

### Prevalencia de manifestaciones:

Por cada 10 docentes, 8 han presentado algunas manifestaciones relacionadas con el estrés.

### Magnitud de la situación.

- El número de estresores por persona es de 1.09.
- El número de manifestaciones por persona es de 0.9

Estos resultados nos dan una relación de 1 estresor por docente y 1 manifestación por docente.

### Discusión

Los hallazgos sobre las manifestaciones relacionadas con el estrés en esta investigación, coinciden con lo que se plantea en algunos estudios realizados por psiquiatras y psicoanalistas, éstos consideran que las enfermeras se encuentran entre los profesionales que tienen mayor riesgo.<sup>(4)</sup>

**TABLA No 4**  
**Edad según manifestaciones relacionadas con el estrés**  
**Docentes del departamento de Educación de Enfermería, julio 2005.**

| EDAD    | MANIFESTACIONES   |      |                     |      |                           |      |          |      |                              |     |              |      |              |     |
|---------|-------------------|------|---------------------|------|---------------------------|------|----------|------|------------------------------|-----|--------------|------|--------------|-----|
|         | Gastro intestinal |      | Músculo Esquelético |      | Infecciones Respiratorias |      | Alergias |      | Problemas de visión Insomnio |     | Hipertensión |      | Otros dengue |     |
|         | No                | %    | No                  | %    | No                        | %    | No       | %    | No                           | %   | No           | %    | No           | %   |
| 30 a 40 | 0                 | 0    | 0                   | 0    | 1                         | 4.5  | 0        | 0    | 0                            | 0   | 0            | 0    | 0            | 0   |
| 41 a 50 | 1                 | 4.5  | 2                   | 9.1  | 1                         | 4.5  | 0        | 0    | 0                            | 0   | 0            | 0    | 0            | 0   |
| 51 a 60 | 2                 | 9.1  | 2                   | 9.1  | 4                         | 18.2 | 3        | 13.6 | 2                            | 9.1 | 2            | 9.1  | 1            | 4.5 |
| 61 más  | 0                 | 0    | 0                   | 0    | 1                         | 4.5  | 0        | 0    | 0                            | 0   | 1            | 4.5  | 0            | 0   |
| Total   | 3                 | 13.6 | 4                   | 18.2 | 7                         | 31.7 | 3        | 13.6 | 2                            | 9.1 | 3            | 13.6 | 1            | 4.5 |

Según Selye la persistencia del individuo ante los agentes estresantes durante meses o aun años, produce enfermedades de carácter permanente, con mayor importancia y también de mayor gravedad. En este estudio las enfermedades que han afectado a las docentes, en orden de importancia son: infecciones respiratorias (bronquitis, neumonía, gripes), enfermedades músculo-esqueléticas (esguinces, fracturas a nivel de miembros inferiores, lumbalgias), hipertensión, alergias, trastornos gastrointestinales (gastritis, colon irritable, diarreas).<sup>(5)</sup>

Otros elementos que contribuyen a reforzar estos hallazgos son la edad, ubicada entre la cuarta y la sexta década, el género, unido a la multiplicidad de roles intrainstitucionales y extrainstitucionales, contrastando con un estudio que demuestra que, con el tiempo, las mujeres que tienen mucho trabajo, poco control sobre el mismo y escaso apoyo en su entorno laboral, tienen una peor salud física y mental, además de un mayor deterioro de sus habilidades.<sup>(6)</sup>

Fontana, Norfolk, al igual que Ivancevich y Matteson proponen los factores familiares como generadores de estrés, cuando se da preferencia al trabajo y la vida hogareña pasa a un segundo plano. En estos casos, la dedicación a la organización supone un impedimento para la vida de pareja y familia.

Entre los estresores psicosociales que generaron manifestaciones en la población estudiada, se encontraron: sobrecarga de trabajo, ritmo de trabajo elevado, escasas relaciones sociales, insatisfacción laboral, intimidación, represalia y trastornos emocionales. Algunos estudiosos les consideran entre los principales factores psicosociales que con notable frecuencia condicionan la presencia de estrés laboral.<sup>(7,8,9)</sup>

La OIT ha clasificado a la Enfermería entre los ocho campos de trabajo en la que el estrés es el factor laboral principal para enfermarse. Además, la OMS en su Informe del año 2000 presentó una evaluación de la calidad de los sistemas de salud demostrando que en relación a la tasa de accidentabilidad, morbilidad y absentismo de los profesionales, el personal de Enfermería resultó ser el más afectado, lo que estaba directamente ligado a sus condiciones de trabajo.<sup>(7)</sup>

La enfermería como una profesión sanitaria gerenciada fundamentalmente por mujeres, es un caso típico de personas sometidas a estrés, ya que deben enfrentarse diariamente a situaciones muy complejas derivadas de la responsabilidad en el trabajo, de las condiciones físicas donde el mismo se ejerce, de las relaciones con sus compañeras o compañeros, otros miembros del equipo de salud, con pacientes, con familiares, entre otros, conjugando todo ello con su vida privada.<sup>(10,11)</sup>

En el campo de la docencia la profesional de la Enfermería se desempeña en tres ámbitos laborales: institución educativa, institución de salud y el hogar; esta diversidad de responsabilidades incrementa el nivel de estrés disminuyendo la productividad del individuo, llevando a la aparición de enfermedades psicosomáticas y a un envejecimiento acelerado.<sup>(12)</sup>

Se considera que para hacer frente al estrés y reorganizar el ambiente de trabajo en función de actitudes y aspiraciones de los talentos humanos se debe establecer en el Departamento de Educación de Enfermería un sistema de vigilancia epidemiológica encaminado a la prevención, control y disminución del estrés.<sup>(13,14)</sup>

## Agradecimiento

A la Msc. Juana Carolina Buchanan y a la Msc. Brenda Meléndez por su valiosa colaboración en este estudio.

## Bibliografía

1. Slipak O. Estrés Laboral. ALCMEON19 (revista en Internet)\* 1996 (acceso 16 junio 2005); (4). Disponible en: [http://www.drwebsa.com.ar/aap/alcmeon/19/a19\\_03.htm](http://www.drwebsa.com.ar/aap/alcmeon/19/a19_03.htm)
2. Rodríguez H.T. Manual para la formación de trabajadores. Conceptos básicos para la evaluación e intervención del estrés laboral consultado el 30 de marzo del 2006 Disponible en: [http://www.ccoo.upv.es/salud\\_laboral/manual\\_estres\\_laboral.htm](http://www.ccoo.upv.es/salud_laboral/manual_estres_laboral.htm)
3. Vila D. la estresante labor de enseñar. MUF@CE (revista en Internet) Primavera 2003. (Acceso 14 de junio del 2005); 48 (36, 37,38).disponible en: <http://www.map.es/gobierno/muface/p190/educ.htm>
4. Ortega Villalobos J. Estrés y Trabajo. La nueva revista de Medicina y Salud en Internet (Revista en Internet) 1999 Enero. (Acceso 16 de junio del 2005); disponible en: [http://www.medspain.com/n3\\_feb99/stress.htm](http://www.medspain.com/n3_feb99/stress.htm)
5. Matey P. El estrés laboral esta asociado a un declive en la salud. Suplemento de Salud de diario El Mundo 2000 junio. Disponible en: [http://www.drwebsa.com.ar/aap/alcmeon/19/a19\\_03.htm](http://www.drwebsa.com.ar/aap/alcmeon/19/a19_03.htm)
6. Sánchez de Gallardo M, Maldonado Ortiz L. Estrés en docentes universitarios. Revista de Ciencias sociales (RCS) (Revista en Internet) 2003 mayo (Acceso 15 de junio del 2006); 9 (2). Disponible en: <http://www.serbi.luz.edu.ve/pdf/rcs/v9n2/artículo10.pdf>
7. Norfolk D. El estrés del Ejecutivo: como reconocer el estrés y utilizarlo en beneficio propio. España: Edición Deusto; 2000. Disponible en: <http://www.serbi.luz.edu.ve/pdf/ed/v10R2/artículo06.pdf>
8. Ivancevich, John M; Matterson, Michael T. Estrés y Trabajo: una perspective gerencial / Stress and work: a managerial perspective. México, DF; TRILLAS; 1992. 267 p.oilus. <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=Ink&exprSearch=179979&indexSearch=ID>.
9. Gaeta, R. El estrés, metodología de investigación (Monografía en Internet) (Acceso 16 junio del 2005). Disponible en: <http://www.monografias.com/trabajo14/estres/shtml>
10. Borges Romero A. Personal de Enfermería: condiciones de trabajo de alto riesgo. Ponencia III Jornada Científica de Enfermería de Venezuela (1998). Salud de los trabajadores. 1998. 6 (2): 113 – 119. Disponible en: [www.opas.org.br/gentequefazsaude/brsde/brsast/e/fuxt/personal/personal.pdf](http://www.opas.org.br/gentequefazsaude/brsde/brsast/e/fuxt/personal/personal.pdf)
11. Cervantes Dueñas M.C. Estrés laboral en enfermería. (En línea) (Acceso 17 junio 2005). Disponible en: [www.enfermeriamburgos.com/descargas/estréslaboralenenfermería.doc](http://www.enfermeriamburgos.com/descargas/estréslaboralenenfermería.doc)
12. Encisto Huerta V. Género y Trabajo: La Enfermería. Disponible en: [www.enfermeriacuantelbra.com/docs/trabajopdf/80pdf](http://www.enfermeriacuantelbra.com/docs/trabajopdf/80pdf)

# Relaciones Sexuales Prematuras en un Colegio de Segunda Enseñanza de Tegucigalpa

## Premature sexual relations in a secondary school in Tegucigalpa

<sup>1</sup> Dr. German Zavala y Ana Nohemy López<sup>2</sup>, Ariel Ulloa Alvarado<sup>2</sup>, Dalia Ávila Turcios<sup>2</sup>, Daniel López Padilla<sup>2</sup>, Hugo Landa Oviedo<sup>2</sup>, Luis Schweinfurth<sup>2</sup>, Mario Martínez Lara<sup>2</sup>, Rossana Rosa Espinoza<sup>2</sup>.

### Resumen

El proceso del cambio de la infancia a la adolescencia en un joven rara vez es sencillo; la identidad sexual, el desarrollo de la función sexual, y la adquisición de la capacidad de contacto íntimo definen las tareas de la adolescencia. Precisamente estas condiciones llevaron a plantear como **Objetivo:** Establecer los factores de riesgo asociados a las relaciones sexuales tempranas de los estudiantes de un instituto de segunda enseñanza de la ciudad de Tegucigalpa, Honduras, en el 2006. **Metodología.** Se realizó un estudio descriptivo de corte transversal retrospectivo; la población de estudio incluyó todos los estudiantes del colegio San Juan, que al momento de la investigación eran 242, de éstos, 142 correspondieron al sexo femenino y 100 al sexo masculino. Se elaboró un instrumento de recolección de datos tipo encuesta, que constaba en su mayoría de preguntas cerradas y algunas abiertas referidas a datos personales. **Resultados:** Se encontró que una prevalencia de relaciones sexuales de 34%; de este porcentaje, el 23% eran masculino y el 11% femenino; la edad promedio de inicio de la actividad sexual fue de 13.6 años en los varones y 14.0 para las mujeres. Algunos factores para la práctica de relaciones sexuales prematuras: a) una actividad laboral, b) ser hijo de padres divorciados, c) asistir a centros de diversión nocturna, d) pertenecer a grupos deportivos, e) debutar en forma temprana en el noviazgo, f) edad de primera masturbación en los hombres, que permitiría los primeros intentos de la relación sexual. **Conclusión:** El inicio de relaciones sexuales prematuras es un riesgo para los adolescentes, pues conlleva embarazos prematuros en la mujer y la transmisión de

enfermedades sexuales en general. Conociendo los factores de riesgo y de protección se puede dictar medidas y políticas para alargar el período previo a las experiencias sexuales.

**Palabras clave:** Relaciones sexuales prematuras, sexualidad adolescente.

### Abstract

The process of transformation in a teenager is rarely simple; the sexual identity, the development of the sexual abilities, and the acquisition of the intimate contact capacity define the milestones of adolescence. It was precisely these conditions that lead us to set forth the: **Objective:** Establish the risk factors associated with early sexual intercourse in the students of the Liceo Jan Juan Institute located in Tegucigalpa, Honduras, in 2006. **Methods and Materials:** A cross sectional retrospective descriptive study was performed; the population were all the students of Liceo San Juan Institute, a total of 242 at the moment of the research (142 females and 100 males); no sampling system was applied nor any calculation of the size of the sample. A self-administered questionnaire was applied containing mostly multiple choice questions and those concerning personal data were presented as essay type questions. **Results:** The found prevalence of sexual intercourse was of 34% (23% males and 11% females); the average age for the beginning of sexual activity was 13.6 years for males and 14.0 for females. Some factors favoring the early engagement in sex were having a job, being the child of divorced parents, attending nightclubs, being part of sports team and having a boyfriend/girlfriend early in life, and the age of the first

1 Profesor Titular, Departamento Salud Pública, UNAH

2 Estudiantes 6to año de Medicina, Facultad de Ciencias Médicas, UNAH

masturbation. **Conclusions:** The early onset of sexual intercourse is a risk for the teenagers because it can lead to teen pregnancies and the transmission of sexual diseases. The knowledge of both the risk and protection factors can help structure the politics and measures driven to delay the beginning of sexual activity.

**Key words:** Premarital sexual intercourse, adolescent sexuality.

## Introducción

La transformación experimentada por el ser humano en su paso de la niñez a la etapa adulta a través de la adolescencia y juventud, representa un periodo crucial en su evolución biológica, psicológica y social<sup>(1)</sup>.

De acuerdo con la definición de la Organización Mundial de la Salud (OMS), la adolescencia transcurre en la segunda década de la vida (10-19 años) y la juventud entre los 15 y 25 años de edad.<sup>(2)</sup>

La visión de la adolescencia tiene muchas fases de complejidad diferente, no se debe de considerar como un problema sino más bien como un proceso de evolución normal. Al plantear el carácter de proceso o sea el cambio de la niñez a la vida adulta se enfrenta a la propia concepción del adolescente. La visión de desarrollo del adolescente se impregna de percepciones que se establecen de acuerdo a la sociedad y al momento histórico en que suceden los fenómenos sociales vinculados a lo biológico, por lo tanto lo transitorio, lo temporal y relativo del proceso establecen las condiciones de cada etapa.<sup>(3)</sup>

En la adolescencia y la juventud aparecen con mayor frecuencia comportamientos que entrañan altos riesgos de daño a la salud y de muerte. Dichos comportamientos y problemas pueden originarse durante la niñez, debido a la existencia de factores biológicos, sociales y ecológicos predisponentes, que pueden permanecer durante la adolescencia<sup>(4)</sup>.

El niño aprende a vivir en la familia y satisface sus principales necesidades para la sobrevivencia:

la alimentación, el cuidado y la protección, el afecto, la educación y la socialización.<sup>(5)</sup>

El estudio de la sexualidad humana y de la relación adolescencia-sexualidad se ha enriquecido recientemente, con el enfoque teórico de la construcción social y la perspectiva de género.<sup>(6)</sup>

A Margaret Mead, etnóloga Norteamericana, sus estudios la conducen a dar prioridad en sus análisis al papel de los modelos culturales en la formación de la personalidad y a interesarse en forma especial, en la infancia.

En América Latina se caracteriza por un elevado control social de la sexualidad femenina y por la doble moral sexual.

La sexualidad se convierte en un campo de expresión de los intereses de diversos grupos entre ellos el de los adolescentes<sup>(7)</sup>.

El juego en la infancia se considera un elemento decisivo y fundamental para el establecimiento de las relaciones interpersonales sanas, donde se destaca la moral y se proyecta en la adquisición de valores pro – sociales<sup>(8)</sup>.

Ha sido común en diferentes sociedades y culturas que el tránsito entre ser niño y la edad adulta este marcado por un cambio en las expectativas no solamente en lo sexual y reproductiva, sino en el status social<sup>(9)</sup>. Algunas perspectivas han intentado explicar los caminos diversos por los cuales los jóvenes pueden volverse sexualmente activos, los estudios demográficos y socioeconómicos han encontrado asociación entre la actividad sexual temprana y factores como la desventaja económica familiar, núcleo familiar numeroso, pertenecer a minorías étnicas, educación materna baja y otros.<sup>(10)</sup> Muchos de estos factores pueden ser vistos como predictores de actividades socialmente inaceptables tales como la delincuencia, violencia y drogadicción, los cuales han sido vinculado a actividad sexual temprana.<sup>(11)</sup> Precisamente debido a estos elementos teóricos vinculados al adolescente nos propusimos como objetivo: Establecer los factores de riesgo asociados a las relaciones sexuales tempranas de los estudiantes del instituto Liceo San Juan de la ciudad de Tegucigalpa, Honduras durante el 2006.

## Metodología

Se realizó un estudio descriptivo de corte transversal, retrospectivo en un colegio de segunda enseñanza de Tegucigalpa; la población de estudio consistió los estudiantes matriculados que al momento de la investigación eran 242 estudiantes, cuyas edades oscilaban entre los 11 a 25 años, 142 correspondían al sexo femenino y 100 al sexo masculino. Como la población de la Institución tenía el tamaño de muestra no hubo necesidad de calcularla ni utilizar sistema de muestreo. Se elaboró un instrumento de recolección de datos tipo cuestionario que contenía 68 preguntas, cerradas y abiertas, realizándose la prueba piloto en otro colegio que tenía características similares al de la investigación, corrigiéndose el instrumento en los ítems equivocados.

El contacto con los estudiantes se llevó a cabo previa solicitud al director del colegio y al consentimiento informado de los estudiantes planteándoles en qué consistía la investigación y los objetivos que se perseguían. Los recolectores de datos e investigadores fueron estudiantes de medicina del 5o año, previamente capacitados.

Los datos fueron procesados y analizados en el programa estadístico y de base de datos para profesionales de la Salud Pública Epi Info (TM) versión 2004. Se utilizó la distribución de probabilidad de  $\chi^2$  con nivel de error de 1 y 5%.

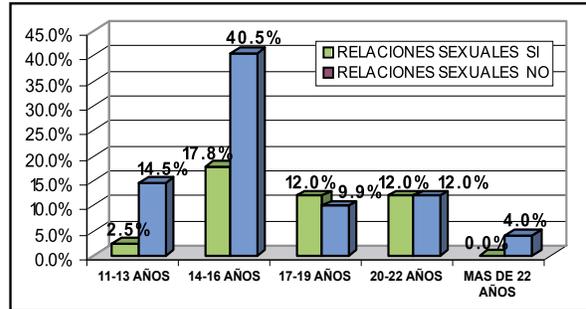
## Resultados

Un total de 242 estudiantes de educación secundaria participaron en el presente estudio, todos los cuestionarios aplicados fueron completados en el proceso de levantamiento de datos.

Se obtuvo que 81(33.5%) de los estudiantes han tenido relaciones sexuales, de estos 55(22.7%) eran del sexo masculino y 26(10.7%) del sexo femenino. La edad de predominio de relaciones

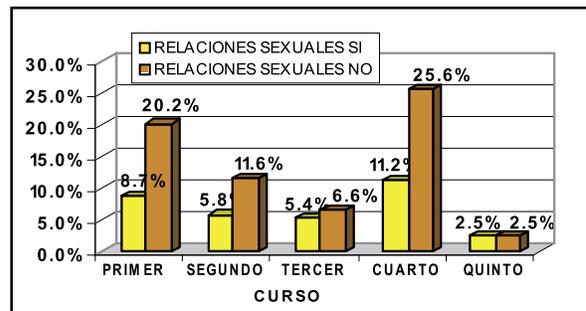
sexuales estuvo entre los 14 a 16 años con 43(17.8%) y en menor proporción los mayores de 20 años quizás porque fue la población que existía en menor cantidad con esa edad (ver gráfica 1).

**GRÁFICA #1**  
Relaciones sexuales con respecto a la edad.



Los porcentajes más altos de relación sexual prematura se dieron en cuarto y primer curso, 27(11.2%) y 21(8.7%) respectivamente (ver gráfica 2).

**GRÁFICA #2**  
Relaciones sexuales en relación con el curso.

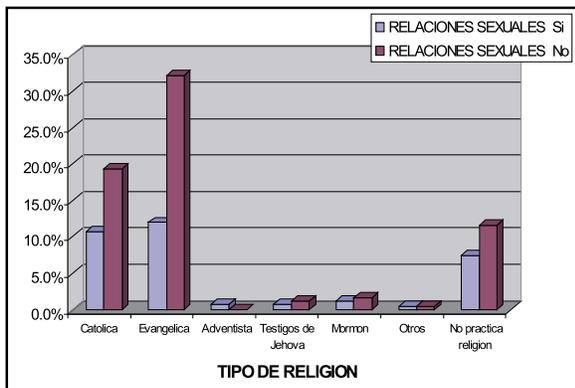


La edad de la primera experiencia sexual para los estudiantes del sexo masculino fue a los 14 años y para las mujeres de 15 años.

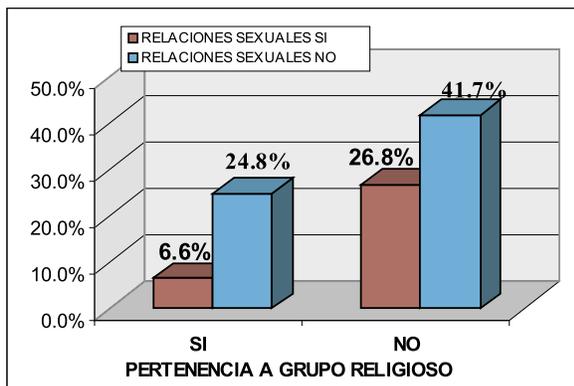
La práctica religiosa predominante en los estudiantes fue la Evangélica con 107 (44.2%) y de estos 29 (12%) ya habían tenido relaciones sexuales, en segundo lugar los católicos 73(30.1%) de estos 26 (10.7%) habían tenido relaciones sexuales; sin embargo, si se observa la totalidad de la población, 196 (81%) tenían alguna práctica religiosa y de estos 63 (26.0%) tenían relaciones

sexuales (ver gráfica 2). De otra parte, se observa que hubo un grupo que es la minoría que manifestaron no pertenecer a dichos grupos, cuya relación resultó altamente significativa para  $\chi^2$  con  $p < 0.01$ : No solamente la pertenencia a grupos religiosos se tomó en cuenta, si no que también la pertenencia a grupos deportivos con 75 (31%) y de estos 33 (13.6%) han tenido relaciones sexuales, lo que también resultó significativa con  $p < 0.05$  (ver gráficas 3 y 4).

**GRÁFICA #3**  
Relaciones sexuales en relación con el tipo de religión.

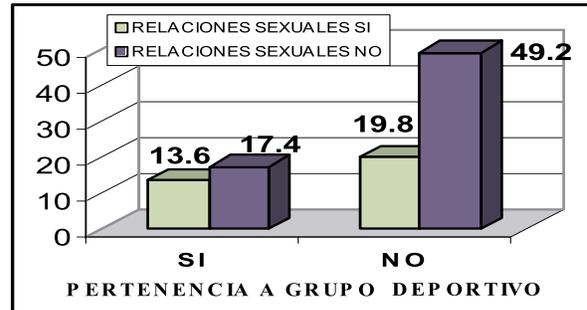


**GRÁFICA #4**  
Porcentaje de relaciones sexuales en relación a la pertenencia a grupo religioso.



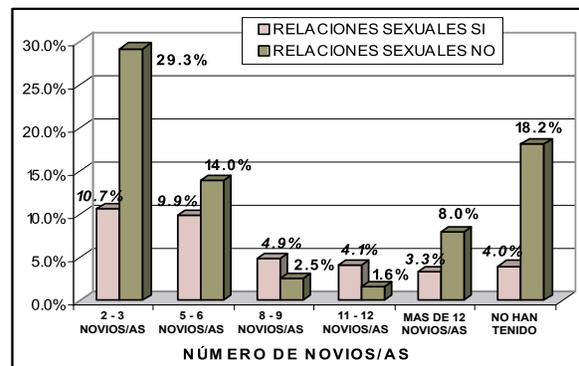
Se les preguntó a los estudiantes sobre la tenencia de novios(as) y en 198(81.8%) la respuesta fue afirmativa (ver gráfica 5), de estos 80(33%) han tenido relaciones sexuales.

**GRÁFICA #5**  
Porcentaje de relaciones sexuales en relación a la pertenencia a grupo deportivo



Se encontró que esta relación fue altamente significativa ( $p < 0.01$ ). La edad de primer noviazgo que ocurrió en el rango de 11 a 13 años resultó altamente significativa como factor de riesgo. Es de hacer notar que se encontró estudiantes que iniciaron el noviazgo antes de los 11 años; también se preguntó por el número de novios que habían tenido, que varió desde uno hasta doce novios; para este último se encontró la relación altamente significativa ( $p < 0.01$  y un OR de 10.9) (ver gráfica 6),

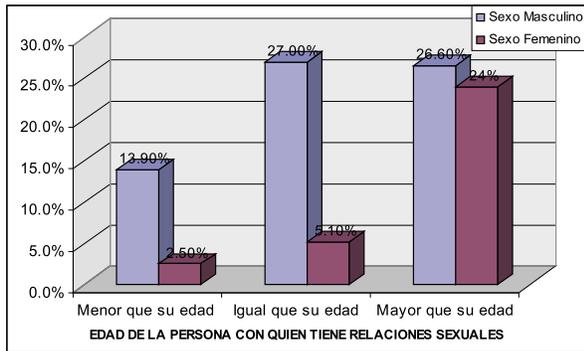
**GRÁFICA #6**  
Relaciones sexuales en relación al número de novios/a



Estos datos se relaciona con el número de parejas sexuales, encontrándose que 69 (89.6%) han tenido de una a tres parejas al año. Se encontró estudiantes que habían sufrido de agresión sexual, 4 (4.9%), tres eran del sexo masculino y una mujer, o sea que estos habían sufrido de violación sexual.

En esta investigación la edad de la persona con la cual mantuvieron relaciones sexuales, los estudiantes del sexo masculino, su pareja sexual era de la misma o mayor edad que la de él y en la mujeres predomina la pareja sexual de mayor edad que la de ellas, la prueba de chi fue altamente significativa con  $p < 0.01$  (ver gráfica 7).

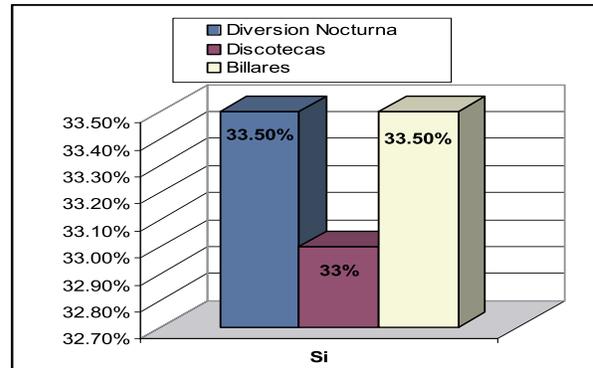
**GRÁFICA #7**  
Sexo con respecto a la edad de la persona con quien tiene relaciones sexuales.



El uso de drogas en las poblaciones estudiantiles es frecuente<sup>(12)</sup> y se quería saber si los estudiantes usaban algún tipo de drogas para mantener relaciones sexuales, en 15 (18.5%) su respuesta fue afirmativa, de estos 13 (16%) eran masculino y 2 (2.5%) eran femenino, los tipos de drogas utilizadas fueron alcohol, cocaína, éxtasis, crack y heroína.

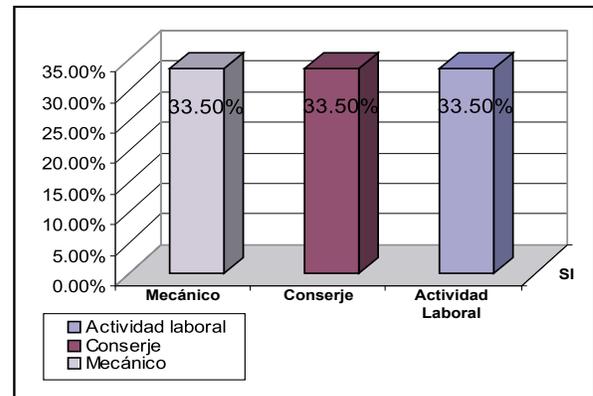
Los adolescentes buscan lugares o espacios de diversión; de éstos, los centros nocturnos ocupan el primer lugar con 112 (46.3%) de este grupo 52 (21.5%) habían tenido relaciones sexuales, el resultado de chi fue altamente significativo con  $p < 0.01$ ,  $OR = 3$ ; de éstos, las discotecas ocuparon el primer lugar con 57 (23.6%) y billares con 17 (7%), ambas relaciones son estadísticamente significativa (ver gráfica 8).

**GRÁFICA #8**  
Relaciones sexuales con respecto a la asistencia a centros de diversión nocturna.



Algunos estudiantes simultáneamente al estudio trabajaban, 40 (16.5%) y de éstos 31 (12.8%) habían tenido relaciones sexuales, las dos actividades laborales mas frecuentes fueron, Conserje 5 (2.1%), todos habían tenido relaciones sexuales y 13 (5.4%) eran mecánicos, de estos últimos 12 (5%) tuvieron relaciones sexuales, la relación establecida fue altamente significativa para  $\chi^2$  y OR (ver gráfica 9).

**GRÁFICA #9**  
Relaciones sexuales con respecto a la actividad laboral.



## Discusión

Las estadísticas de Honduras muestran que el 41% de la población es menor de 15 años y la tasa de fecundidad para la población adolescente entre 15-19 años fue de 137 nacimientos anuales por mil mujeres.<sup>(13)</sup> El 58% de los hombres y el 26% de mujeres en el rango de 15a 19 años han tenido relaciones sexuales, este dato es mayor que el encontrado en este estudio, el hallazgo fue de 33.5% pero comparado con otros países del área este dato es mayor.<sup>(14)</sup>

Desafortunadamente, las relaciones sexuales la realizan con pocos conocimientos sobre su naturaleza. La llegada de la pubertad a una edad menor puede explicar, en parte, este inicio más temprano y posiblemente la disponibilidad o el acceso a información sexual en diferentes medios.<sup>(15)</sup>

Diversas investigaciones demuestran que la prevalencia de relaciones sexuales prematuras es mayor en hombres que en mujeres adolescentes<sup>(14, 16, 18)</sup>, los resultados de este estudio son similares a la literatura, 22.7% y 10.8%, respectivamente.

La explicación a esta diferencia por sexo puede ser desarrollada a través del proceso de construcción de la identidad de género, sería una línea de búsqueda de respuestas sociales. En contraposición, la construcción de la masculinidad se da en oposición y negación de lo femenino. Es en el proceso de socialización donde se construyen las identidades de género, a través de los cuales se aprende a ser hombre y ser mujer, a asumir roles y actitudes que se consideran propias para género y a interpretarse así mismo según dichos parámetros. La diferencia por género se establece por los opuestos, la identidad masculina limita su desarrollo integral al excluir de su espacio vital la dimensión afectiva y exigir la constante reafirmación y demostración de su virilidad, mediante patrones de relaciones competitivas y agresivas. La condición de lo femenino representa el ser de y para otros. Lo que implica que el hombre se construye en relación al poder y la mujer entorno al amor.<sup>(19)</sup>

La lucha planteada en nuestra sociedad por la igualdad de género y lo referente a la sexualidad sigue rigiéndose por dobles estándares. La actividad sexual masculina es alentada y vista como un elemento de poder, mientras que la actividad sexual femenina es subordinada a los deseos de lo masculino y utilizada como factor de estigmatización a conveniencia de la sociedad. El sexo se ha visto como una ventaja en la socialización de las niñas, más que la de los varones, toda vez que el grupo femenino tiene, en general, mayor tendencia que el masculino a reaccionar con culpa y vergüenza frente a sus transgresiones. Para Margaret Mead, por las investigaciones realizadas la lleva a dar prioridad en sus análisis al papel de los “modelos” culturales en la formación de la personalidad y a interesarse en forma especial en la infancia.<sup>(19)</sup>

Otro investigador alude al concepto de género como una norma cultural, en tanta categoría simbólica y, como tal, tiene fuertes connotaciones morales.<sup>(14)</sup> Foucault nos dice que en los últimos tres siglos en sus continuas transformaciones, las cosas aparecen muy diferentes: una verdadera explosión discursiva en torno y a propósito del sexo.

Las publicaciones internacionales muestran que la edad de la primera relación sexual ha disminuido<sup>(14, 16, 19)</sup>, el hallazgo en el estudio muestra que el promedio de edad de la primera relación sexual es de 13.6 y 14.0 años en varones y mujeres respectivamente, confirmando lo mencionado en la literatura.

Diferentes investigaciones consideran que la baja escolaridad<sup>(14)</sup> y la falta de apego a la escuela<sup>(20)</sup>, son factores predisponentes a la práctica de relaciones sexuales; estos factores deberán de analizarse ya sea por la escala en la cual se presenta el predominio de las relaciones sexuales que fue en el 4o curso con (33.4%) o descartando este factor de riesgo.

Los estudios que señalan la práctica religiosa como un factor de retraso para el inicio de relaciones sexuales, miden este como la frecuencia con que se asiste a misa o culto religioso<sup>(15)</sup>. Foucault considera que hay que

entender la sexualidad como una construcción histórica del saber... el cuerpo, concebido éste como la frontera de la libertad personal, abarca el conjunto de reglas y normas tradicionales y “novedosas” que se apoyan en los conceptos de las instituciones religiosas...<sup>(7)</sup>.

La pertenencia a grupos religiosos que significa un alto grado de involucramiento es un factor de protección contra la práctica de relaciones sexuales; este resultado es contrario a la pertenencia a los grupos deportivos el cual se muestra como factor de riesgo para el inicio de relaciones sexuales en forma temprana. Tenemos que recordar que la práctica de un deporte se asocia a otras actividades como son el uso de drogas, el contacto con gente de mayor edad y la presión del grupo para realizar las actividades del mismo.

El uso de drogas suele ser herramienta de seducción, que se relaciona a la promoción que se les hace en los diversos medios de comunicación, principalmente con el alcohol, este impulsa al que lo ingiere para tener valor ante el sexo, liberación ante las restricciones sociales y producción de sensaciones placenteras. En la sexualidad femenina, en cambio, por tener precisamente estos efectos las mujeres suelen ejercer un mayor control sobre su consumo de alcohol<sup>(7)</sup>.

Dichos comportamientos y problemas pueden originarse durante la niñez debido a la existencia de factores biológicos, sociales y ecológicos predisponentes que pueden permanecer durante la adolescencia y otras etapas posteriores.<sup>(5)</sup>

Existen muchas teorías que explican el porqué o el mecanismo de acción en esta relación, efecto desinhibitorio del alcohol, los efectos cognitivos específicos de ciertas sustancias ilícitas, y las tendencias riesgosas propias de la personalidad de cada individuo, el modelaje social, y el hecho que estos fenómenos ocurren en el ámbito social igual sucede con los riesgos sexuales.<sup>(21, 22)</sup>

Otra causa asociada al consumo de alcohol y drogas incluyen el haber sido víctima de

abuso sexual en la infancia<sup>(21)</sup>. En este estudio encontramos que el uso de alcohol y drogas ilícitas, se presenta y es comparable a otros estudios como en la ciudad de México en el DF, en que el 20% de los estudiantes de secundaria han tenido relaciones sexuales bajo efecto del alcohol<sup>(7)</sup>;

En este estudio las drogas comúnmente utilizadas son la marihuana, cocaína y crack. El uso de éstas depende de la oferta y capacidad de la demanda, las implicaciones del uso ilícito de drogas varían de acuerdo con el tipo, el método de administración y el estado emocional, físico y de nutrición del consumidor; los hombres las utilizan en forma predominantes para tener relaciones sexuales que las mujeres, después del alcohol, la marihuana y la cocaína son de uso frecuente. Los jóvenes ingieren bebidas alcohólicas por las mismas razones que los adultos: disminuye las limitaciones sociales, produce placer y facilita las relaciones entre pares, además el beber suele constituir un símbolo de madurez. El significado, no obstante, es diferente para los dos sexos.<sup>(4)</sup>

El uso de drogas se relaciona a la asistencia a centros de diversión nocturna, precisamente con la práctica de relaciones sexuales, esta relación establecida fue altamente significativa, para  $\chi^2$  con  $p < 0001$  y un OR de 3.0, pues más de la mitad de los jóvenes que han tenido relaciones sexuales asisten a estos centros de diversión, en otros estudios se ha encontrado significación estadística para esta relación<sup>(19)</sup>; los lugares que predominan en la asistencia a los centros de diversión, son las discotecas y los billares. Los centros de diversión nocturna son ambientes sociales que favorecen el uso de alcohol y drogas y son idóneos para conocer nuevas parejas sexuales. Este proceso puede resultar en relaciones sexuales casuales o con desconocidos y se agrega la práctica de relaciones sexuales sin protección.<sup>(22)</sup>

La adolescencia es una etapa de la vida en la que el individuo trata de establecer su identidad adulta, estableciendo relaciones con su ambiente y con los seres que le rodean, igualmente surge una curiosidad natural por todo lo sexual.<sup>(4)</sup>

Sin embargo la socialización y curiosidad se puede convertir en relaciones riesgosas como es el noviazgo que se convierte en situaciones notorias como maternidad y paternidad adolescente.

El hallazgo está en que a menor edad del primer noviazgo aumenta las posibilidades de iniciar las relaciones sexuales en forma temprana.

Por las situaciones que se presentan en la relación entre personas del sexo opuesto, como son las caricias íntimas y besos, se obtuvo un OR de 8, para que aquellos jóvenes que iniciaron su noviazgo ante de los 11 años y dieron su primer beso a esta edad comparando este resultado con las otras edades. De la misma manera a menor edad del noviazgo conlleva a un mayor número de novios en el futuro, este resultado se encuentra con un OR de 10.9 para aquellos adolescentes que han tenido más de 12 novios en comparación con aquellos que están en el rango de 1 a 3 novios.

Los jóvenes que actualmente son sexualmente activos tienen relaciones sexuales con personas mayores que ellos, en la mitad de éstos sucede este fenómeno y predomina en las mujeres en dos tercios de ellas. Esto último se puede explicar por factores biológicos, la hembra desarrolla sus características sexuales secundarias antes que los varones así como las construcciones psicosociales como el machismo<sup>(18)</sup>.

A manera de conclusión se puede decir que el inicio de relaciones sexuales prematuras es un riesgo para los adolescentes pues conlleva embarazos prematuros en la mujer y la transmisión de enfermedades sexuales en general. Conociendo los factores de riesgo y de protección se puede dictar medidas y políticas para alargar el periodo previo a las experiencias sexuales.

## Bibliografía

1. Suárez Ojeda E, Roberts E, Korin D, Cusminsky M. Adolescencia y Juventud: Aspectos demográficos y epidemiológicos. En: Organización Panamericana de la Salud, editor. La salud del adolescente y el joven en las Américas. Washington: Servicio Editorial de la Organización Panamericana de la Salud; 1985. p 3-19.
2. Organización Panamericana de la Salud. La Salud del Niño y el Adolescente. Editor. La salud del niño en las Américas, Washington D.C. Publicación Científica, 1988. pág. 34=43.
3. Bianculli C. Endocrinología de la pubertad. En: Organización Panamericana de la Salud, editor. La salud del adolescente y el joven en las Américas. Washington: Servicio Editorial de la Organización Panamericana de la Salud; 1985. p 66-69.
4. Monroy de Velasco A. Pubertad, adolescencia y cultura. En: Organización Panamericana de la Salud, editor. La salud del adolescente y el joven en las Américas. Washington: Servicio Editorial de la Organización Panamericana de la Salud; 1985. p 20-26.
5. Behrman R, Kliegman R, Jenson H, editores. Nelson: Tratado de Pediatría. 17 ma edición. Madrid: Elsevier Science; 2004. p. 53-58, 671-673.
6. World Health Organization [página web] Sexual Health [citado 2006, Julio 1] Disponible en: [http://www.who.int/reproductive-health/gender/sexual\\_health.html](http://www.who.int/reproductive-health/gender/sexual_health.html)

7. Aguilera RM, Romero M, Domínguez M, Lara MA. Primeras experiencias en adolescentes inhaladores de solventes: ¿De la genitalidad al erotismo? *Salud Mental*. 2004 Feb; 27 (1): 60-72.
8. Souza y Machorro M. Desarrollo psicosexual y educación sexual. *Ginecol Obstet Mex*. 2004 Sept; 72 (9): 475-486.
9. Ott MA, Millstein SG, Ofner S, Halpern-Felsher BL. Greater expectations: adolescents' positive motivations for sex. *Perspectives on Sexual and Reproductive Health*. 2006; 38(2):84-89.
10. Ream GL, Savin-Williams RC. Reciprocal associations between adolescent sexual activity and quality of youth-parent interactions. *Journal of family psychology*. 2005 Jun; 19(2): 171-179.
11. UNICEF/UNFPA/OPS/GTZ. Información General del proyecto: "Fomento del Desarrollo Juvenil y Prevención de la Violencia" Teg. OPS-GTZ. 2005. Boletín No. 4.
12. Arbeau K, Galambos NL, Jansson M. Dating, sex, and substance use as correlates of adolescents' subjective experience of age. *Journal of Adolescence*. 2006 Jun.
13. Organización Panamericana de la Salud [página web] Resumen Del Análisis De Situación Y Tendencias De Salud, Honduras 2001 [citado 2006, Julio 3] Disponible en: [http://www.paho.org/Spanish/DD/AIS/cp\\_340.htm](http://www.paho.org/Spanish/DD/AIS/cp_340.htm)
14. Fleiz-Bautista C, Villator-Velásquez J, Medina-Mora M, Alcántar-Molina E, Navarro-Guzmán C, Blanco-Jaimes J. Conducta sexual en estudiantes de la Ciudad de México. *Salud Mental*. 1999 Ago; 22(4): 14-19.
15. Escobar-Chaves SL, Tortolero SR, Markham CM, Low BJ, Eitel P, Thickstun P. Impact of the Media on Adolescent Sexual Attitudes and Behaviors. *Pediatrics*. 2005 Jul; 116 (1): Abstract.
16. Ceballos GA, Campos-Arias A. Relaciones sexuales en estudiantes de tres colegios privados de Santa Marta, Colombia: Factores asociados. *Med Unab*. 2005 Dic; 8(3): 171-175.
17. UNICEF-PRAIM-GTZ. Informe final de consultoría capacidades de jóvenes y adolescentes para enfrentar el VIH/sida. Honduras, 2002 noviembre.
18. Mott FL, Fondell MM, Hu PN, Kowaleski-Jones L, Menaghan EG. The Determinants of First Sex by Age 14 in a High-Risk Adolescent Population. *Family Planning Perspectives*. 1996 Jan; 28 (1):13-18.
19. Rose A, Koo H, Bhaskar B, Anderson K, White G, Jenkins R. The influence of primary caregivers on the sexual behavior of early adolescents. *Journal of Adolescent Health*. 2005 Agu; 37(2):135-144.
20. Paul C, Fitzjohn J, Herbison P, Dickson N. The determinants of sexual intercourse before age 16. *Journal of Adolescent Health*. 2000; 27: 136.147.
21. Graves KL, Leigh BC. The relationship of substance use to sexual activity among young adults in the United States. *Family Planning Perspectives*. 1994 Ene/Feb; 27 (1).
22. Santelli JS, Robin L, Brener ND, Lowry R. Timing of alcohol and other drug use and sexual risk behaviors among unmarried adolescents and young adults. *Family Planning Perspectives*. 2001, Sep; 33(5):200-205.

23. VanOss B, Kirby DB, Hudes ES, Coyle KK, Gómez CA. Boyfriends, Girlfriends and Teenagers' Risk of Sexual Involvement. Perspectives on Sexual and Reproductive Health. 2006; 38(2):76–83.

# Dengue y embarazo.

## Pregnancy and Dengue.

<sup>1</sup> Enrique O. Samayoa M, <sup>2</sup> Carlos Ramos, <sup>3</sup> Oscar González

### Presentación de un caso

#### Resumen

Nulípara de 28 años de edad, con 4 controles prenatales, a las 20, 24 y 28 semanas. Última consulta a la edad gestacional de 29 semanas, se presenta acusando proceso similar a un estado pielonefítico agudo, con buena vitalidad fetal. Se le hospitaliza de emergencia, la clínica y las pruebas de laboratorio se inclinan al diagnóstico de dengue clásico. Después de 7 días de hospitalización y a las 30 semanas de gestación se le atiende de parto normal de una niña con múltiples anomalías congénitas.

**Conclusiones:** El dengue, clásico o hemorrágico, es una rara complicación en el embarazo como lo han establecido varios investigadores de áreas muy endémicas como son los países de Oceanía y en Colombia.

**Palabras claves:** Dengue, fiebre, dengue hemorrágico, embarazo, complicaciones del embarazo.

#### Abstract

This is the presentation of a pregnancy complicated by Dengue Fever, in a 28 years old nulligravida at 29 weeks of gestation. Due to the acute and severe symptoms, she was hospitalized the same day on the evening hours. Dengue fever was diagnosed on clinical basis and laboratory assays, the agreed treatment was started. After 7 days of hospitalization at 30

weeks gestation, she was delivered of a multiple congenital abnormalities baby girl.

**Conclusion:** Classic or hemorrhagic dengue is a rare complication in pregnancy as it has been established by many researchers in academic areas as Australia, New Zealand and Colombia.

**Keywords:** Dengue, fever, dengue hemorrhagic pregnancy, pregnancy complications.

### Introducción

El dengue es una enfermedad conocida desde las dinastías chinas de Chin y Tung y por los ingleses desde 1827 en sus colonias asiáticas. Su propagación al resto del mundo tropical es ampliamente conocida. La incidencia en el embarazo, no obstante, es relativamente rara sin darse cifras estadísticas precisas.

La fiebre del dengue en sus modalidades clásica o hemorrágica, por referencias <sup>(1, 2, 3)</sup> históricas es conocida desde tiempos ancestrales en la medicina china. Su nombre viene de una palabra del dialecto o idioma laosiano Swahili: "Kidenga pepo" que describe calambres repentinos, fiebres y convulsiones causadas por espíritus malignos. <sup>(1)</sup>

Está bien demostrado que el virus del dengue pertenece a la familia de los Flavivirus igual que la fiebre amarilla y la encefalitis japonesa. Son 4 los serotipos conocidos <sup>(1,2)</sup> DEN-1, DEN-2, DEN-3 y el DEN-4, todos dan inmunidad de

<sup>1</sup> Gineco-obstetra de Clínicas Médicas, Tegucigalpa, Honduras.

<sup>2</sup> Médico Internista del Hospital Honduras Medical Center, Tegucigalpa, Honduras.

<sup>3</sup> Hospital Honduras Medical Center, Tegucigalpa, Honduras.

por vida para si mismo, pero no cruzada con los otros tipos <sup>(1)</sup>. Aparte de estos 4 tipos de dengue clásico existe el **dengue hemorrágico**, es una forma secundaria de dengue y ocurre cuando una persona es reinfectada con un serotipo diferente <sup>(2)</sup>

Su agente transmisor principalmente es el mosquito *Aedes Aegypti* que por lo general se alimenta en las horas del día, teniendo un período de incubación de 3 a 14 días y más a menudo de 4 a 7 días <sup>(2,3)</sup>.

*La complicación más severa es el dengue hemorrágico <sup>(2)</sup> caracterizado por hemorragias en varios lugares del cuerpo y de variable intensidad acompañado de trombocitopenia severa, hemoconcentración, filtraciones plasmáticas por el aumento de la permeabilidad capilar que conduce a un fallo circulatorio con el consecuente shock hipovolémico <sup>(2, 4)</sup> instalándose entonces el síndrome de shock por dengue que se supone que es raro, con manifestaciones pulmonares como la de efusión pleural, pneumonitis, hemoptisis, hemorragia pulmonar con síndrome de dificultad respiratoria ARDS (de sus siglas en Inglés: Acute Respiratory Distress Syndrome) <sup>(1)</sup>*

No obstante las grandes rebrotes de epidemias de esta enfermedad en los lugares endémicos, los autores de los artículos sobre Dengue y embarazo en estos lugares, solicitan la publicación de estos casos porque los consideran raros <sup>(1,2)</sup> y mas aún la trasmisión vertical de la enfermedad al feto <sup>(5, 6, 7)</sup> que presenta rash al 5o día de fiebre. En los recién nacidos los títulos de anticuerpos van desapareciendo progresivamente, 3% a los 2 meses, 19% a los 4 meses, 72% a los 6 meses, 99% a los 9 meses y 100% a los 12 meses <sup>(6)</sup>.

La complicación de más cuidado en el embarazo con dengue es la hipertensión gestacional que conlleva a trombocitopenia y la hemoconcentración, la perfusión hipovolémica

por daño endotelial, <sup>(7)</sup> que puede conducir a la preeclampsia y/o desprendimiento prematuro de placenta <sup>(3,6,7,8)</sup>

Las complicaciones que el dengue puede producir en el embarazo según el trimestre en que se presente son peligrosas pero dichosamente su incidencia en la gestación es poco común y hay autores que dicen: “Hay pocos casos reportados de fiebre de Dengue, Dengue hemorrágico y embarazo en la literatura” <sup>(8)</sup>.

## PRESENTACION DEL CASO

Paciente de 24 años de edad, nuligesta, que fue vista en dos ocasiones, a las 20 y las 24 semanas de gestación sin acusar complicaciones en su peso, presión arterial, desarrollo fetal ni dudas sobre su edad gestacional, la que fue corroborada por ultrasonografía a las 23 semanas.

A las 29 semanas telefónicamente informa por la noche, del inicio brusco de fiebre, disuria, dolorimiento general y sobre todo lumbalgia. Se le ordena urocultivo y se inicia enoxacina 200 mgs cada 12 horas. Al día siguiente se ve en la clínica privada donde se confirma el estado febril 39°C y moderado dolor en ángulo costovertebral derecho. Con el diagnóstico de pielonefritis aguda, se hospitaliza de emergencia refiriéndola al médico internista

Antecedente personal de importancia: convulsiones por epilepsia, las que han sido controladas con ácido valproico desde su infancia y durante la gestación. Como antecedentes familiares, informados después del nacimiento de la niña, es un tío que fue operado de comunicación interauricular y clasificado como síndrome de Noonan.

## Evolución Hospitalaria

La paciente es hospitalizada a las 20 hrs. (8:00 p.m.) con el diagnóstico de embarazo de 29 semanas de amenorrea y pielonefritis aguda. Aquejando tener 4 días de proceso febril con escalofríos, polaquiuria, lumbalgia bilateral y artralgia generalizada.

Examen Físico: P/A: 110/70, T: 39o C, F.C: 80  
Deshidratada, en regular estado general,

luce agudamente enferma. Corazón: normal, pulmones limpios, abdomen grávido con dolor a la palpación de ambas fosas ilíacas. Puño percusión bilateral positiva.

Entre los exámenes de emergencia llama la atención la plaquetopenia de 90.000 y una hemoglobina de 9 grms. Uroanálisis revela bacteriuria moderada. Al cuarto día la plaquetopenia bajó a 55.000 y el urocultivo fue negativo. Creatinina 0.6 mgrs, BUN 3 mgrs. El Na osciló entre 139 y 140 mEq/lit, K 3.4 mmol/lit. Al siguiente día de su admisión prueba de Dengue IgM: negativa, IgG Positiva, sin cuantificación.

En base al cuadro clínico, la plaquetopenia y la positividad serológica de la prueba de Dengue en anticuerpos IgG, se le trata como tal, con analgésicos a base de acetaminofen y rehidratación. Al cuarto día la paciente se torna afebril y la cuenta plaquetaria sube a 111.000, en ningún momento hubo petequias ni sangrados y la P/A, se mantuvo estable, lo mismo que la condición fetal, por lo que fue dada de alta con los diagnósticos de embarazo de 29 semanas complicado con dengue clásico.

### Atención del Parto

A las 38 semanas y 5 días de embarazo es atendida de parto y puerperio normal, naciendo una niña con APGAR 5-7-10, peso 5-1/2 lbs. (2.500 gms.) talla 48 cms, CC 33cms., de inicio hubo necesidad de reanimación pero evolucionó bien y a la madre se le dio el alta en buenas condiciones.

Los hallazgos físicos de la recién nacida fueron los siguientes; Normocéfala, puente nasal ancho y aplanado, nariz "achatada" epicantus, hipertelorismo, catarata OD, boca con paladar hendido, micrognatia, pabellón auricular de implantación baja, cuello corto, tórax y abdomen normales. Genitales: labios menores prominentes. Extremidades: pulgar digitalizado (Trifalángico bilateral) pliegues ausentes de ambas manos, clinodactilia, pies con dedos sobrepuestos, hipoplasia unguial importante. Corazón: soplo sistólico grado 1-2 desdoblado, corto FC: 150.

### Laboratorio y gabinete

**Radiografía de tórax:** ensanchamiento mediastinal por persistencia de timo, cardiomegalia con prominencia perfil izquierdo, resto normal.

**Radiografía columna Cervico dorso lumbosacra en plano lateral:** normal.

**Ecocardiograma:** Comunicación interauricular, ostión secundium grande de 11 mm., circuito de auricular izquierdo a derecha, persistencia del conducto arterioso.

**Laboratorio:** Glucosa 117 mgs. Hemograma: eritro 3.750.000, Htc 41, Hgb. 13,5, Plaquetas 212.000.

### Diagnóstico de egreso

1. Síndrome de Noonan
2. Cardiopatía acianótica (CIA) con persistencia de ducto arterial
3. Asfisia neonatal leve de recuperación rápida
4. Paladar hendido
5. Malformaciones en miembros superiores e inferiores (Clinodactilia bilateral)

### Discusión

La enfermedad del dengue es de incidencia muy rara en el embarazo como se ha reportado <sup>(1, 2, 4)</sup>, no se encuentran razonamientos o resultados de investigaciones que nos informen a que se debe la baja incidencia de esta enfermedad en la gestante. La transmisión vertical al niño también es rara. <sup>(2, 4)</sup> Debemos por lo tanto verificar cual es la incidencia de esta enfermedad en el embarazo de nuestras conciudadanas y como incide en la morbilidad o mortalidad del embrión, del feto o del neonato, porque como vemos en el presente caso, las complicaciones congénitas que presentó la niña aparentemente eran más consecuencia de un factor familiar, ya que un tío padeció de igual síndrome.

El ácido valproico considerado una droga tipo D como riesgo del embarazo <sup>(8)</sup>, no luce tan responsable en el caso presentado ya que no se considera demostrado que tenga tanta afectación en los humanos, donde sólo llegaría a afectar al 1% y por lo tanto, en caso de necesitarse su uso en la paciente epiléptica embarazada, debe usarse. Remotamente producirá las afectaciones que se la atribuyen como son: defectos del tubo neural, espina bífida, defectos faciales, etc. <sup>(10, 11)</sup> dándose solamente en los animales de experimentación.

El dengue raramente tiene un transferencia vertical en el feto, habiéndose demostrado titulaciones positivas del virus en la sangre del cordón umbilical, pero su complicación no ha pasado de ser mas que una proceso febril del neonato <sup>(1, 2)</sup>.

La gestante con dengue debe tratarse con las medidas propias de la enfermedad para evitar que se llegue a la complicación de las alteraciones vasculares que conduzcan al shock hemorrágico colindante con el síndrome de HELLP, donde su evolución y una intervención quirúrgica sería desastrosa ( 8 ).

Agradecemos a la Dra. Rosa Kafati de la unidad de epidemiología del Hospital Escuela, que muy gentilmente nos informó que hasta la semana 43 del año 2005, se confirmaron 43 casos de dengue hemorrágico en mujeres, 44% del total de 155 casos en todas las edades y sexo, entre los que se consigna un caso, de posible Dengue hemorrágico, manejado como síndrome de HELLP, en una nuligrávida de 19 años, con toda la signología de Dengue pero que no se confirmó por serología. Considerándola como una complicación gestacional, se le interrumpió el embarazo por cesárea, con evolución trágica, como se ha comentado previamente que sucede cuando no se le da tratamiento conservador al dengue hemorrágico y embarazo.

## Bibliografía

1. Robert F, et al Pulmonary hemorrhage

syndrome associated with autoctonous case of Dengue hemorrhagic Fever. (En línea) Southern Medical Journal. 2004; 97(7): 688-691. consultado el 08/10/2006 Disponible en: [http://www.medscape.com/viewarticle/484555\\_print](http://www.medscape.com/viewarticle/484555_print)

2. Lindback H, Lindback J, Tegnella, Janson K, Vine S, Ekdahl K. Dengue Fever in Travelers to the Tropics 1998-1999.
3. Bunyavejchevin S., Tanawa Ttanachaivochn S., Tamirandon Y. Limpaphayom K. Dengue hemorrhagic fever during pregnancy; antepartum, intrapartum postpartum management. J. Obstet Gynaecol Res 1997 Oct. 23(5): 445-8
4. Wilson R. Empowering Communities to Reduce the Impact of infectious diseases. (En línea). Consultado el 13/10/2006. Disponible en [http://www.prb.org/Articles/2004/Empowering\\_communities\\_for\\_reduce\\_the\\_impact\\_of\\_infectious\\_diseases.asp](http://www.prb.org/Articles/2004/Empowering_communities_for_reduce_the_impact_of_infectious_diseases.asp)
5. Janjidenmai W, Pruekprasent P Perinatal Dengue Infection : a case report and review of literature Sotheast Asian. J Trop Med Public Health Dec. 2003 ;34 (4) : 793-6
6. Watanaveradej. Endy TP, Samakeses R., Kerdpanich A., Simasathien S. Polprasent N., Aree C., Vaughn DW., Ho C., Nisalaka. Transplacentally transferred maternal-infant antibodies to dengue virus. AM J trop Med Hyg . Aug. 2003; 69 ( 2 ) : 123-8
7. Cienfuentes R., Albonio O., Rosso P. Case Report: Hemorrhage dengue and eclampsia Rev Colomb Obstet Ginecol, July /Sept 1999, 50 (2): 81-84
8. Phupong, V. Dengue Fever in Pregnancy: a case report. BMC Pregnancy and Childbirth . 2001,1:7
9. Briggs GC, Bondendarier TW, Frieman KK, Vaffi SJ. Drugs and Pregnancy. Williams and Wilkins, 1993. P. 369-70
10. Stempil L., Moore T.D. Anticonvulsent therapy during pregnancy drugs therapy in Obstetrics and Gynecology. Appleton: Century-Crofts, 1982.
11. American College of Obstetrics-Gynecology. Teratology. ACOG Educational Bulletin .April 1997, 236:1-8

# Pericarditis infantil: un hallazgo accidental en el Hospital Materno Infantil de Tegucigalpa, Honduras.

## Infant pericarditis: an accidental finding in the Hospital Materno Infantil of Tegucigalpa, Honduras.

<sup>1</sup> Sonia Solórzano, <sup>2</sup> Erika Blanco Raudales

### Resumen

La pericarditis es un proceso inflamatorio que afecta al pericardio produciendo como consecuencia exudación en su fase aguda que puede ser causa de engrosamiento y fibrosis de dicha membrana, lo cual da lugar a una enfermedad de curso crónico, puede ser consecuencia de un sin número de padecimientos diferentes pero en la práctica clínica lo más común es la etiología viral, aunque también puede ser ocasionada por causas bacterianas, amebianas y posquirúrgicas. Las manifestaciones clínicas son variadas por lo que su diagnóstico es difícil. El objetivo del presente estudio es describir las manifestaciones atípicas que presenta la pericarditis con la presentación del caso clínico reportado en agosto de 2006 en el Hospital Materno infantil (HMI) Tegucigalpa. Se trata de un lactante mayor masculino de 14 meses de edad, con cuadro de oliguria de 11 días de evolución. Se evaluó y se observó: tos con expectoración blanquecina de 15 días de evolución, astenia, adinamia y mal estado nutricional, a la auscultación no se encuentra roce pericárdico, soplos, ni ruidos patológicos. El hemograma reveló anemia (Hb: 7.2 mg/dl, HCT: 23.1, VCM: 63 fl), leucocitosis ( $17.6 \times 10^3/\text{mm}^3$ ) a expensas de neutrofilos (76.6%). Se realizó rayos X de tórax y ecocardiograma detectándose cardiomegalia y pericarditis bacteriana con derrame pericárdico moderado a severo respectivamente, sin signos de taponamiento cardíaco. Se inició tratamiento

antibacteriano de amplio espectro mejorando el cuadro clínico motivo de consulta.

**Palabras claves:** Pericarditis, Lactante, Derrame Pericárdico.

### Abstract

Pericarditis is an inflammatory process that affects the pericardium with an exudative process in the acute phase, that can lead to thickness and fibrosis of the pericardial membrane in the chronic state. The most common etiology is the viral infestation; eventhough bacterial, protozoal and post surgical causes have been identified in its etiology. The present case studied shows, the atypical manifestation of the disease, which always presents a diagnostic problem. A 14 months baby with an oliguric situation of 11 days evolution with white color expectoration of 15 days, plus a bad nutritional status, with no pericardial rubbing, bruits or murmurs or pathological sounds. There was anemia, high white blood count mostly of neutrophilic origen. On the Xray of the thorax, there was cardiomegaly, pericarditis with effusion of moderate to severe intensity. There was not cardiac tamponade. Antibiotic treatment improved the health status of the patient.

**Key words:** Pericarditis, Infant, Pericardial effusion.

<sup>1</sup> Cardióloga pediatra en el Hospital Materno Infantil. Tegucigalpa, Honduras

<sup>2</sup> Br. (VI año de medicina) ASOCEMH Facultad de Ciencias Médicas. UNAH

## Introducción

La pericarditis rara vez representa enfermedades independientes, por lo común corresponden a fenómenos de acompañamiento de enfermedades generales o son reacciones secundarias a lesiones localizadas en órganos vecinos. Excepciones son la pericarditis traumática tardía y la pericarditis idiopática. Por lo general, se trata de inflamaciones inespecíficas. <sup>(1)</sup>

Normalmente el pericardio evita la dilatación brusca de las cavidades cardíacas durante el ejercicio y la hipovolemia. El pericardio también restringe la posición anatómica del corazón, reduce al mínimo la fricción entre el corazón y las estructuras adyacentes, impide el desplazamiento del corazón y retorcimiento de los grandes vasos y probablemente retrasa la diseminación de las infecciones desde los pulmones y las cavidades pleurales al corazón. <sup>(2)</sup>

La etiología de la pericarditis aguda es variada, pero las causas infecciosas son las predominantes y entre ellas se mencionan:

### 1. Pericarditis viral

Es la forma frecuente de presentación; aparece preferentemente en sujetos jóvenes del sexo masculino y está en relación con infecciones por virus de las familias Coxsackie B, Echo, Influenza, adenovirus, y mononucleosis. Puede ser fibrinosa o hemorrágica

Clínicamente se caracteriza por la instalación de un proceso infeccioso (ataque al estado general, fiebre y mialgias), al cual se le suman los síntomas producidos por la inflamación pericárdica.

### 2. Pericarditis bacteriana (purulenta):

Son exudativas. Cuando los agentes son gérmenes piógenos (neumococo, estreptococo, estafilococo) son purulentas. Los gérmenes pueden llegar al pericardio por vía hematogena dentro de un proceso séptico o lo pueden hacer a partir de un

foco supurado miocárdico que se abre al pericardio. En la era preantibiótica la ruta preponderante era la extensión de una neumonía bacteriana o de un empiema hacia el pericardio. Actualmente el 20% de los casos de pericarditis purulenta se produce por esta vía. La mortalidad de este proceso es de 70%.

La pericarditis purulenta es usualmente un padecimiento agudo de evolución fulminante de pocos días de duración. El dolor pericárdico está ausente en la mayoría de los casos y el cuadro clínico lo domina la sepsis y el taponamiento cardíaco; como signos diagnósticos de utilidad están: la importante leucocitosis con neutrofilia, la cardiomegalia radiológica, el ensanchamiento mediastinal y los cambios electrocardiográficos que son signos que aparecen en casi todos los casos. Debe tomarse en cuenta que si el paciente sobrevive a este proceso puede quedar como secuela una pericarditis constrictiva. <sup>(3)</sup>

El cuadro clínico típico de pericarditis consiste en:

- a) Dolor pericárdico
- b) Frote pericárdico
- c) Derrame pericárdico

Todas estas manifestaciones son importantes pero no patognomónicas de pericarditis, por lo que no van estar presentes en todos los casos. <sup>(4)</sup>

El cuadro clínico ayuda a sospechar el compromiso pericárdico por las características del dolor y la aparición del frote pericárdico, pero tenemos que hacer uso de otras herramientas para poder confirmar el diagnóstico como: Electrocardiograma, Radiografía de tórax. Esta última es una orientación muy útil para sospechar derrame pericárdico al mostrar cardiomegalia global con pérdida de los bordes normales del corazón. Si el derrame pericárdico es abundante, condiciona la típica “imagen en garrafa” o “en botella de agua” (ver Fig.1) que supone más de 250 ml de líquido pericárdico sugestiva del diagnóstico. <sup>(5)</sup>



**Figura 1. Radiografía de tórax donde se observa la imagen en garrafa o botella de agua característica típica de un derrame pericárdico.**

En la actualidad el ecocardiograma es el estudio más usado y eficaz para el diagnóstico de derrame pericárdico y puede dilucidar con toda certeza si la presencia de una cardiomegalia radiológica se debe a dilatación de las cavidades o a la presencia de derrame pericárdico y su cantidad en forma aproximada. <sup>(6,7)</sup>

Dado que los signos que presenta la pericarditis no son patognomónicos de ésta, se expone a continuación un caso clínico donde el compromiso del sistema renal fue el hallazgo principal.

### **CASO CLÍNICO**

Lactante mayor masculino de 14 meses de edad, procedente de Comayagua, historia con un cuadro de oliguria y disuria hasta llegar a anuria de 11 días de evolución. Acompañándose de fiebre, no cuantificada, precedida de escalofríos y diaforesis. Hace 3 días la madre observó la ausencia de micción en el menor, por lo cual decide traerlo a este centro hospitalario.

**Antecedentes patológicos:** Infecciones respiratorias frecuentes desde los seis meses de edad, tratadas en centro de salud. Alimentación: lactancia materna hasta los 3 meses, Ablactación a los 5 meses, actualmente es alimentado con leche no materna.

**Antecedentes socioeconómicos:** padre de bajos recursos económicos, madre no trabaja.

**Al examen físico se acentúa:** tos con expectoración blanquecina de 15 días de evolución, astenia, adinamia y mal estado nutricional, a la auscultación no se encuentra roce pericárdico, soplos, ni ruidos patológicos. Los exámenes de laboratorio: hemograma revela anemia (Hb: 7.2 mg/dl, HCT: 23.1, VCM: 63 fl), leucocitosis ( $17.6 \times 10^3/\text{mm}^3$ ) a expensas de neutrofilos (76.6%). Se realizó radiografía de tórax donde se observó cardiomegalia (ver figura 2), también ecocardiograma al segundo día de ingreso, detectándose pericarditis bacteriana con derrame pericárdico moderado a severo, sin signos de taponamiento cardiaco, estableciéndose los siguientes **diagnósticos:**

- Pericarditis aguda bacteriana con derrame pericardico sin taponamiento cardiaco
- Anemia microcitica – hipocromica.

**Al momento del ingreso:** se ordena restitución de líquidos intravenoso IV y complemento de hierro. Al establecer el diagnóstico definitivo se inicia tratamiento antibacteriano de amplio espectro: vanco-micina 40 mg/Kg. día IV, el paciente responde satisfactoriamente y diez días después del tratamiento se toma Rayos X de control de tórax observándose la rápida recuperación del derrame pericardico (ver figura 3).



**Figura 2. Radiografía de Tórax tomada al momento de ingreso donde se observó cardiomegalia.**



**Figura 3. Rx control tomada 10 días después del tratamiento antimicrobiano donde se observa la reducción de la silueta cardiaca.**

## Discusión

La pericarditis aguda es un síndrome clínico debido a la reacción inflamatoria del pericardio en respuesta a diferentes agresiones de naturaleza diversa. La inflamación pericárdica puede dar como resultado la producción de líquido en el saco pericárdico, en cuyo caso se habla de derrame pericárdico <sup>(8)</sup> hallazgo observado en la placa de rayos X de tórax del paciente en estudio. La causa primordial de pericarditis aguda es la infección vírica, en la mayoría de los casos el curso es benigno. <sup>(9)</sup>

Pueden preceder infecciones de vías respiratorias en las dos a tres semanas antes en un 40-75% de los casos. A diferencia de la pericarditis purulenta no se suelen acompañar de fiebre ni de aspecto séptico. <sup>(9)</sup>

En la era pre antibiótica la ruta preponderante era la extensión de una neumonía bacteriana o de un empiema hacia el pericardio. En la actualidad el 20% de los casos de pericarditis purulenta se produce por esta vía. Según los datos estadísticos del HMI hasta agosto de 2006 se reportaron seis casos de pericarditis en este centro hospitalario, de estos, la mitad de ellos presentó neumonía bacteriana. <sup>(10)</sup>

La pericarditis bacteriana es usualmente un padecimiento agudo de evolución fulminante de

pocos días de duración si no se trata a tiempo. <sup>(3)</sup> Los protocolos diagnóstico y terapéuticos en cardiología pediátrica recomiendan además de la antibioterapia enérgica durante 4 - 6 semanas y pericardiocentesis, el tratamiento definitivo por medio de drenaje quirúrgico <sup>(8)</sup>, medida que no fue necesaria debido a que el paciente respondió satisfactoriamente al medicamento por vía intravenosa.

El dolor pericárdico está ausente en la mayoría de los casos y el cuadro clínico lo domina la sepsis y el taponamiento cardíaco <sup>(3)</sup>; El dolor torácico constituye la segunda causa de consulta en cardiología pediátrica. Aunque su etiología es benigna en la mayoría de los casos, este síntoma puede conducir a ausentismo escolar, restricción de la actividad y causar considerable ansiedad en los padres del niño.

Por lo general, una historia y exploración física meticulosa determina la causa e identifica a los pacientes que requieren intervención inmediata, de los que necesitan únicamente información sobre la naturaleza benigna de su dolencia y un seguimiento continuado. La patología cardíaca es más probable si el dolor torácico ocurre durante el ejercicio y es recurrente. <sup>(11)</sup>

El paciente con pericarditis aguda estudiado no presentó dolor torácico, dato que hubiese orientado a sospechar de patología cardíaca desde el inicio. Los signos diagnósticos de utilidad son: leucocitosis con neutrofilia (76.6%), la cardiomegalia radiológica, el ensanchamiento mediastinal y los cambios electrocardiográficos que son signos que aparecen en casi todos los casos. <sup>(3)</sup> Datos que concuerdan con el caso clínico estudiado a diferencia que no hubo taponamiento cardíaco.

Debe tomarse en cuenta que si el paciente sobrevive a este proceso puede quedar como secuela pericarditis constrictiva <sup>(3)</sup>, por lo que consideramos necesario seguir la evolución post hospitalaria de estos casos por medio de la consulta externa. La pericarditis aguda puede evolucionar a pericarditis constrictiva, con

derrame pericárdico e incluso compromiso hemodinámico (10); lo que justifica el deterioro del sistema renal que presentó el paciente al momento del ingreso manifestándose con oliguria, disuria finalizando con anuria. Es necesario diferenciar entre etapas tempranas de pericarditis de otras patologías; En ocasiones, el infarto del miocardio agudo, la pleuresía, el embolismo pulmonar agudo y el neumotórax pueden semejar una pericarditis aguda. <sup>(12)</sup>

De acuerdo a los avances tecnológicos en cardiología se cuenta con el ecocardiograma estudio eficaz para el diagnóstico de derrame pericárdico que dilucida con toda certeza si la presencia de una cardiomegalia radiológica se debe a dilatación de las cavidades o a la presencia de derrame pericárdico. <sup>(7,8)</sup>

Para finalizar, según la historia natural de la enfermedad, el paciente presentó historial de enfermedades respiratorias previas a repetición, pertenece a una familia de bajos recursos económicos, mal nutrido, por lo que suponemos que su cuadro patológico es secundario a infección viral, que debido a sus bajas defensas inmunológicas por malnutrición se complicó con una infección bacteriana desarrollando posteriormente pericarditis bacteriana aguda.

## Bibliografía

1. Álvarez P, González S, Hernández I. Compromiso cardiovascular en niños con LES. Rev. Chil. Pediatr. jul. 2000, 71(4):328-334.
2. Braunwald E. enfermedades del pericardio. Harrison principios de medicina Interna. 16 ed. México: Interamericana, 2002. p.1605
3. Guadalajara Boo J. cardiología (En línea) México: Intersistemas, 1996. Consultado el 08 de mayo 2006. Disponible en: <http://www.drscope.com/cardiologia/pac/index.html>
4. Murphy and Bruce. Studies describe Heart disease following smallpox vaccination. AHA 2003. Consultado el 09 de abril 2006, Disponible en: <http://www.americanheartassociation.com/>
5. Laureña P, Navas M .Pericarditis aguda.(En línea). Guías Clínicas 2006; 6(10)) Consultado el 20 de marzo de 2006. Disponible en <http://www.fisterra.com/guias2/pericarditis.asp>
6. Murcia S. Conferencia clínico-patológica. Caso No.22. Revista Colombiana de Pediatría. (En línea).Bogotá. 2001; 36(4). Consultado el 20 de septiembre 2006, Disponible en <http://encolombia.com/medicina/pediatria/pediatria36401con-clinico.htm>
7. Movelle J. Cardiovascular Disorders. (En línea). Consultado el 10 de junio 2006. Disponible en <http://www.meridianhealth.com/index.cfm/HealthContent/SPeds/cardioc/pericard.cfm>.
8. Ortega A, Jiménez R. Pericarditis en la edad pediátrica. Protocolos diagnósticos y Terapéuticos en Cardiología Pediátrica. Hospital Torre cárdenas. (En línea) Almería. Consultado el 25 enero 2006. Disponible en [http://www.secardioped.org/protocolos/protocolos/Capitulo\\_25.pdf](http://www.secardioped.org/protocolos/protocolos/Capitulo_25.pdf)
9. García-Silva Pericarditis Aguda: curso de cardiología pediátrica. Hospital Infantil La Paz. (En línea) Consultado el 22 marzo de 2006, Disponible en: <http://www.elmedicointeractivo.com/cardiologia/temas/tema2/pericar2.htm>.
10. Honduras. Hospital Materno Infantil. Departamento de Estadísticas. Cuadros Estadísticos . Honduras, HMI, 2006.
11. Lozano JA, Carretero V. Derivación a cardiología desde atención primaria. Hospital San Pedro de Alcántara Caceres. (En línea) Consultado el 23 de marzo del 2006. Disponible en: [http://www.spapex.org/derivacion\\_cardiologia.htm](http://www.spapex.org/derivacion_cardiologia.htm)
12. Caballero, Zayas, Arana, Cano, Berruezo y Piñero. Síndrome de Churg-Strauss con afectación pericárdica y miocárdica Juliana. Servicio de Cardiología. Hospital Universitario Puerta del Mar. Cádiz Rev Esp Cardiol 1999; 52: 745-747
13. Sánchez D. Pericarditis aguda. (En línea). Oficina de Recursos Educativos – FEPAFEM. Consultado el 24 de marzo de 2006, Disponible en: <http://www.aibarra.org/guias/7-9htm>

# Aspectos biopsicosociales del dolor

\* Jorge A. Fernández Vásquez

## Introducción

El dolor -físico, mental y/o espiritual- es el síntoma más común de enfermedad, y, por tanto, el motivo de consulta más frecuente <sup>(1)</sup>. Se estima que más del 50% de los pacientes que visitan al médico, tienen una afección que provoca algún tipo de dolor <sup>(2)</sup>.

Es un síntoma con componentes sensoriales, cognoscitivos, afectivos y motivacionales, por lo que su comprensión requiere la integración de diferentes disciplinas, un desafío permanente para el médico y otros profesionales de la salud o de campos afines.

En sí es un mecanismo de defensa, de sobrevivencia, tanto por aparecer antes de que ocurra una lesión grave, como por el aprendizaje que deja para evitarla, impone inactividad y reposo como elementos esenciales para la recuperación natural del organismo enfermo.

Sin embargo, hay dolor físico que no tiene función útil, tal es el caso del **dolor del miembro fantasma** del paciente amputado, que se vuelve crónico y lo acompaña durante el resto de su vida, el dolor persistente (neuropático) del desgarramiento de un plexo nervioso, o del dolor psíquico, terrible, que induce al suicidio.

En la sociedad occidental de la actualidad, la persona que recurre al suicidio lo hace para ponerle fin al sufrimiento que considera insostenible, para evadir la responsabilidad ante un error inmenso, sea por evasión al castigo social y/o sustitución por el autocastigo; por un fracaso laboral o sentimental, por creer que su existencia no tiene sentido (baja autoestima), o por cualquier otro desorden mental que le impide ver claramente su propia realidad, llevándole al castigo extremo de la muerte.

La ausencia de sensibilidad dolorosa, fisiopatológica, **anestesia**, una condición neurológica poco frecuente en la práctica clínica, es un factor limitante de supervivencia, que puede poner en riesgo la vida, al no percatarse el sujeto de la dimensión de lesiones graves. La anestesia, como manipulación terapéutica, es un quehacer cotidiano de gran trascendencia en la práctica médica. La ausencia de sensibilidad dolorosa, social, sigue siendo la explicación a los problemas urgentes de la convivencia humana.

Ubicado en la racionalidad del proceso de la vida, el dolor tiene una connotación amplia, asociado a las desviaciones, deficiencias o aberraciones, que se hilvanan en el concepto del *mal*. Es el sinónimo del mal, la antítesis del bien, del bienestar, del placer, sin tomar el placer como sinónimo de sibaritismo, sino como el estado deseable de salud; es el displacer, la angustia, el tormento, el sufrimiento. Se puede entonces distinguir el dolor colectivo, el de grupo o sociedad, y el dolor individual, tanto físico como mental o espiritual. En cualquiera de esas dimensiones, la expresión máxima de dolor es la muerte. La imposición social aceptada o tolerada de dolor se convierte en pena o castigo.

La tolerabilidad al dolor varía de acuerdo a los continuos cambios del estado físico/mental del individuo, es decir, el umbral del dolor varía de acuerdo al estado de cómo se encuentre el individuo al momento de recibir el estímulo nociceptivo <sup>(3)</sup>. *Per se*, el organismo posee una fuerza repulsiva hacia las fuentes de dolor. La fuente del dolor es en realidad, la fuerza impulsora que hace que el organismo repela la espina que lastima la mano, al evocar el dolor potencial de la misma. O sea, que ocurre un primer momento de exposición a la fuente álgica, la noxa, que genera la sensación, la

experiencia, la conciencia, de la condición desagradable, que amenaza con desgastar o destruir, y, un subsiguiente que se evoca ante el riesgo inminente de re-exposición.

De otra parte y en forma sincrónica, el organismo tiene en acción una fuerza- quizás mayor que la que repele el dolor –que lo atrae a las fuentes del placer.

*El **placer** visto en la sencillez de lo natural, en su perfección divina, en el desarrollo armónico, aunque dialéctico de los procesos propios de la vida tanto biológica como social, sin los extremos hedonistas o de otra denominación.*

Pero, la perversión o aberración del placer, puede llevar a un efecto de dolor y repulsión, de ahí la necesidad de la regulación social de los extremos en el poder y el sexo. La necesidad combinada de prevenir o suprimir el dolor y de promover el placer, lleva a la aparición de los impulsos que mueven los hilos de la vida. El dolor impulsa; la necesidad y el dolor, el dolor y la necesidad. Pero la necesidad del placer puede ser tal que para obtenerlo pueda soportarse una cantidad importante de dolor. La recompensa a la actividad de supervivencia es el placer; la pena mayor y extrema de la actividad destructiva (apoptosis o necrosis celular o social), es la muerte, o, la no-supervivencia total, y, esto es dolor <sup>(4)</sup>.

Filósofos del siglo XVI describieron el estado de reposo o inacción, como indolencia o inconveniencia que puede generar desarreglos corporales o enajenamientos mentales, que a su vez refuerzan el desarrollo de alguna actividad, como requisito absoluto para pasar la vida con alguna satisfacción tolerable. “*Por su naturaleza, la inacción hace sufrir todas las partes del cuerpo llevándolas a un estado de relajación, indisponiéndolas para realizar sus funciones, y, por fin, atrofiándolas; aleja el tono vigoroso de la fibra como requisito para producir las secreciones naturales, los nervios están más expuestos a horribles convulsiones. La melancolía, el rechazo, la desesperanza*

*y hasta el suicidio, son consecuencias de ese estado relajado del cuerpo. El mejor remedio para estos males es el trabajo, el ejercicio, la actividad; es la manera de sobrepasar tales dificultades, se preservan así los órganos y sus funciones, con el apoyo de la imaginación y los poderes mentales”* <sup>(5)</sup>.

La otra percepción social de dolor está en la dirección de las **inequidades y desigualdades sociales**, que generan una gran cantidad de patologías asociadas al comportamiento individual y colectivo. En este abanico incluimos las consecuencias de la pobreza social, económica y mental, que en nuestro medio provocan altas cuotas de dolor, es el caso de los derivados de la violencia como traumatismos y muerte, drogadicción, hambre, desnutrición, coexistiendo con infecciones agudas y crónicas, enfermedades de transmisión sexual, enfermedades degenerativas, conflictos psicoafectivos y desenfreno de pasiones, entre otros <sup>(6)</sup>.

Veamos la asociación entre el **dolor social** y una de las enfermedades estigmatizantes como la tuberculosis, descrita en nuestro medio, “*El diagnóstico se hacía frecuentemente en forma tardía. Para entonces, más de un miembro del grupo familiar estaba contaminado. Tanto la familia como la sociedad, temerosa de ser contagiada, rechazaban al enfermo y su entorno, provocándole abandono, dolor moral y resentimiento, por la falta de identificación de sus semejantes ante circunstancias desfavorables”* <sup>(7)</sup>.

*“He dicho que me duele el dolor de mi pueblo, me lastima su lástima ignorada y me insulta la insulsa respuesta...Pero cuando pintan una Honduras diferente a la que conozco, la que es mía de raíces no putativas, que me enerva por su silente quejido de abandono y que defiende con indeclinable convicción, me duelen las fibras de la dignidad...La Honduras que me duele es la de siempre, que tristemente estamos heredando. La otra pintarrajeada no la conozco”* <sup>(8)</sup>.

La Asociación Internacional para el Estudio del Dolor (IASP, [www.iasp-pain.org](http://www.iasp-pain.org)), define el dolor como **“una experiencia desagradable sensorial y emocional relacionada con lesión en tejidos, ya presente o posible (real, actual o potencial), o descrita por el paciente como si hubiera lesión”** <sup>(9)</sup>. No siempre es evidencia de daño o lesión tisular, puede ser producto de una anomalía funcional del sistema nervioso. Todo dolor, sea moderado o intenso, se acompaña de ansiedad y del deseo imperioso de eludir o suprimir tal sensación. La poderosa influencia que tienen los factores psicológicos y la misma expectativa del dolor sobre la intensidad con que se perciben las sensaciones dolorosas indica claramente que existen circuitos cerebrales capaces de modular la actividad de las vías transmisoras del dolor.

Existen **dolores fugaces o transitorios** que carecen de importancia clínica: dolor punzante en una sien, el tórax o el oído, de aparición repentina, que dura algunos segundos y desaparece tan rápido como vino; o, un dolor más persistente en el dorso o en alguna articulación, que desaparece en el curso de algunas horas o de pocos días. Así que adquiere importancia clínica a partir de su intensidad, persistencia o recurrencia. Su presencia no es necesariamente proporcional a la gravedad de las enfermedades; afecciones benignas pueden ser muy dolorosas, por ejemplo una odontalgia; por el contrario, afecciones graves y aun mortales pueden cursar relativamente sin dolor o con escasa manifestación del mismo, e.g., un cáncer. Sin embargo, su presencia es sinónimo de preocupación clínica desde los tiempos del padre de la medicina- Hipócrates, quien proclamaba: “sedare dolorem opus divinum est” (calmar el dolor es obra divina), para expresar la quintaesencia del quehacer médico <sup>(10)</sup>.

En general, el dolor se conceptúa como una sensación desagradable que ocurre en grados variables de severidad, como consecuencia de un daño (una noxa, un estímulo nociceptivo), enfermedad o desórdenes emocionales. Es sinónimo de trauma, sufrimiento, distrés, espasmo o tormento. El dolor físico es una

sensación molesta, dañina, que lastima, resultante de la estimulación de las terminaciones nerviosas. Como expresión de daño tisular, tiene un valor de protección, sirviendo como señal de peligro y con frecuencia facilitando el diagnóstico. Distinto a otras experiencias sensoriales, e.g., las respuestas al tacto o frío, el dolor físico puede ser modificado por sedantes, antiinflamatorios no esteroideos y en caso severos por narcóticos opioides, en tanto que el dolor emocional es manejado con psicofármacos y diversas técnicas psicológicas específicas originales o sincréticas.

A pesar de que el dolor no es inmanente a la condición humana, pues también lo sufren otros seres vivientes, ha estado casi siempre ligado al quehacer médico, aunque en algunos momentos ha sido utilizado como un arma de poder del hombre sobre el hombre; sin embargo, en el ámbito clínico-terapéutico es donde más intensamente se convive con esta condición, que puede llevar al ser humano al despertar de bajas pasiones o la muerte misma. Las portadas de noticias están llenas a diario de escenas de homicidios pasionales, impregnados tóxicamente por alcohol, y de suicidios.

*“Miedo, temor mitificado, rencor acumulado, intolerancia, exacerbación de las diferencias, es lo que conduce a que una población se atrinchere en espera de una agresión sólo imaginada... lo que los pueblos violentos viven refritando entre ellos es un agudo problema cultural... Quien odia a su hermano es un asesino proclama la Biblia (Juan III, 15), significando por hermano a todos los seres, no solo a los de la misma sangre, concepto este de amistad, solidaridad y (redundancia permitida) fraternidad, extraviado por la civilización moderna, ya que actualmente el mundo es adiestrado para sospechar y desconfiar; para marcar sus distancias en vez de acortarlas y para reaccionar con violencia como primera respuesta. No hacemos preguntas: inculpamos. No indagamos: acusamos. No aceptamos explicaciones si no hay humillación en el*

otro... Padecemos miedo obsesivo de ser atacados, nuestra estima repta por los suelos”<sup>(11)</sup>.

## SEMIOGRAFÍA DEL DOLOR

Atendiendo a la ortodoxia clínica<sup>(12,14)</sup>, el síntoma “**dolor**”- que se puede ubicar en cualquiera de las etapas de la historia natural de la enfermedad y destacar en su horizonte clínico- se puede presentar como parte del cortejo prodrómico de varias enfermedades, aunque más frecuentemente forma parte capital de la historia de la enfermedad actual, o aparecer al final de la misma. La anamnesis resulta crucial, pues es el fundamento para diseccionar el síntoma, de forma que los parámetros cualitativos y semi-cuantitativos de valoración y de acuerdo a su pertinencia, deberán aplicarse sistemáticamente. Existen escalas semi-cuantitativas para valorar intensidad e impacto.

La primera aproximación ocurre al hacer la asociación clínico-anatómica, hablamos así de dolor de cabeza (cefalalgia o cefalea), dolor torácico, dolor cardíaco (angor pectoris), dolor óseo, mialgias (incluyendo tortícolis y lumbalgias), artralgias, mono o polineuritis y neuralgias (de trigémino, facial, cervicobraquial, intercostal, lumbago, ciática), y otras denominaciones menos frecuentes.

**Localización:** Se refiere al sitio donde se siente el dolor. Es útil pedir al paciente que señale con precisión el área dolorosa. Puede ser que lo haga con el puño cerrado justo en el precordio, expresando el carácter gravativo u opresivo del síndrome coronario isquémico, o con el dedo índice sobre el punto de dolor del apéndice o vesicular, los puntos de McBurney y de Murphy en la exploración física de cada entidad.

**Iniciación o modo de comienzo:** El inicio puede ser brusco o súbito, con motivo de un hecho especial, actitud, comida, defecación, tos, emociones, exposición al frío, humedad, sol, calor, u otro factor que “*gatille*” su

comienzo. Pero puede ser gradual, insidioso, de comienzo vago, como un malestar que progresa en intensidad hasta alcanzar el máximo en cuestión de minutos u horas. Por ejemplo, en el dolor ulceroso el cólico puede ser de comienzo brusco, agudo, con picos máximos en segundos o minutos después del inicio. El dolor del infarto cardíaco es súbito, instantáneo, de intensidad máxima desde el momento de aparición, suele ser brutal, de gran intensidad y persistencia. De igual dimensión son el dolor por perforación de víscera abdominal o la cefalea por aneurisma.

**Evolución:** Es la sucesión cronológica del cuadro álgico y sus repercusiones. El estudio debe hacerse en relación a las 24 horas del día- el ritmo, relacionándolo con las actividades básicas cotidianas, la ingesta de alimentos, quehaceres habituales, rutinas, pero también en su presentación durante períodos de tiempo a lo largo del año-el período. El dolor puede ser continuoo cíclico e intensificarse paulatinamente; puede ser rítmico en relación al ciclo diario de acontecimientos (**ritmicidad**), o presentarse en brotes periódicos a lo largo de la historia de la enfermedad, alternados con remisiones asintomáticas (**periodicidad**), que se investigan durante el año, variaciones estacionales u otros factores ambientales. Por ejemplo, el dolor del síndrome péptico (epigastralgia urente), se relaciona con la alimentación diaria- ritmicidad, pero tiene períodos de presentación a lo largo del año- periodicidad. El tiempo que permanece instalado el dolor y su desarrollo ulterior resultan de importancia para definir el progreso de una condición a más grave, tal el caso en *angor pectoris* que después de la media hora de instalación continua (sin intermitencia), se interpreta como dolor de infarto de miocardio.

Atendiendo a la **cronología** de su presentación, correlacionando la fisiopatología y la clínica, identificamos los siguientes tipos de dolor:

- a) **Dolor rápido o inmediato**, se presenta en centésimas de segundo después de aplicado el estímulo doloroso, persiste segundos o minutos y luego desaparece, e.g., el dolor que provoca una cortadura o pinchazo o las

“agujetas” musculares; también se conoce como dolor transitorio

- b) **Dolor lento o retardado**, comienza después de un segundo o más después de aplicado el estímulo, se asocia generalmente a daño o destrucción tisular, es el clásico dolor somático profundo, e.g., un esguince.

Esta clasificación no es de aplicación clínica útil, por lo que hablamos más de dolor agudo o crónico. El **dolor agudo** <sup>(15)</sup>, es una mezcla de lesión tisular, dolorimiento y angustia, requiere cierto tiempo entre el máximo dolor y la recuperación, ocurre en episodios de duración corta, aunque variable, en el contexto de condiciones o enfermedades cuya historia natural no rebasa lapsos de tiempo de 8 a 12 semanas en su período de estado, y, en el que las manifestaciones de dolor pueden ir desde el repentino (brusco, súbito), leve o severo, intermitente, paroxístico, al persistente.

El dolor agudo cuando afecta tejidos músculo-esqueléticos suele estar provocado por procesos inflamatorios agudos diversos, daño tisular por lesión, enfermedad o cirugía reciente y, por lo general, se acompaña de tumefacción (edema), calor, rubor y afectación funcional (dolor inflamatorio). En tanto que el **dolor crónico** <sup>(16)</sup>, es el que se presenta más frecuentemente en lapsos prolongados de tiempo (semanas, meses, años), con o sin períodos de exacerbaciones y remisiones. Es más un dolor persistente, que generalmente no guarda relación con la lesión inicial, de difícil tratamiento que responde mal incluso a narcóticos. Puede afectar a las personas de tal manera que las llega a incapacitar, pierden el apetito, se sienten extenuadas, debilitadas. Producto de una enfermedad o accidente inicial que el paciente ya ha superado, como una lesión neurológica, o de una causa continua, actual, activa, como un cáncer o una artritis, puede ser continuo o recurrente.

**Carácter o calidad:** Es la expresión (clase, naturaleza) de la percepción dolorosa, esto depende del tejido u órgano afectado y

del estímulo nociceptivo. Una misma zona anatómica puede ser asiento de diferentes clases de dolor, algunas denominaciones descriptivas son las siguientes <sup>(17)</sup>:

1. **Quemante o urente**, sensación de calor intenso, e.g., epigastralgia del síndrome péptico, o el dolor neuropático con sus diferentes expresiones
2. **Punzante, lancinante, pungitivo o en pinchazo**, cuando se parece a la sensación provocada por un objeto cortopunzante, e.g., el dolor en punta de costado de la pleuritis, o el dolor en golpe de lanza de la neuritis
3. **Pulsátil**, en forma de latido, palpitación, pulsación o golpeteo, dilatación/contracción, frecuente en la inflamación aguda, es el caso del dolor pulsátil del flemón o absceso
4. **Cólico**, dolor abdominal de tipo ondulante que comienza lentamente para aumentar progresivamente en intensidad hasta alcanzar un máximo y decrecer paulatinamente hasta desaparecer, para luego reaparecer en segundos o minutos; se acompaña de sensación de torsión, retortijón, de deseo de expulsar algo, por lo general es intermitente, propio de las vísceras huecas abdominales; retorcimiento de conducto biliar, intestinal, genital o urinario
5. **Constrictivo u opresivo**, da sensación de apretamiento, presión o sobrecarga, tal el caso del dolor del síndrome isquémico coronario
6. **Gravativo**, origina sensación de peso, como algunas cefaleas, derrames en pleura o pericardio, o la angina de pecho
7. **Sordo**, continuo o en episodios, impreciso, errático, mal definido, ya sea autóctono o referido, no muy intenso, por ejemplo, el dolor del colon referido a la región lumbar
8. **Fulgurante**, de corta duración y gran intensidad, recuerda una descarga eléctrica, es propio del dolor

neuropático

9. **Terebrante**, da la sensación de “rayar o taladrar” el tejido, como en la neuralgia dental.

**Intensidad:** El umbral del dolor es variable en cada persona, según los cambios del estado físico y mental. Desde el estoicismo que muestran los individuos con escaso desarrollo intelectual, hasta el bajo umbral de sensibilidad de los cultos y letrados, se define un amplio abanico de percepciones que el médico debe valorar minuciosamente de cara al manejo terapéutico, considerando factores étnicos, físicos, psíquicos, religiosos, u otros que rodean al cuadro de dolor. Es un parámetro muy subjetivo. Se acepta la gradación de: **leve, moderado, intenso o severo**, que no es rígida y es apenas un indicador grueso, pero que puede dar idea del sufrimiento del paciente. Describir la personalidad del paciente es un elemento útil para valorar la intensidad del dolor. La detección de manifestaciones físicas y psíquicas puede ayudar, v. gr., taquicardia, taquipnea, agitación mental o motora, inquietud, palidez, sudoración, ansiedad o depresión, rabia o llanto.

**Factores desencadenantes o agravantes:** Generalmente se vinculan a la función del órgano, aparato o sistema afectado; así por ejemplo, si se trata de cefalea se investigan factores dietéticos, medicamentos, tóxicos, metabólicos, vasculares, visuales, auditivos, emocionales, tensionales y ejercicio. En caso de dolor cervical se busca relación al movimiento del cuello. Si el dolor es torácico se investiga su relación con la respiración, tos y movimientos torácicos; si es retroesternal, con la deglución, ejecución de esfuerzos y posición del individuo. Si es epigástrico, con la ingesta de alimentos; si es de bajo vientre, con la defecación, micción, o ciclo menstrual. Al ocurrir en piernas o articulaciones, con el ejercicio y la carga, y así sucesivamente. Otros factores a considerar son frío, calor, humedad, cambios de temperatura, emociones, comidas copiosas o traumas.

**Factores atenuantes o de alivio:** De igual manera, los factores que disminuyen el dolor se

relacionan a la estructura y función del tejido u órgano afectado; de esta forma, se debe investigar sobre elementos que yugulan su intensidad y frecuencia de presentación, por ejemplo, alimentos, medicamentos, estímulos físicos como frío, calor, humedad, electricidad, ultrasonido, emocionales; y, sobre todo, valorar las *posiciones antálgicas*, que pueden orientar sobre algunas patologías, solo mencionemos la posición de plegaria mahometana en los pacientes con pericarditis o la quietud física y lamento doloroso en el cólico renal. El reposo es el elemento clave en la definición del dolor anginoso, en tanto que el ulceroso se calma con la ingestión de alimentos, incluso agua y con antiácidos. Los analgésicos y antiespasmódicos alivian el dolor según su causa.

**Síntomas concomitantes:** El dolor intenso o no, provoca afectación física y mental, independiente de su origen y localización, con manifestaciones que van desde generales, como palidez, rubicundez, sudoración, náuseas / vómitos, mareos, taquicardia, taquipnea, midriasis, y algunos otros vinculados a la función neurovegetativa, hasta específicos como disuria, polaquiuria y hematuria coincidiendo con el cólico nefrítico, las dispepsias de los cuadros hepatobiliares, gástricos o pancreáticos, o la disfagia que acompaña a la odinofagia, por mencionar algunos ejemplos. Los concomitantes neuro-psíquicos, implican comportamientos diversos con estados de indiferencia, irritabilidad, angustia, temor, miedo; a veces se puede perder la noción del tiempo, de modo que el enfermo puede creer que el dolor de minutos le duró horas. También pueden presentarse auras, sinestesias o sinalgesias, más frecuentemente en relación con la visión.

## SEMOGÉNESIS Y DIAGNÓSTICO DEL DOLOR

En general, el dolor puede ser explicado en términos de una lesión que compromete los centros o vías sensitivas (**dolor orgánico**), pero hay situaciones de dolor intenso, persistente, en las que no se demuestra lesión alguna (**dolor**

**funcional**). El dolor cutáneo y de tejidos superficiales (**dolor superficial**), se origina de estímulos que actúan en la superficie corporal, tales como trauma, calor o frío intensos, cáusticos, tóxicos y venenos, es de intensidad variable, localización precisa y calidad propia a cada estímulo; tiene connotaciones distintas al dolor originado en vísceras y estructuras músculo-esqueléticas profundas (**dolor profundo, dolor visceral**)<sup>(18,19)</sup>.

| DOLOR SUPERFICIAL                   | DOLOR PROFUNDO  |
|-------------------------------------|---|
| Bien localizado                     | Mal localizado  |
| Carácter punzante o quemante        | Carácter vago, difuso, desagradable   |
| Límites precisos                    | Límites imprecisos  |
| Ubicado <i>in situ</i> del estímulo | Ubicado <i>in situ</i> y/o a distancia del estímulo   |
| No referido                         | Referido al dermatoma correspondiente. Síntomas constitucionales acompañantes: Sudoración, cambios de presión arterial, pulso y respiración, náuseas, malestar, fatiga. |

El diagnóstico de dolor cae dentro de una de las siguientes categorías:

- 1) Dolor nociceptivo o somático, por ejemplo: isquemia, destrucción tisular, artritis, cáncer, aracnoiditis
  - 2) Dolor neuropático, por ejemplo: ciática, síndrome de túnel del carpo, neuralgia del trigémino o post-herpética, dolor de miembro fantasma
  - 3) Dolor mixto, nociceptivo y neuropático
  - 4) Dolor simulado
- 1) **Dolor somático**, el que es ocasionado por daño tisular desde la superficie de la piel hasta la profundidad del sistema músculo-esquelético; es un dolor de localización específica frente a un estímulo nociceptivo evidente, el paciente lo describe con bastante precisión y suele responder a AINES (analgésicos antiinflamatorios no esteroideos) y narcóticos, se le denomina

también **dolor epicrítico**.

El dolor visceral, que incluye órganos y sistemas de las cavidades torácica y abdominal, tiene características diferentes, puede ser desencadenado por distensión, tracción, inflamación, isquemia y contracción espasmódica; es vago, el paciente no puede señalar con precisión los límites del área dolorosa y su ubicación no corresponde al sitio donde actúa el estímulo, **dolor protopático**; la calidad del dolor varía según la víscera afectada, por ejemplo, el dolor del miocardio se describe como constricción u opresión, en pleura como punzada, el espasmo (retortijón), de vísceras huecas abdominales o el dolor sordo de las vísceras sólidas; su localización se percibe en las regiones correspondientes a la proyección embrionaria del órgano, así el dolor cardíaco es retroesternal y el de intestino delgado, periumbilical. Se habla de **dolor referido** cuando se proyecta a distancia siguiendo la distribución metamérica, debido a la convergencia de vías neuronales aferentes cutáneas y profundas en un mismo segmento metamérico, a veces difícil de definir, por ejemplo el dolor por isquemia cardíaca que básicamente es retroesternal bajo y precordial, que se refleja a la cara interna del brazo y antebrazo, alcanzando la cara medial del dedo meñique (dermatómeros C8-T1)<sup>(20,21)</sup>.

- 2) **Dolor neuropático**<sup>(22)</sup>, de pobre localización, se inicia por daño a la vía nerviosa sensorial, pero puede persistir sin el estímulo nociceptivo demostrable (funcional, evocado, crónico); cede más fácilmente con analgésicos narcóticos. El **dolor irradiado**, superficial y profundo, se debe a irritación directa de una raíz nerviosa sensitiva o mixta, percibido en el territorio innervado por la raíz estimulada. A menudo es la expresión de síntomas sensoriales diversos, expresados como:

- **Neuralgia**, es el típico dolor por trauma o irritación del nervio periférico, confinado al área que inerva, con

disfunción nerviosa como anestesia o debilidad muscular del área y grupo inervado

- **Disestesia**, sensación de escozor o quemazón espontánea, junto al dolor agudo de la región afectada
- **Hiperalgnesia**, respuesta exagerada al estímulo nociceptivo por disminución del umbral fisiológico del dolor
- **Alodinia**, es el dolor que aparece por estímulo que en condiciones normales no causa dolor (dolor por estímulo no nociceptivo)
- **Causalgia**, síndrome doloroso tipo quemadura (escozor), producido por lesión traumática al nervio, acompañado de disfunción vasomotora, sudomotora y alteraciones tróficas. Ahora se conoce como síndrome de dolor regional complejo tipo II
- **Hiperestesia**, incremento de la sensibilidad cutánea a los estímulos táctiles, dolorosos o de temperatura
- **Hiperpatía**, síndrome doloroso con reacción excesiva y retardada después de un estímulo sensorial repetitivo. Se puede acompañar de hiperestesia, disestesia o hipoestesia
- **Hipoalgnesia (hipoestesia)**, sensibilidad disminuida a los estímulos nociceptivos
- **Parestesia**, sensación anormal, desagradable, espontánea o inducida, disestesia

- 3) **Dolor mixto, somático/neuropático**, una combinación frecuente, sobre todo en el dolor crónico, particularmente cuando se torna incoercible.

*Se entiende por **dolor incoercible** <sup>(23)</sup>, al que ocurre con evolución generalmente crónica, pone al paciente en estados de angustia, desesperación o depresión y se hace difícil de aliviar con tratamiento analgésico convencional.*

Existen varios tipos de dolor incoercible, en los que el fenómeno álgico puede evolucionar

durante horas, días o meses, con modificación de la respuesta del sistema nervioso. El 95% de los pacientes con dolor incoercible tienen alguna de las afectaciones siguientes:

- Lesión de tejidos profundos, como es el caso de artritis, cistitis, etc.
- Lesión de los nervios debida a infecciones, neoplasia, traumatismos o amputaciones
- Lesiones y/o aracnoiditis que afectan las raíces aferentes (dorsales) de la médula espinal.

Un buen ejemplo lo constituyen los síndromes dolorosos neuropáticos, como la neuralgia post-herpética, el dolor por trauma medular, desgarramiento generalmente postraumático- de los plexos braquial o lumbar, dolor de miembro fantasma, los síndromes dolorosos regionales complejos (causalgia o distrofia simpática refleja); otro, es el complejo síndrome doloroso del cáncer o dolor maligno.

El problema tiene dos componentes. Uno deriva directamente de la zona de tejido lesionada, el otro es la existencia de sensibilidad en zonas distantes causada por alteraciones secundarias de la médula espinal. Muchos pacientes pueden encontrar posiciones antálgicas, cómodas, lo que prueba que hay dolor permanente, que con frecuencia se expresa como alodinia o hiperalgnesia. Con la lesión tisular inicial (compresión, calor, químicos, infección, alergia, etc.), hay estimulación directa de las terminaciones nerviosas, que despierta dolor agudo, de corta duración, no incoercible. Son mucho más importantes las alteraciones secundarias. Con la descomposición tisular ulterior, se liberan sustancias celulares responsables de la irritación nerviosa. En el proceso inflamatorio intervienen también los nervios rezumando péptidos como la sustancia P, activando el reflejo axónico y potenciando la vasodilatación y tumefacción características. Esta acción de los nervios en el proceso inflamatorio difiere de la lesión nerviosa, que a su vez perturba la parte neurógena del proceso inflamatorio. El sistema simpático desempeña también

cierto papel en la inflamación y el dolor. En el tejido normal los nervios simpáticos carecen de función sensitiva especial, sin embargo, en el tejido lesionado hay una acción directa sobre los aferentes sensitivos, al tiempo que contribuyen liberando compuestos bioactivos, aparte de la norepinefrina, que promueven el proceso inflamatorio. Esta combinación es la responsable del **síndrome de dolor regional complejo (SDRC)**, que abarca condiciones dolorosas que generalmente afectan las partes distales de extremidades superiores o inferiores, asociadas con fenómenos clínicos característicos. El término se introdujo para reemplazar el de “distrofia simpática refleja”, que conlleva la asunción de que el sistema nervioso simpático condiciona la fisiopatología del dolor, la cual no se conoce con certeza. Hay dos subtipos, SDRC Tipo I, conocido previamente como distrofia simpática refleja, y SDRC Tipo II, conocido comúnmente como causalgia; que no son descriptores de su fisiopatología, sino de fenómenos clínicos similares, cuya diferencia central está en que el Subtipo II ocurre posterior a lesión conocida del nervio periférico, en tanto que en el subtipo I hay ausencia de cualquier lesión conocida. En realidad son cuadros poco frecuentes, la mayoría de pacientes con dolor extendido en una extremidad no tiene SDRC, así que se debe evitar este diagnóstico solo porque el dolor no tenga un patrón anatómico evidente, es preferible usar el término de dolor regional de origen indeterminado, para tales casos. Para hacer el diagnóstico de SDRC se requiere la presencia de cuatro de los siguientes hallazgos al examen físico: cambios de temperatura/color, edema, anormalidades tróficas de piel, pelo o crecimiento de las uñas, función motora alterada, hiperpatía/alodinia y cambios sudomotores. Algunos clínicos creen que el SDRC puede ser interpretado mejor como un “patrón de reacción” al daño o injuria, o a restricciones excesivas de la actividad (incluyendo la inmovilización) seguidas a la lesión; desde esta perspectiva, el SDRC puede ser la complicación de una lesión o ser inducido iatrogenicamente, pero no es un proceso independiente de enfermedad <sup>(24)</sup>.

Cuatro mecanismos locales están implicados en el **dolor inflamatorio crónico**: la acción directa primaria sobre las fibras nerviosas sensitivas, los productos secundarios de degradación, el componente nervioso y el componente simpático. Consideremos un ejemplo de menor complejidad como un esguince de tobillo. Lo que se siente al momento de la torcedura es un dolor extremadamente agudo que aumenta en cuestión de segundos y se desvanece con rapidez para ser sustituido por un tipo de dolor muy diferente, no especialmente agudo, profundo, mal localizado, difuso y de larga duración (días, semanas). Este segundo dolor ofrece la ventaja biológica asociada con la “inmovilización” de la parte dañada, que envía una salva de impulsos nerviosos a la médula espinal que con gran rapidez genera este dolorimiento difuso. Las neuronas centrales se han tornado más excitables por el hecho de que las fibras nerviosas especiales han liberado péptidos estimuladores. Similar a este dolorimiento sordo, profundo e invalidante, es el producido por ejemplo por la artritis reumatoidea o la cistitis <sup>(25)</sup>.

Bastante se ha debatido sobre la “*memoria del dolor*”<sup>(26)</sup>, que normalmente se interpreta como algo que sucede en las regiones superiores del cerebro, pero también hay que pensar en términos de una “*memoria dolorosa*” radicada en parte en los tejidos y en parte en la médula espinal; adicionalmente, como mencionamos arriba, hay una acción directa del simpático sobre las fibras nerviosas aferentes sensitivas, que pueden adicionar una condición más compleja al “acostumbramiento” de los tejidos lesionados al entorno doloroso. Los pacientes afectados de lesiones nerviosas periféricas, como los diabéticos, tienen una respuesta inflamatoria deficiente; por una parte el tejido total o parcialmente denervado es relativamente insensible al dolor, por otra, su respuesta inflamatoria está menoscabada. De ahí lo difícil que curen las lesiones periféricas pequeñas en los diabéticos.

Cuando un nervio periférico ha sido dañado o invadido, se produce un dolor muy intenso que se inicia en el sitio primario de la lesión. El nervio

dañado procura regenerarse produciendo tejido nervioso anormal, que se distingue de las fibras nerviosas maduras normales en tres sentidos, i.e., se tornan mecánicamente sensibles, como lo revela el signo de Tinel: percutiendo un nervio lesionado se provoca una sensación aberrante; adquieren actividad espontánea, y, se hacen sensibles a la actividad del simpático. Como sustrato de estos intentos locales de reparar la lesión encontramos lentas modificaciones centrales progresivas que tardan días, semanas o meses en desarrollarse. En efecto, la médula espinal reacciona a manera de compensar la situación, aumentando su receptividad de percepción dolorosa, lo que puede someter a los nervios a descargas continuas o brotes súbitos de las mismas. De cierta manera, el proceso patológico se ha trasladado de la periferia al centro. En estos casos tiene vital importancia no dar por supuesto que si el dolor no es explicable en términos de un proceso periférico, tiene que tratarse de un proceso mental. Lo que estamos observando es que la patología afecta primero al nervio periférico y luego a la médula espinal, para ascender más tarde a niveles superiores. Es evidente que esto provoca reacciones mentales, con tendencia a la depresión y la frustración.

Las raíces nerviosas pueden ser lesionadas por neoplasia, infecciones, intoxicaciones, intervenciones quirúrgicas o traumatismos, tal el caso de la aracnoiditis. Existen asimismo algunas enfermedades, por ejemplo, el herpes zoster seguido de neuralgia post-herpética, en las que el proceso patológico se centra en las células ganglionares de las raíces dorsales de la médula. Esto lleva consigo la destrucción de las fibras tanto en el nervio periférico como en la raíz dorsal, lo que supone una lesión mixta periférica y central. Como las fibras aferentes están muertas el dolor tiene que ser de origen central, por aumento de la excitabilidad de las neuronas medulares. El dolor del desgarramiento del plexo braquial, con arrancamiento de las raíces de la médula, es continuo, extremo, que no cede con narcóticos, acompañado de parálisis y anestesia del miembro afectado.

Cuando los impulsos nerviosos llegan en el

dolor agudo a la médula espinal, las primeras células alcanzadas están sujetas a mecanismos inhibidores de dos órdenes. Una de estas inhibiciones proviene de las vías aferentes de bajo umbral que parten de la periferia. De ahí que el dolor se alivie con la fricción, el masaje, el enfriamiento y los estímulos nerviosos transcutáneos. El segundo tipo de inhibición tiene su origen en el cerebro, que envía impulsos inhibidores a lo largo de la médula espinal para determinar si los impulsos dolorosos deben o no penetrar en el sistema nervioso central. En otros términos, el que un impulso nociceptivo que llega a la médula sea percibido o no como dolor depende de lo que está sucediendo en la periferia, por un parte, y en el cerebro, por otra.

En la neuralgia del trigémino<sup>(27)</sup> ocurren crisis muy breves de dolor lancinante en el área de distribución de la porción sensitiva del nervio en un lado de la cara. Los episodios pueden ser de carácter aislado o en brotes. Es típico que las crisis sean desencadenadas por un contacto o por el afeitado, una corriente de aire frío o el mero hecho de hablar o masticar. Clínicamente es difícil encontrar la causa en pacientes ancianos, pero en sujetos jóvenes y maduros, tiene particular importancia buscarla en el tronco cerebral o cerca del origen del nervio en la protuberancia. Entre los factores etiológicos se cuentan las dilataciones o asas vasculares de arterias o venas, las placas de esclerosis múltiple, los tumores y las anomalías óseas. El dolor agudo o crónico postherpético<sup>(28)</sup>, ocurre en la región de la erupción cutánea, que interesa exactamente el curso de la raíz nerviosa afectada, por tanto si es intercostal no cruza la línea media corporal anterior ni posteriormente. Es un dolor fulgurante (escuece), con descargas de pinchazos, que cursa con alteraciones de la sensibilidad táctil.

El dolor por traumatismo medular es sordo, continuo, con paroxismos angustiosos, correspondiendo a la región anestesiada, puede acompañarse de contracturas espasmódicas de los músculos interesados por debajo de la lesión. El dolor por desgarramiento del plexo braquial

y menos frecuentemente del plexo lumbar, es similar al del traumatismo medular y al dolor del miembro fantasma (amputación total o parcial).

Habitualmente, en caso de dolor superficial, la causa es obvia y no suele ofrecer dudas diagnósticas, una herida de tejido cutáneo o músculo- esquelético, una odontalgia, etcétera. Para valorar un dolor profundo o visceral, el clínico se basa en un conjunto de características semiológicas del dolor (vide supra), si el grupo de atributos está presente el diagnóstico se facilita; el problema surge cuando faltan en parte o son atípicos. La agrupación sindrómica ha sido de gran utilidad en la práctica clínica, así como en la valoración anatómico- funcional del dolor. Hay muchos aspectos semiológicos sutiles que solo se adquieren con la experiencia, resultado de la observación cuidadosa de muchos enfermos <sup>(29)</sup>. El examen físico y los exámenes complementarios resultan útiles para determinar su origen, pero el análisis semiológico del síntoma es el elemento

diagnóstico más importante. Se han ideado una amplia variedad de escalas numéricas o cualitativas de valoración del dolor para niños y adultos, que facilitan el seguimiento del paciente y su involucramiento en el manejo, tratamiento y prevención, mezcla de fármacos tópicos o sistémicos, procedimientos como bloqueos axiales o regionales, terapias adyuvantes como acupuntura, homeopatía, hipnosis, digito o masaje- terapia, medicina física y rehabilitación, psicoterapia y educación preventiva con estrategias para el manejo del dolor, los medicamentos y procedimientos.

**Dolor Agudo:** El dolor agudo no es un diagnóstico, sino un síntoma. Su causa con frecuencia es obvia, e.g., postquirúrgico o postrauma. Algunas veces, sin embargo, la etiología exacta subyacente no está clara y se hace necesario establecer un plan diagnóstico. Todo comienza con una buena entrevista y examen clínico minucioso, cubriendo la historia de la enfermedad actual, medicamentos usados, alergias a fármacos, antecedentes

#### Herramienta de Asistencia para Determinar el Tipo de Dolor <sup>(30)</sup>

|  | Tipo de Dolor   |  |  |
|--|---|--|--|
|  | Somático Superficial  | Visceral   | Neuropático  |
| <b>Localización Descripción</b>        | Localizado<br>Pinchazo o punzada  | Generalizado<br>Sordo, presión, o punzazo  | Radiado o específico<br>Quemante, o aguijonante,<br>escalofrío, o centellante, o como<br>descarga eléctrica, o lancinante                                    |
| <b>Mecanismo del dolor</b>             | Actividad Fibra A-delta.<br>Localizada en la periferia*   | Actividad Fibra C.<br>Involucrada inervación profunda*   | Actividad dermatomérica ***<br>(periférica), o no-dermatomérica (central)  |
| <b>Ejemplos clínicos</b>               | Laceración o quemadura superficial.<br>Inyecciones. Otitis media.<br>Estomatitis. Abrasión extensa        | Periostio, articulaciones,<br>músculos. Cólico, espasmo muscular**. Anemia falciforme.<br>Apendicitis. Nefrolitiasis | Neuralgia trigeminal.<br>Neuralgia (avulsión, post-traumática). Neuropatía periférica (diabetes, VIH/SIDA).<br>Amputación de miembro.<br>Neuralgia herpética |
| <b>Tratamientos de mejor respuesta</b> | Frío local, estímulo táctil,<br>acetaminofén, AINES, opioides,<br>anestesia local (tópica o infiltración) | AINES, opioides, agentes anestésicos locales via intraespinal  | Anticonvulsivantes,<br>antidepresivos tricíclicos,<br>bloqueo neural   |

\*La mayoría de pacientes post- operados experimentan dolor de fibras A-delta y C y responden mejor a narcóticos por cualquier ruta y AINES. \*\*Los cólicos y los espasmos musculares pueden responder menos a los opioides. Responden mejor a antiespasmódicos, AINES, benzodiazepinas. \*\*\*La distribución segmentaria sigue un patrón por dermatomas, esto traza la vía de sensación a la respectiva raíz nerviosa.

médicos e historia social; la historia de dolor debe especificar su forma de inicio, duración, calidad, carácter, factores que lo provocan o lo mejoran y si es posible, una valoración por el mismo paciente. En el examen físico se debe evaluar la respuesta al dolor (en pacientes con función cognitiva o pre-verbal alterada, estupor o coma), al provocar dolor por presión en algún área en particular y observar su expresión facial. La evaluación del dolor se basa en la asunción de que el autoreporte del paciente es el “indicador más confiable de la existencia e intensidad del dolor”, por ello es que se han diseñado escalas que buscan “cuali/cuantificar” tal atributo semiológico y su evolución en el tiempo. Adicionalmente, las herramientas deben ser aplicables a cualquier persona, independientemente de su edad, etnia, estatus socioeconómico y antecedentes psicológicos o emocionales. Existen escalas dimensionales simples, basadas en el autoreporte, que miden solo la intensidad del dolor; en tanto que las multidimensionales miden, además de la intensidad, la naturaleza y localización y en algunos casos el impacto que el dolor tiene en la actividad y el estado de ánimo. Luego se trata de determinar el mecanismo del dolor (superficial, visceral o neuropático) y se prepara un plan diagnóstico y terapéutico. Identificando el tipo de dolor se puede seleccionar las intervenciones más adecuadas. El clínico debe tener en cuenta que el paciente puede experimentar una combinación de tipos de dolor, una situación muy frecuente en los padecimientos crónicos.

## Bibliografía

1. Kasper D.L., Braunwald E., Fauci A.S., Hauser S.L., Longo D.L., Jameson J.L., and Isselbacher K.J., Eds.: *Harrison's Principles of Internal Medicine: Cardinal Manifestations and Presentation of Diseases*. Section 1. chapter 11: Pain: Pathophysiology and Management. 16th Edition, 2005. [consultado 21 de diciembre de 2006]. Disponible en: <http://books.mcgraw-hill.com/medical/harrisons/index.html>.
2. The Merck Manual of Diagnosis and Therapy. Pain, introduction. Eighteenth Edition, 2006. [consultado 21 de mayo de 2006]. Disponible en: <http://www.merckbooks.com/mmanual/index.html>.
3. Bickley L.S., Hoekelman R.A.: *Bates Propedéutica Médica*. Capítulo 2: Abordaje de los Síntomas. 7a Ed. México, McGraw-Hill Interamericana, 2000.
4. Le Breton D.: *Antropología del Dolor*. Buenos Aires, Seix Barral, 2006.
5. Burke E.: *A Philosophical Inquire into the Origen of our Ideas of the Sublime and Beautiful with Several Other Additions*. 1909. The Harvard Classics, section xviii, 2005, 24:231. [consultado 4 de abril de 2005]. Disponible en: <http://www.bartleby.com/100/276.4.html>.
6. Villarroel J.: *Sistema Neural de Alarma, Dolor Físico, Dolor por Abandono*. Clínica Psiquiátrica Universitaria, Universidad de Chile. [consultado 28 de junio de 2006]. Disponible en: <http://www.medwave.cl/perspectivas/Actaspsiquiatria/mayo2005/1.act>.
7. Castellanos P.: *Buscando raíces a través de la Historia de la Medicina*. Tegucigalpa, Litografía López, 2002.
8. Vallecillo G.: *La Honduras que me duele*. Diario El Heraldo, Tegucigalpa, 17 de febrero de 2004.
9. Livingsgton W.K.: *Pain and Suffering: The Interpretative Background for a Concept of Pain*. 1998. [accesado 15 de mayo de 2006]. Disponible en: <http://www.iasp-pain.org/AM/Template.cfm>.
10. F. T. Vertosick, Jr., *Why We Hurt: The Natural History of Pain (2000)*. The Columbia Encyclopedia, Sixth Ed. [accesado 10 de abril de 2006]. Disponible en: <http://www.bartleby.com/65/pa/pain.html>
11. Escoto J.: *Patria y civilización*. Diario El Heraldo, Tegucigalpa, 20 de enero de 2004.

12. Pacheco R., J.A.: Clínica Semiológica. El Nuevo Enfoque con Elementos de Medicina Basada en Evidencia. I Tomo. Tegucigalpa, Alin Editora, 2004.
13. Surós B., J. y Surós B., A.: Semiología Médica y Técnica Exploratoria. 7a. Ed. Barcelona, Salvat Editores, 1987.
14. Judge R.D. y Zuidema G.D.: Examen Clínico. Bases de la Semiología. 3a. Ed. Buenos Aires, El Ateneo, 1980.
15. Assessment and management of acute pain. Institute for Clinical Systems Improvement (ICSI). Assessment and management of acute pain. Bloomington (MN): ICSI; 2004 Mar. 66 p. [Consultado 8 de septiembre de 2005]. Disponible en: <http://www.clinicalguide.gov>
16. Dolor crónico. Trastornos de la Columna Vertebral, el Hombro y la Pelvis. University of Virginia, Health Systems. [Consultado 8 de septiembre de 2005]. Disponible en: <http://www.healthsystem.virginia.edu/UVAHealth/>
17. Bilbeny N. Medición del dolor en clínica. En Paeile C, Saavedra A (Eds). El Dolor. Aspectos Básicos y Clínicos. Santiago: Mediterráneo, 1990: 87-101.
18. Características del dolor. [Consultado 8 de septiembre de 2005]. Disponible en: <http://www.zonamedica.com.ar/categorias/medicinailustrada/inflamacionydolor.htm>
19. Medicina y Prevención: Nociones Generales sobre el Dolor. [Consultado 8 de septiembre de 2005]. Disponible en: <http://www.medicinayprevencion.com/dolor/dolor.htm>
20. Gibbons RJ, Abrams J, Chatterjee K, et al.: ACC/AHA 2002 guideline update for the management of patients with chronic stable angina--summary article: a report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on practice guidelines (Committee on the Management of Patients With Chronic Stable Angina). *J Am Coll Cardiol.* 2003; 41(1): 159-68.
21. Angina estable. Enciclopedia Médica en Español. [Consultado 8 de septiembre de 2005]. Disponible en: <http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/000198.htm>
22. Internacional Coalition for Neuropathic Pain/ Federación Latinoamericana de Asociaciones para el Dolor: Dolor Neuropático. [Consultado 28 de abril de 2006]. Disponible en: <http://www.dolorneuropatico.com/index.asp?fuseaction=home.main>
23. Ceraso O.: El anestesiólogo ante la problemática del paciente con dolor incoercible. *Rev Col Anest.* 1979, 7(4):8-12
24. Institut Ferrán de Reumatología: Síndrome de Dolor Regional Complejo (SDRC), Distrofia Simpático Refleja. [accesado 30 de abril de 2006]. Disponible en: <http://www.institutferran.org/dsr.htm>
25. Britt R.R.: Chronic Pain Shrinks People's Brain. *Livescience.* [accesado 22 de julio de 2006]. Disponible en: <http://www.livescience.com/humanbiology.htm>
26. Laboratorio de Neurobiología: memoria del dolor. *Bioplanet*, 2003. [accesado 22 de junio de 2006]. Disponible en: [http://www.bioplanet.net/magazine/bio\\_julago\\_2003/genetica1.htm](http://www.bioplanet.net/magazine/bio_julago_2003/genetica1.htm)
27. Sales Llopis, J. y Botella A., C.: Neuralgia del Trigémino. [accesado 12 de julio de 2006]. Disponible en: <http://www.neurocirugia.com/diagnostico/neuralgiatrigemino.htm>
28. Silva V, S. y Salomone B., C.: Herpes zoster y Neuralgia Postherpética. *Rev Chilena Dermatol* 2003; 2(1):38-46 (versión electrónica). [accesado 02 de mayo de 2006]. Disponible en: [http://www.sochiderm.cl/admin/upload/files/1162005211\\_38.pdf](http://www.sochiderm.cl/admin/upload/files/1162005211_38.pdf)
29. Moynihan T.: Cancer Pain: Relief is possible. Mayo Foundation for Medical Education and Research. Oct. 30, 2006. [accesado 10 de agosto de 2006]. Disponible en: <http://www.Mayoclinic.com>
30. Web del Dolor de Oxford: Clasificación del dolor. [accesado 05 de julio de 2006]. Disponible en: <http://www.infodoctor.org/dolor/>

*Artículo de revisión***Una nueva iniciativa en la Atención al lactante**

\* Doris Maribel Rivera Medina, \*\* Myrna Vásquez de Cruz

**Resumen**

El interés del presente trabajo, se centra en evaluar el impacto de la ejecución del modelo de atención integral ambulatoria de asistencia personalizada y/o grupal brindada a niños menores de 2 años y sus padres y encontrar la relación existente entre dichas atenciones y el crecimiento y desarrollo de niños participantes.

El estudio cuali cuantitativo, de tipo descriptivo; que recabó la información a través de 2 instrumentos, uno para la revisión de expedientes y una encuesta de opinión para madres; el análisis estadístico incluyó estadísticas descriptivas: medidas de tendencia central y de dispersión, estadísticas inferenciales: de correlación, kruskal Wallis.

La ejecución del modelo inició el 25 de Agosto del 2003 y se denomina **Servicio de Atención Integral al Lactante (SAIL)**, integrado por un equipo multidisciplinario que ofrece cuidados holísticos de crecimiento y desarrollo, estimulación temprana, valoración nutricional, consejería, educación en salud, aplicación de vacunas, atención por morbilidad e inhaloterapia, beneficiando a **4,645** niños de Tegucigalpa.

Los **resultados** revelan significancia entre atención brindada y grado de satisfacción de las madres ( $p < .005$ ). En general hay trato gentil, amable de parte del personal; los servicios de estimulación temprana brindada por enfermeras les satisface porque no se los ofrecen en ningún otro lugar, les ayudan a conocer como crecen

sus hijos y realizar actividades con ellos para hacerlos mas aventajados. La consulta por pediatras es otra área de su preferencia refieren es completa, personalizada, los evalúan bien y les dan orientaciones precisas. Los resultados se ven en sus hijos ya que son mas listos a como fueron sus otros hijos que no fueron estimulados, son más exploradores, tienen mas habilidades y destrezas según lo muestra la valoración del desarrollo normal en el 99% de los niños. Finalmente se encontró significancia entre las acciones de la madre para estimular a sus hijos y el efecto de las puntuaciones en las diferentes áreas del desarrollo con Denver II, a mayor estimulación mayores tareas alcanzadas por los niños ( $p < .05$ ).

**Palabras claves:** Modelo, crecimiento y desarrollo, estimulación temprana, cuidado integral, criterios de calidad de la atención.

**Introducción**

La evaluación de la estrategia denominada Servicio de Atención Integral al Lactante (SAIL), que pertenece a la Organización para el Desarrollo y la Investigación en Honduras (ODISH) se hace necesaria después de tres años de ejecución del mismo.

Este estudio trata de describir el quehacer diario y los efectos producidos en los lactantes que se benefician del SAIL; determinando factores influyentes en el proceso de atención en

\* Infectóloga Pediatra, Investigadora Principal ODISH (Organización para el Desarrollo y la Investigación-Salud en Honduras) Infectóloga Pediatra IHSS, Tegucigalpa, Honduras.

\*\* Licenciada en Enfermería Master en Pediatría, Sub investigadora ODISH, Coordinadora del Post Grado de Enfermería UNAH. Tegucigalpa, Honduras.

salud, mediante la descripción de los servicios ofertados, señalándose asimismo la interrelación entre el tipo de atenciones brindadas y aspectos como escolaridad, profesión u oficio de madres de lactantes, causas de consulta por morbilidad, coberturas alcanzadas, opinión de la población en cuanto a calidad de atención, visualizando así el papel desempeñado por los trabajadores de salud, especialmente del personal de enfermería y concluyendo con la identificación de la problemática social, biológica, de morbilidad de sujetos incluidos en el estudio.

Se describe el perfil de atención a usuarios de SAIL de la población menor de un año y los efectos de los servicios de atención brindados a los beneficiarios durante el tiempo que dura el estudio, asimismo la problemática de salud, así como el desarrollo del proyecto que ha sido visualizado por la población beneficiada.

Aunque el marco de discurso son los cuidados enfermeros, estos se dan en un contexto multidisciplinar con el objeto de resolver las necesidades y requerimientos de la población.

Esta situación produce cierto sentimiento de satisfacción, y poder observar como se han ido desarrollando y cambiando las ideas, los conocimientos, las experiencias y las expectativas de la enfermería en el campo de la calidad.<sup>1</sup>

Entre el 25 agosto de 2003 y el 31 de octubre 2005 se desarrolló el estudio “Estudio fase III, de vacuna rotavirus humano vivo atenuado (RVH) y posteriormente se desarrolló un segundo estudio clínico con la misma vacuna.

El grupo de investigadores aprovecha la oportunidad de dichos estudios y crea una estrategia de atención integral a fin de atender las demandas en salud de los padres y lactantes que se denominó “Servicio de Atención Integral al Lactante” (SAIL).

El SAIL inició su función con el nombre de CAIL (Centro de Atención Integral al Lactante), como estrategia de Honduras para la implementación del estudio de investigación Rotavirus Fase III, para brindar atención holística al lactante sano.

Posteriormente, se vio la necesidad de organizarse legalmente y es así como nace la Organización No Gubernamental (ONG) llamada ODISH (Organización para el Desarrollo y la Investigación Salud en Honduras), de la cual depende el CAIL, pasando de Centro a Servicio, por lo que sus siglas se transforman en SAIL (Servicio de Atención Integral al Lactante Sano), cuya personería jurídica fue obtenida en enero de 2004.

SAIL es un modelo de atención diferenciada, holística gratuito integrado por un equipo multidisciplinario de Pediatras, Enfermeras Especialistas en pediatría, Licenciadas en Enfermería, Auxiliares de Enfermería y Trabajadores Sociales.

Este modelo ofrece los servicios tales como:

- **Valoración de crecimiento y desarrollo:** Valoración física y valoración del desarrollo según las áreas personal social, lenguaje, motor grueso y fino a través del Test de Denver II.
- **Consulta médica pediátrica.**
- **Estimulación temprana específica** según áreas antes mencionadas y estimulación de sentidos.
- **Valoración nutricional:** fomento de la lactancia materna, técnicas de amamantamiento, inicio de ablactación, evaluación del crecimiento y desarrollo, preparación de menús para que los niños / niñas empiecen a llevar una dieta normal.<sup>4</sup>
- **Educación en salud:** charlas educativas grupales en el campo de promoción, prevención e higiene de la salud.

- **Apoyo al núcleo familiar:** Relaciones intrafamiliares, educar con amor, consejería según detección de problemas o demandas de atención.
- **Vacunaciones:** aplicación de vacunas según esquema del PAI y
- **Nebulizaciones.**



El modelo se desarrolla en dos ámbitos de promoción de salud: **individual y familiar**.

#### a) Nivel Individual

Desarrolla habilidades, conductas, actitudes hacia el autocuidado y cuidado dependiente y generación de estilos de vida saludable.

#### b) Nivel familiar

Fortalece el rol formador y socializador de la familia en relación a procesos vinculados con la salud tales como: desarrollo psicosocial armónico, potenciación de habilidades, generación de hábitos y modelaje de conductas saludables.<sup>2</sup>

Los componentes estratégicos generales de la promoción de la salud que se incorporan y han demostrado mayor eficacia y utilidad son:

#### 1) Comunicación Social.

Educación en el más amplio sentido del término

#### 2) Trabajo Intersectorial

Participación Social y Comunitaria.  
Entornos saludables (hogares, municipios, escuelas).

Las estrategias de intervención del SAIL incluyen:

A. Aplicación de los conceptos de **Crecimiento y Desarrollo:** Mejorar las condiciones de salud de los lactantes, por medio del estudio sistemático del proceso de crecimiento y desarrollo.

B. Aplicación de los conceptos de **Salud Integral:** Organizar programas de atención del lactante considerando su triple dimensión biopsicosocial, para lo cual es indispensable el trabajo multidisciplinario, transdisciplinario e intersectorial. Se requiere de la estructuración de una red de servicios que facilite la entrada al primer nivel y la referencia expedita a los niveles más complejos cuando proceda. Ello implica la coordinación de actividades en que el equipo tenga los mecanismos para llegar a la comunidad en que los lactantes se encuentran, y un esfuerzo sostenido en actividades de promoción y prevención. Entre los mecanismos de promoción de la salud, bienestar y desarrollo, es de gran importancia la promoción de estilos de vida saludables, el logro progresivo de la capacidad de autocuidado y la actuación sobre los ambientes en donde permanece el lactante, para hacerlos más saludables.<sup>3</sup>

C. Aplicar **Enfoques Integradores:** los problemas de salud del lactante se interrelacionan y los factores de riesgo se concentran en subgrupos más vulnerables, por lo que debe ofrecerse una atención integral más que segmentada o subespecializada, lo que conduce a ventajas en cuanto al rendimiento de las acciones, pues una intervención puede tener efectos en más de un problema (“abanico”).

D. Aplicar un **Enfoque Participativo:** Algunos ejemplos del aporte de los padres en programas y servicios son la identificación de necesidades y determinación de objetivos. La familia es un eje central en el

desarrollo del lactante, pudiendo ser una fuente protectora o de riesgo para ellos. Una familia protectora se destaca por ser estable, con padres sentimentalmente conectados a sus hijos, dispuestos a saber lo que pasa en sus vidas y a entregar valores en forma explícita e implícita. <sup>4</sup>

Para contribuir al logro de la salud integral, los servicios de salud para lactantes deben reunir los siguientes requisitos:

- Acceso universal con cobertura efectiva
- Calidad técnica suficiente
- Continuidad
- Nivel primario integrado a los niveles secundario y terciario
- Participación de los padres/madres o tutores
- Énfasis en promoción y prevención
- Equipo multidisciplinario, entrenado, comprensivo y comprometido
- Credibilidad
- Privacidad y confidencialidad
- Organización funcional: disminución de barreras, horarios adecuados
- Profesional responsable en forma individual
- Normas técnicas y administrativas facilitadoras
- Identidad
- Penetración en la comunidad
- Coordinación intersectorial.<sup>5</sup>

#### Características deseables:

1. El personal que atiende los niños debe ser gente respetuosa, comprometida y confiable, que haya tenido capacitación en habilidades para el diseño, implementación, supervisión y evaluación de programas, además de saber otorgar oportunidades de crecimiento y desarrollo personal.
2. La atención de primer nivel del lactante, sólo necesita del equipamiento regular de un centro de salud ambulatorio. Lo que lo hace diferente y contribuye a su aceptación por parte de los padres, es su debida

identificación como programa o servicio para lactantes que se ofrece en un horario exclusivo y flexible a cargo de profesionales, también debidamente identificados.

#### Características de Programas Exitosos

A continuación se describen algunas de las características, para las cuales existe consenso, que contribuyen al éxito de un programa o servicio:

- Identificación e intervención precoz de los lactantes y sus familias.
- Atención individual: un adulto, no necesariamente del equipo de salud se preocupa de las necesidades específicas de cada lactante.
- Ir hasta donde está el niño con el compromiso de ver al lactante en su contexto familiar y el resto de su entorno, en donde vive y crece.

#### Calidad de atención en los servicios de salud

La calidad es un proceso sistémico, permanente y de mejoramiento continuo, que involucra a toda la organización en la búsqueda y aplicación de formas de trabajo creativas e innovadoras, de alto valor agregado, que superen las necesidades y expectativas del cliente y la comunidad en la cobertura, entrega e impacto de los servicios de salud.<sup>6</sup>

***La calidad total incluye “hacer las cosas bien desde la primera vez”; para exigir más de los productos y de su presentación, de los servicios, de los tiempos de espera, de la atención personal y profesional, entre otros factores.*** <sup>7</sup>

La calidad de atención en salud es, sin lugar a dudas, una de las mayores preocupaciones de quienes tienen la responsabilidad de la prestación de los servicios de salud a la población y una necesidad sentida de quienes requieren de estos servicios. <sup>8,9</sup>

Dentro de los enfoques para el mejoramiento de la calidad se encuentran:

- La resolución rápida de problemas
- La resolución de problemas basada en equipos.<sup>10</sup>

Todos los enfoques para el mejoramiento de la calidad comparten cuatro pasos comunes:

- 1) Identificar la oportunidad de mejoramiento
- 2) Analizar el área de mejoramiento
- 3) Desarrollar posibles intervenciones
- 4) Implementar las intervenciones

La Calidad de la atención debe ubicarse dentro del marco de un sistema de salud, que acepta o incorpora los criterios de calidad, que son: Competencia profesional, relaciones interpersonales, eficiencia, eficacia, acceso a los servicios, comodidades, seguridad e imagen institucional.<sup>11,12</sup>

La calidad de la atención es específicamente una manifestación de la combinación de estos criterios, ninguno de ellos tiene comportamientos independientes; aun cuando la equidad depende de factores propios de la prestación del servicio médico y de la distribución de los recursos que se traducen en beneficios individuales o sociales. “El punto que ha de subrayarse es que la fortaleza o debilidad de cualesquiera de estos criterios fortalece o debilita a los restantes”.<sup>12</sup>

La eficiencia guarda relación con la aplicación en condiciones ideales de tecnología, pero eficiencia está asociada con la gestación de los sistemas de salud.

En este estudio interesó conocer quienes fueron nuestra población, cuál fue el grado de satisfacción de los usuarios por los servicios prestados, cuáles eran los beneficios para los niños y que criterios de calidad cumplían. El **objetivo general** fue evaluar la calidad

de atención de los servicios brindados y el impacto en el desarrollo psicomotor de los lactantes asistentes a la Clínica ODISH/SAIL. Los **objetivos específicos** planteados fueron:

- Caracterizar la población beneficiada de la Clínica SAIL.
- Describir el modelo de atención del servicio integral al lactante (SAIL).
- Determinar la calidad de atención que se brinda en los servicios de ODISH/SAIL considerando los elementos de crecimiento, desarrollo y salud integral.
- Determinar la relación entre la estimulación temprana recibida con el crecimiento y desarrollo de los niños.
- Valorar el grado de satisfacción de madre/padre/tutor por servicios brindados.

## Metodología

Tipo de Estudio: El estudio es cuali cuantitativo descriptivo.

La ejecución del modelo inició el 25 de agosto de 2003 y se denomina **Servicio de Atención Integral al Lactante (SAIL)**.

El universo lo constituyó 4,645 niños atendidos por la ODISH/SAIL ubicado en Tegucigalpa, Honduras. La muestra la constituyó 450 niños y sus madres para la parte cuantitativa y 282 para la parte cualitativa.

Para la evaluación del SAIL se contempló algunos resultados de encuestas de satisfacción en un periodo de 24 meses para el primer estudio y un periodo de 10 meses para el segundo estudio.

También se realizaron visitas y contactos telefónicos brindando la atención requerida que incluyó: anamnesis y examen físico, control del crecimiento y desarrollo, estimulación temprana, vacunación, valoración nutricional, educación en salud, consejería y vigilancia de patologías que el niño presentó.

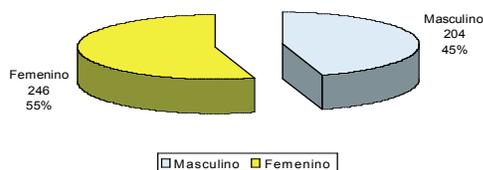
Se utilizó para registrar los datos del expediente de los niños, el Registro Electrónico de Datos Individual (RDE por sus siglas en inglés).

## Resultados

Los datos se presentan de la siguiente manera: resumen de visitas realizadas, datos sociodemográficos de niños y padres, datos sobre criterios de la calidad de atención brindada considerando los elementos de crecimiento, desarrollo y salud integral, relación entre la estimulación temprana recibida con el crecimiento y desarrollo de los niños y grado de satisfacción de madre/padre/tutor por servicios brindados, vigilancia de patologías presentadas por los niños/as, seguimiento de inasistentes, dificultades y facilidades para la conducción del estudio; desde las actividades de pre-estudio el 23 de agosto de 2005 hasta el final del estudio el 27 de octubre de 2006.

### Visitas realizadas

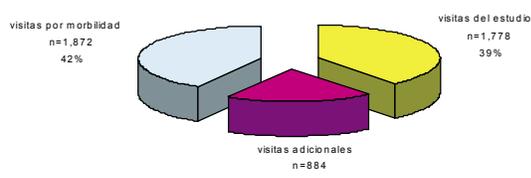
**Grafica 1.**  
**Distribución de participantes según sexo**  
Fuente: Base de datos de ODISH/SAIL 2005, N= 450



Fuente: Base de datos de ODISH/SAIL 2005-2006, N=450

El 55% de los participantes fueron niñas y el 45% fueron niños.

**Grafica No 2**  
**Tipo de visitas realizadas durante el periodo del estudio**



Fuente: Base de datos de ODISH/SAIL 2005-2006, N=450

Las visitas del estudio fueron todas aquellas visitas programadas donde los paciente fueron citados para que asistieran, éstas fueron programadas cada dos meses a partir de los dos meses de edad de los niños y constituyeron el 39% de todas las visitas; el 42% de las visitas fueron consultas por morbilidad para quienes presentaron patologías diversas, y un 19% fueron aquellas visitas que no clasificaron en ninguna de las anteriores pero que fueron programadas por ODISH a fin de dar continuidad a los niños, en ellas se les ofreció valoración del desarrollo y estimulación temprana.

**Tabla No 1.**  
**Distribución de vacunas del Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI) aplicadas. Periodo del 23 de agosto de 2005 al 18 de octubre de 2006**

| Vacuna       | Número de dosis |
|--------------|-----------------|
| BCG          | 8               |
| Sabin        | 2,033           |
| Pentavalente | 1,933           |
| SRP          | 201             |
| Total        | 4,175           |

Fuente: VAC 1 ODISH/SAIL. 2005-2006

Se aplicaron 4,175 vacunas según esquema del PAI a todos los niños del programa y a todo aquel que lo demandó.

### Beneficios adicionales

Como beneficio adicional en las visitas del estudio realizadas, se brinda atención integral a los niños mediante otros servicios, como valoración del crecimiento y desarrollo, estimulación temprana, nebulizaciones, valoración nutricional, consejerías y charlas educativas para promover la salud y prevenir enfermedades, estas actividades fueron desarrolladas en su mayoría por enfermeras especialistas y licenciadas en enfermería. La atención de morbilidad y control del crecimiento atendida por médicos pediatras fue

incrementándose en la medida que los niños enfermaban.

**Tabla No2**  
**Distribución de atenciones según servicio adicional brindado. Período de noviembre de 2005 al 27 de octubre de 2006**

| Servicio                  | No atenciones |
|---------------------------|---------------|
| Pre-clínica               | 4,403         |
| Consulta por morbilidad   | 1,872         |
| Estimulación temprana     | 2,531         |
| Valoración del desarrollo | 1,089         |
| Consejerías               | 653           |
| Nebulizaciones            | 1,924         |
| Charlas educativas        | 487           |
| Total atenciones          | 12,959        |

Fuente: Hojas de Registro de actividades de enfermería ODISH /SAIL 2005/2006

De las 12,959 atenciones brindadas durante el período del segundo estudio, 4,403 corresponden a atenciones en preclínica (peso, talla, perímetro cefálico y temperatura).

Se realizaron 1,089 valoraciones del desarrollo en visitas alternas, de estos ha habido algunos niños con “cautelos” es decir con actividades no logradas a la edad esperada; estos niños son tratados individualmente según su tarea no lograda y evaluados periódicamente hasta que alcanzan realizar la tarea esperada para la edad; no se presentaron niños con retraso del desarrollo.

Las 2,531 sesiones de estimulación temprana consistieron en demostraciones a grupos de madres de como estimular a sus hijos en las diferentes edades, reforzando en aquellos niños en los cuales se detectó alguna actividad aun no alcanzada para la edad; todas las madres adquirieron el compromiso de reproducir las actividades en sus hogares cotidianamente.

Las Nebulizaciones (1,924) constituyeron el segundo servicio más requerido durante el estudio, por problemas de vías respiratorias bajas; ésto es congruente con el hecho de que los problemas respiratorios constituyen la patología más frecuente en los niños de nuestro país. Las 653 consejerías se brindaron por demanda de las mismas, en áreas de lactancia materna, alimentación, cuidados en el hogar, prevención de lesiones, manejo en el hogar de niños con problemas respiratorios, diarreas, dermatitis y violencia doméstica entre otros.

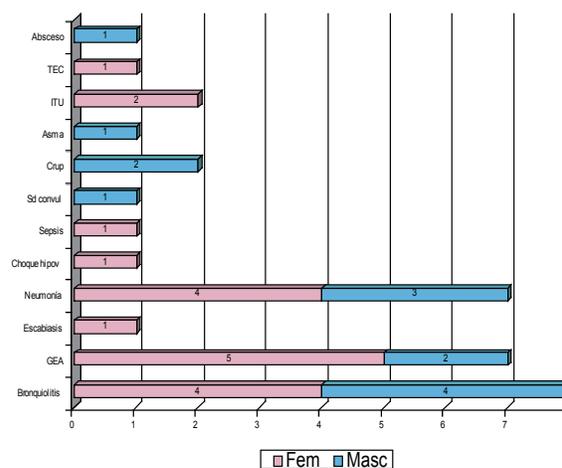
### Vigilancia por morbilidad

La vigilancia sobre la ocurrencia de morbilidad constituye una parte crucial en el desarrollo de la Estrategia SAIL. La vigilancia fue llevada a cabo desde el 7 noviembre del 2005 y finalizando el 27 de octubre de 2006.

Se registró un total de 33 situaciones de morbilidad, en 32 niños, ya que uno de los niños presentó dos problemas de salud.

En la gráfica siguiente se muestran los diagnósticos de los SAEs según sexo, ocurridos durante todo el periodo del estudio.

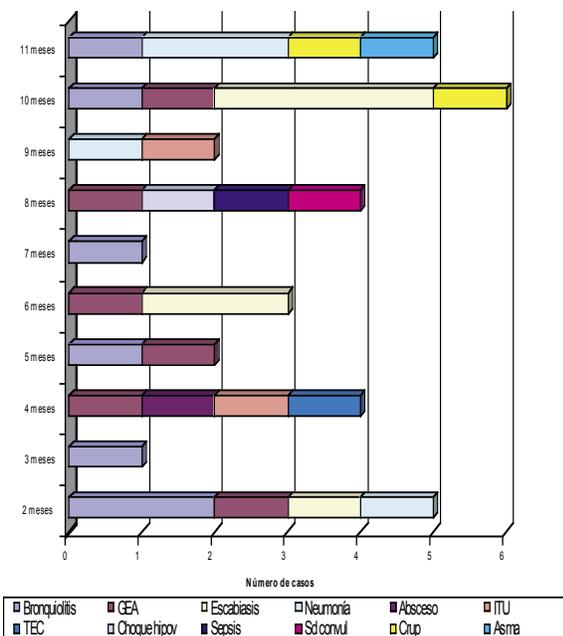
**Gráfica No3**  
**Distribución de eventos adversos serios según diagnóstico y sexo.**



Fuente: Listado de Vigilancia ODISH/ SAIL, N= 450

En la gráfica, se observa que las patologías respiratorias (15) y gastrointestinales (7) son las más frecuentes, esto es congruente y similar a lo que ocurre en el país, en donde los problemas respiratorios y diarreicos son las primeras causas de morbilidad.

**Gráfica No4**  
**Distribución de morbilidad según diagnóstico y edad**



Fuente: Listado de Vigilancia de SAEs ODISH/ SAIL N= 450

**Estrategia de vigilancia**

1. Contactos telefónicos: Cada semana se realizaron contactos telefónicos con cada uno de los padres o tutores de los participantes, a fin de conocer la ocurrencia de algún problema de salud, los que se registraron en el expediente. Se realizaron en total de 20,861 llamadas telefónicas, durante el año que este estudio reporta. Se ofreció además por vía teléfono consejería, evacuación de dudas, consultas medicas, este servicio se ofrecía las 24 horas del día.

2. Visitas de Campo: Si el día programado no se contactaba telefónicamente, a un participante se realizaba una visita domiciliaria al día siguiente. Se realizaron 653 visitas de campo para verificar el estado de salud de cada participante.
3. Vigilancia en los Hospitales: En la tabla siguiente se presentan las visitas diarias realizadas a los hospitales y CLIPERs, realizadas entre el 8 de noviembre del 2005 hasta el 27 octubre de 2006.

**Tabla No. 3**  
**Distribución de la vigilancia según hospital**

| Hospital                     | Visitas      |
|------------------------------|--------------|
| Hospital Escuela             | 628          |
| IHSS                         | 628          |
| Hospital San Felipe          | 245          |
| Instituto Nacional del Tórax | 245          |
| <b>TOTAL</b>                 | <b>1,746</b> |

Fuente: Hoja de Registro diario en Hospitales 2005-2006

**Indicadores de la calidad de la atención brindada**

Los siguientes indicadores corresponden a una muestra de 282 niños que participaron en el SAIL, al momento del análisis los niños oscilaban entre 8 y 10 meses de edad.

**Datos socio-demográficos de niños y madres / padres/ cuidadores principales.**

**De los niños:** El 27.7% de los niños nació en el Hospital Escuela, en el IHSS el 41.1% y en el Hospital San Felipe el 30.5%. El peso promedio al nacer fue de 3.17 Kg con una desviación estándar de 0.47, el peso mas bajo fue de 1.93 Kg y el más alto de 5 Kg.

**Tabla No4**  
**Escolaridad de la madre / padre / cuidador principal**

| Escolaridad              | Frecuencia % |       |
|--------------------------|--------------|-------|
| Ninguna                  | 2            | 0.7   |
| Primaria incompleta      | 13           | 4.6   |
| Primaria completa        | 58           | 20.6  |
| Secundaria incompleta    | 68           | 24.1  |
| Secundaria completa      | 88           | 31.2  |
| Universitaria incompleta | 35           | 12.4  |
| Universitaria completa   | 18           | 6.4   |
| Total                    | 282          | 100.0 |

Fuente: Expediente clínico ODISH/SAIL 2005-06

Dos 2 madres son analfabetas (0.7%) y 13 (4.6%) tienen primaria incompleta, 20.6% tienen primaria completa, 55.3% cursaron secundaria (completa o incompleta).

Esto tiene relación con la ocupación de las madres, en donde el 40.8% son amas de casa, 16.8% se dedican a trabajos como estilistas, dependientas, ventas, cocinera, policía; el 3.2 se dedica a oficios domésticos remunerados.

**Tabla No. 5**  
**Ocupación de la madre / padre /cuidador principal.**

| Ocupación   | FX  | %    |
|---|-----|------|
| Ama de casa   | 115 | 40.8 |
| Estudiante de secundaria                                      | 6   | 2.1  |
| Estudiante de primaria  | 1   | 0.4  |
| Estudiante nivel universitario                                | 9   | 3.2  |
| Obrera /técnica (estilista, dependienta, costurera, cocinera) | 47  | 16.8 |
| Oficios domésticos remunerados                                | 9   | 3.2  |
| Profesional nivel medio (perito, secretaria, maestra)         | 83  | 29.4 |
| Profesional universitario                                     | 10  | 3.5  |
| No consignada   | 2   | 0.7  |
| Total   | 282 | 100  |

Fuente: Expediente clínico ODISH/SAIL 2005-06

La madre sigue siendo la cuidadora principal de sus hijos (69.5%), pero se observa que esa responsabilidad es también compartida con otro familiar como la abuela, el padre, la tía y la empleada doméstica (19.1%). En algunos casos son más de dos personas las que cuidan al niño(a). Esta información es necesaria para brindar orientación no solo a la madre sino a todos los cuidadores principales de los niños.

### Alimentación y ablactación de los niños

El fomento de la lactancia materna exclusiva en los primeros 6 meses es una de las indicaciones que se brindó a las madres y los resultados demuestran que el 92.9% de los niños fueron alimentados con lactancia materna, el 70% continuaba amamantándolos a la edad del corte (entre 8 y 10 meses); un 12.4% fueron alimentados con lactancia materna menos de 4 meses, por las siguientes razones:

- porque tenían que trabajar
- que los niños no se satisfacían
- que ya no producían suficiente leche

En estos casos se les orientó para continuar amamantándolos.

Por otro lado un 7.8% iniciaron otros alimentos antes de los 4 meses y 11% a los 4 meses pese a que se les orienta iniciar los alimentos a los 6 meses y las razones de ello, creemos que las madres siguen tradiciones, costumbres y consejos de terceros.

Un 44.4% de las madres dieron alimentos alergénicos (cítricos, huevos) antes de la edad recomendada y otros alimentos como mariscos, productos empaquetados y con colorantes, un 32% no administró productos alergénicos.

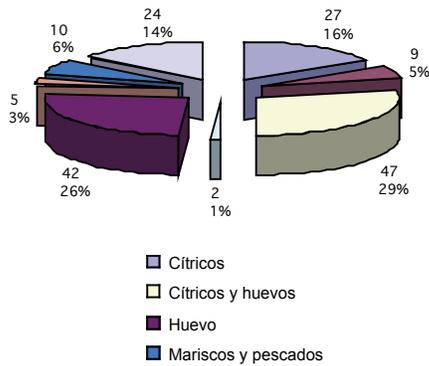
Al aplicar el estadístico de Chi cuadrada de Pearson y correlacionar lactancia materna con el peso/edad, talla/edad, peso/talla en las diferentes edades se encontró significancia estadística entre ambas variables con valores de  $p < 0.000$ , lo que significa que la ganancia o pérdida de peso esta relacionada con el hecho de que si se

alimenta o no con leche materna y los alimentos que se administran en las diferentes edades.

Al correlacionar variables no se encontró relación entre la lactancia materna y el sexo de los niños, ni con el tiempo, ni con el dar alimentos alergénicos. Tampoco se encontró relación significativa entre el sexo de los niños y la tendencia del crecimiento.

Se correlacionaron otras variables como quien cuida al niño y edad en que se inicia la ablactación y no se encontró relación entre dichas variables.

**Gráfica No5**  
Alimentos alergénicos administrados a los niños



Fuente: Expediente clínico ODISH/SAIL 2005-06, N=166

**Tabla No6**  
Edad de inicio de alimentos alergénicos

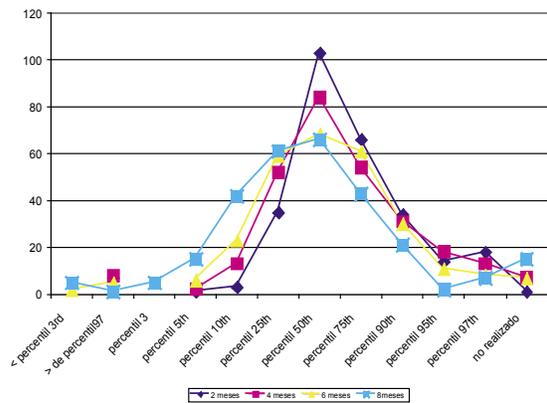
| Edad en meses | Frecuencia | %            |
|---------------|------------|--------------|
| < de 4 meses  | 3          | 1.1          |
| 4-5 meses     | 16         | 5.7          |
| 6 -7 meses    | 142        | 50.4         |
| 8-9 meses     | 20         | 7.1          |
| 10 meses      | 4          | 1.4          |
| No aplica     | 97         | 34.4         |
| <b>Total</b>  | <b>282</b> | <b>100.0</b> |

Fuente: Expediente clínico ODISH/SAIL 2005-06

**Crecimiento y desarrollo de los niños de ODISH/SAIL**

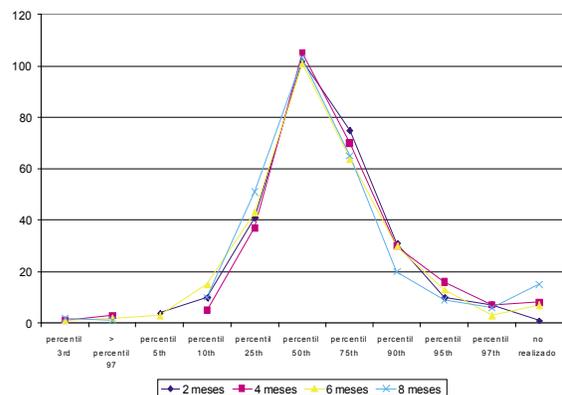
El control de la tendencia del crecimiento y desarrollo se llevó a cabo utilizando las tablas internacionales de Nacional Center for Health Statistics (NCHS) para el control del crecimiento y Denver II para el control del desarrollo de los niños, en donde se valora la tendencia que sigue el niño comparado con otros niños de la misma edad y sexo. Ambas (tabla NCHS y test Denver II) desarrolladas en USA y validadas a nivel internacional. Se aplicó el proceso de atención de enfermería, mismo que se encuentra inserto en el expediente del niño participante.

**Gráfica No6**  
Tendencia de la relación peso / edad en niños y niñas



Fuente: Expediente clínico ODISH/SAIL 2005-06

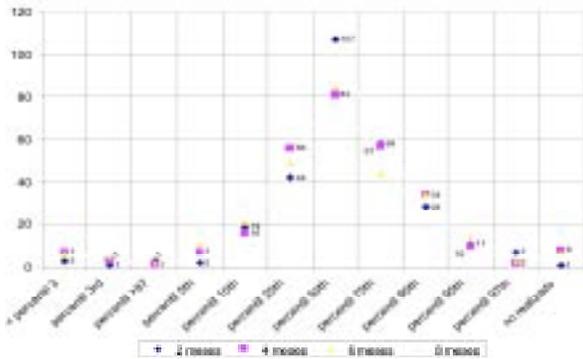
**Gráfica No7**  
Tendencia de la relación talla / edad en niños y niñas



Fuente: Expediente clínico ODISH/SAIL 2005-06

**Gráfica No8**

**Tendencia de la relación peso / talla en niños y niñas**

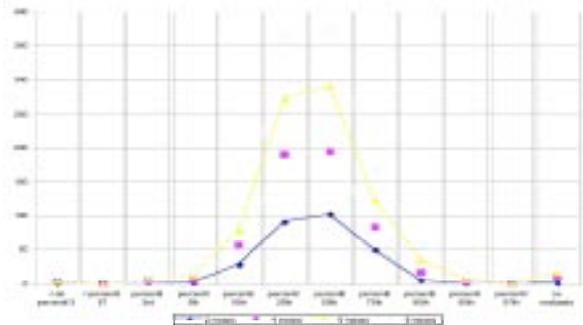


Fuente: Expediente clínico ODISH/SAIL 2005-06

Los gráficos anteriores de distribución de Gauss de la tendencia de peso/edad, Talla/edad y peso/talla muestran cómo se distribuyeron las medias (X) que fueron similares, y diferentes desviaciones estándar (DE). La mayoría de los niños se mantuvieron dentro de los percentiles 25 y 95, que es considerado dentro de parámetros normales. Pero hay algunos niños que se encontraron en los percentiles menores de 3 que indica desnutrición a los 6 y 8 meses de edad que es cuando iniciaron la ablactación y otro grupo que tenía sobre peso en los percentiles mayores a 95.

**Gráfica No 9**

**Tendencia de la Circunferencia cefálica en niños y niñas**



Fuente: Expediente clínico ODISH/SAIL 2005-06

La circunferencia cefálica en las diferentes edades, se mantuvo entre el percentil 25 y 50 y

75, pero hubo casos, en los percentiles menores de 5 y mayores de 90 a los 8 meses de edad, que pueden indicar microcefalia o hidrocefalia. Estos casos fueron remitidos a otro centro asistencial para otros estudios, diagnóstico y tratamiento.

**Tabla No 7**

**Frecuencia de la asistencia a ODISH/SAIL por morbilidad**

| # veces que asistieron a la clínica | Frecuencia | Porcentaje |
|-------------------------------------|------------|------------|
| 0                                   | 10         | 3.5        |
| 1                                   | 29         | 10.3       |
| 2                                   | 56         | 19.9       |
| 3                                   | 41         | 14.5       |
| 4                                   | 35         | 12.4       |
| 5                                   | 31         | 11.0       |
| 6                                   | 24         | 8.5        |
| 7                                   | 16         | 5.7        |
| 8                                   | 17         | 6.0        |
| 9                                   | 7          | 2.5        |
| 10 – 18                             | 15         | 6.0        |

Fuente: Expediente clínico ODISH/SAIL 2005-06

**Valoración del desarrollo de los niños**

El desarrollo es evaluado con el Test de Denver II que evalúa 4 áreas (motor grueso, fino, lenguaje y personal social) consiste en comparar 125 tareas que la mayoría de los niños desarrollan entre 0 y 6 años de edad. Los resultados muestran que el 99% de los niños tuvieron su desarrollo normal en las diferentes áreas del desarrollo. Pero 3 niños (1%) no realizaron las tareas según su edad, en estos casos los padres fueron orientados de manera individual para estimular a los niños al logro de las habilidades no alcanzadas a través de actividades que ellos se comprometían realizar en su hogar diariamente y citados para evaluación periódica hasta que alcanzaron el nivel esperado para la edad.

Se preguntó al inicio del programa a las madres (cuando los niños tenían 2 meses) sobre el conocimiento que tenían sobre estimulación temprana, y se encontró que el 91% de las madres conocían entre poco y nada sobre como estimular a sus hijos. Al aplicar estadísticos se encontró relación (Chi cuadrada de Pearson) entre conocimientos previos sobre estimulación y el desarrollo con  $p < 0.000$ , lo que significa que las madres al conocer sobre estimulación se comprometieron y realizaron los ejercicios con sus hijos y se reflejo en el desarrollo normal de los niños.

Se encontró significancia entre las acciones de la madre para estimular a sus hijos y el efecto de las puntuaciones en las diferentes áreas del desarrollo con Denver II, a mayor estimulación mayores tareas alcanzadas por los niños ( $p < .05$ ). Los niños más aventajados fueron aquellos en que sus madres realizaban frecuentemente los ejercicios.

**Tabla No 8**  
Relación entre valoración del desarrollo a los 2 meses del niño(a) y conocimientos de las madres sobre estimulación temprana

| Conocimiento previo sobre estimulación | Valoración del desarrollo 2 meses |              |              |
|--|-----------------------------------|--------------|--------------|
|  | Normal                            | No realizado | Total        |
| Mucho                                  | 20<br>(7%)                        | 0            | 20<br>(7%)   |
| Nada                                   | 73<br>(25%)                       | 0            | 73<br>(25%)  |
| No consignado                          | 1<br>(1%)                         | 1<br>(1%)    | 2<br>(2%)    |
| Poco                                   | 186<br>(65%)                      | 1<br>(1%)    | 187<br>(66%) |
| Total                                  | 280                               | 2            | 282          |

Fuente: Expediente clínico ODISH/SAIL 2005-06

**Tabla No 9**  
Distribución de las causas más frecuentes de consulta por morbilidad

| Causa de consulta      | # de niños |
|------------------------|------------|
| IRAS altas             | 59         |
| IRAS y diarreas        | 45         |
| Dermatitis y GE        | 33         |
| IRAS bajas             | 25         |
| Alergias respiratorias | 36         |
| IRAS y dermatitis      | 15         |
| Gastroenteritis (GE)   | 10         |
|                        | 219        |

Fuente: Expediente clínico ODISH/SAIL 2005-06

Las infecciones respiratorias de vías respiratorias altas como bajas constituyen la principal causa de consulta. Son frecuentes las consultas por varios problemas a la vez.

### Grado de satisfacción de los usuarios por el servicio prestado.

Se midieron algunos criterios de Calidad como la opinión de los usuarios en relación a competencia profesional, relaciones interpersonales, eficiencia, eficacia, acceso a los servicios. Los comentarios fueron los siguientes.

**Competencia profesional** al referirse al nivel de conocimientos, habilidades, destrezas, capacidad y desempeño actual de los trabajadores dijeron “saben lo que hacen y lo hacen bien, que nos permite sentirnos confiadas”.

**Eficacia:** Se cuenta con manuales de funciones y procedimientos que orientan el trabajo de todo el equipo de salud, evita pérdida de tiempo, se cuenta con equipo y material apropiado.

**Acceso a los servicios:** Para participar en el programa se establecieron algunos criterios de selección como la edad, vivir en Tegucigalpa, No

fuerestringido por barreras económicas, sociales, culturales, organizacionales o lingüísticas. Una vez en el programa se procuraba una rápida atención y completa.

**Oportunidad de la atención:** “nos consideramos privilegiadas por tener la oportunidad de que nuestros hijos pertenezcan al programa y recibir una atención diferenciada que no se brinda en ningún otro servicio de salud ni a nivel privado ni público”.

**Comodidades:** Estar en un ambiente cómodo aumenta la satisfacción del cliente y su deseo de volver al establecimiento para recibir atención en el futuro, refieren algunas de las madres “me siento muy contenta y cómoda trayendo a mi hijo acá”, “me gusta porque pese a que los niños son pequeños se respeta, no se desnudan totalmente solo las partes a examinar”. “Se cuenta con salas muy bonitas, muy limpias, sillas cómodas, hasta nos ofrecen refresco o café mientras esperamos”.

**Manejo individualizado contactos telefónicos:** Al principio me pareció extraño cuando me llamaban por teléfono, no estaba acostumbrada a eso, luego esperaba la llamada para hacer consultas sobre mi niña” “me siento satisfecha porque se atienden las necesidades de mi hijo e incluso necesidades de la familia, cuando venimos o cuando llamamos por teléfono”.

**Trato humanizado:** refieren que “todo el personal desde el que nos recibe en la puerta, la enfermera, el médico nos tratan muy finamente, son muy amables y nos dan confianza y nos explican todo muy clarito”.

**Eficiencia:** Se brinda atención personalizada según la demanda de los usuarios “en la entrada nos preguntan como está el niño para programar el recorrido a seguir”, “el personal de SAIL nos apoyan a encontrar salida a nuestros problemas y no sólo los de salud”, “el personal sabe lo que hace y nos dan confianza”.

**Las áreas que más les gusta:** Las madres manifestaron que para ellas “es novedosa la sala de estimulación, es la primera vez que conozco sobre esto y me gusta mucho porque me enseñan para que yo le haga ejercicios a mis niños y me preguntan cada cuanto lo voy hacer”

En resumen nos gusta estimulación porque no se los ofrecen en ningún otro lugar, les ayuda a conocer como crecen sus hijos y realizar actividades con ellos que los hacen ser más aventajados.

**Madres refieren** que sus hijos a quienes estimulan son: “mas listos comparados con otros niños y/o otros de sus hijos, son más exploradores y más inteligentes, tienen mas habilidades y destrezas y las alcanzan primero que otros”.

La **consulta médica:** “Es completa, personalizada, evalúan bien, les dan orientaciones precisas”.

Información suficiente y oportuna: “nos presentan videos charlas por televisión, con carteles, afiches, trifolios, consejería según nuestras necesidades”

### **Algunas Insatisfacciones manifestadas**

- El tiempo de estancia en el SAIL a veces es prolongado, “a veces me ha tocado estar hasta 4 horas en el SAIL, pero no es esperando sino en lo que pasa por todos los servicios, pero lo que pasa es que no siempre uno tiene tiempo”.
- No se tienen medicamentos: “algunas veces nos dieron medicamentos pero la mayoría de las veces tenemos que comprarlos y nosotros somos muy pobres”.

### **Conclusiones**

- La Estrategia SAIL es integral abarca los aspectos biopsicosocial y familiar del lactante, incluye el compromiso que la

madre asume para mejorar las condiciones de salud del niño.

- Se consideran las características particulares de las madres (escolaridad, ocupación estado de salud) así como sus capacidades y acciones de autocuidado, para brindar la orientación / consejería.
- Formulario del Proceso de Enfermería (PAE) está inserto en el expediente clínico.
- Las acciones prevalecientes cumplen criterios de calidad según manifiestan las madres sintiéndose satisfechas con el servicio prestado.
- Se cuenta con personal calificado y comprometido.
- Las madres son comprometidas y se manifiesta con el logro en el desarrollo normal de los niños al estimular a sus hijos.
- Se cuenta con el equipo necesario para brindar atención integral a los niños.
- Se atiende la situación particular o problemática de las madres, considerando las diferencias individuales.
- Se brinda educación verbal o escrita, individual o colectiva, a las madres.

## Recomendaciones

- Buscar fuentes de financiamiento para darle sostenibilidad a este proyecto que se considera exitoso.
- Replicar este modelo de atención en otros espacios con otra población.
- Socializar resultados.

### Gracias personal de ODISH/SAIL

**“Gracias realmente gracias, por la obra que realizaron. He estado con ustedes 10 meses. Hoy cumpla mi primer añito de haber nacido, aunque de vida tengo más contando con los nueve meses que estuve dentro de la barriguita de mi mamá, y al salir ustedes me ofrecieron a cuidarme.**

**Gracias por tratar mis dolencias, controlar mi peso, estimular mi desarrollo y sobre todo por enseñar a ser madre a la mujer por medio de la cual Dios me dio vida.**

**Que Dios les bendiga, premie la entrega de cada uno de ustedes, desde el que con una sonrisa abre la puerta, la enfermera que toma la temperatura, el médico que examina con amor y esmero nuestros cuerpecitos, la enfermera que nos enseña como sentarnos, gatear y caminar; hasta la enfermera aunque cruel, pero por nuestro bien nos hace sufrir al ponernos la vacuna.**

**Que Dios les siga dando amor y voluntad para servir a los demás”.<sup>13</sup> Luis Daniel García**

## Bibliografía

1. Enfermería Global. No.1. Administración – Gestión – Calidad. “Pensando en la Calidad de los Cuidados”. Consultado el 19 mayo 06 Disponible en: <http://www.um.es/eglobal/1/oido1.html> pag: 1-7.
2. Rivera M; Vásquez M.. Manual de funciones. Tegucigalpa, Honduras. ODISH/SAIL. 2003.
3. OMS/FNUAP/UNICEF. Programación para la salud y el desarrollo de los adolescentes. Organización Mundial de la Salud. Serie de Informes Técnicos. Ginebra, 1999.
4. Universidad Católica de Chile. Diploma salud integral para adolescentes. Curso 4 lección 1 y 2, UCC. Chile, 2006.
5. Honduras; Secretaria de Salud. Calidad de los Servicios de Salud. Tegucigalpa Honduras. 2004.
6. OMS/FNUAP/UNICEF. Programación para la Salud y Desarrollo de los Adolescentes. Ginebra, OMS, 1999.
7. Standing Hilary. DFID System Resource Centre. Understanding the “demand side” in service delivery, USA, 2004.

8. Lorente J.A.; Velásquez A. Núñez Quintana A. Algunas reflexiones sobre la calidad en la prestación de los servicios de salud. Medisan (revista en internet) 2001; consultado el 22 de febrero del 2006. 5(2): 34-37, Disponible en: [http://bvs.sld.cu/revistas/san/vol5\\_2\\_01/san07201.htm](http://bvs.sld.cu/revistas/san/vol5_2_01/san07201.htm).
9. Pardo Téllez F. Galán Morera R, Gómez Treviño H.; Evaluación de la calidad de la Atención en los Servicios de Salud. Aplicación en la Auditoría Médica. Chile. Interamericana. 2002.
10. Maddaleno M. Breinbauer. Youth: Choices and Changes. Washington. OPS; 2005.
11. OPS/OMS. Health Promotion: An Anthology. Washington, OPS; 1995.
12. Gómez Zamudio M,. Teoría y Guía Práctica para la Promoción de Salud. Universidad de Montreal, Departamento de Medicina Social y Preventiva, Unidad de Salud Internacional, 1997.
13. García LD. Participante estudio Rota 024. Tegucigalpa, Honduras. Interamericana. 2006.

# Preparación y envío de manuscritos a revistas biomédicas

\* Comité Internacional de Editores de Revista Médicas. Requisitos de Uniformidad

## Preparación del manuscrito

Los Editores y revisores externos dedican mucho tiempo a la lectura de manuscritos, y por esto valoran positivamente los trabajos fáciles de leer y de editar. Gran parte de la información incluida en las instrucciones para autores de las revistas está diseñada para alcanzar estos objetivos respetando las necesidades editoriales propias de cada publicación. Las siguientes recomendaciones establecen el marco general y los principios básicos a seguir en la preparación de un manuscrito para enviar a cualquier revista.

### 1. a. Principios generales

Habitualmente, pero no necesariamente, el texto principal de los estudios observacionales y experimentales se divide en las secciones de Introducción, Métodos, Resultados y Discusión. La así llamada estructura <IMRD> no es un formato arbitrario de publicación, sino un reflejo directo del propio proceso de investigación científica. En los artículos particularmente extensos puede ser necesario incluir en el texto apartado adicionales especialmente en las secciones de Resultados y Discusión para clarificar su contenido. Por otra parte, es posible asimismo que cierto tipo de trabajos, como los informes de casos, las revisiones o los editoriales, requieran otra estructura.

La publicación en la red permite añadir detalles o secciones enteras sólo en la versión electrónica: datos adicionales, enlaces cruzados, selección de partes de los artículos, etc. Autores y Editores deben trabajar conjuntamente en la preparación y utilización de estos nuevos recursos. Los

materiales remitidos como información adicional para la red deben seguir también el proceso de revisión externa por expertos.

Se debe escribir a doble espacio y dejar márgenes generosos en todas las partes del manuscrito incluyendo la página del título, el resumen, el texto principal, los agradecimientos, la bibliografía, las tablas y las leyendas\_\_, lo que facilitará la tarea de Editores y revisores en la corrección del texto línea a línea y en la inclusión de comentarios o preguntas directamente sobre la copia en papel. Esta recomendación es también aplicable a los manuscritos remitidos por vía electrónica, ya que puede ser necesario imprimir el documento para su revisión y proceso de edición.

Durante el proceso editorial, Editores y revisores necesitarán con frecuencia referirse a partes específicas del manuscritos lo que resulta dificultoso a menos que se hayan numerado las páginas. Por tanto, el manuscrito debe estar numerado en todas sus páginas, empezando por la página del título.

### 1. b. Recomendaciones para la publicación de estudios con diseños específicos.

Frecuentemente en los trabajos de investigación falta información esencial. Los escritos presentados en este documento se refieren a cuestiones generales, comunes a cualquier tipo de trabajo. Pero se recomienda a los autores que consulten también, si existen, las guías sobre publicación de estudios con diseños específicos. En el caso de ensayos clínicos controlados

aleatorizados, los autores deben seguir las recomendaciones recogidas en la Declaración CONSORT ([www.consort-statement.org](http://www.consort-statement.org)). En otros elementos, la Declaración CONSORT incluye una lista de comprobación de la información que debe encontrarse en el manuscrito y un esquema normalizado para presentar el diagrama de flujo de los sujetos del estudio.

También se han desarrollado recomendaciones para la publicación de estudios con otros diseños u algunas revistas pueden exigir a los autores que atiendan dichos criterios. Los autores deben consultar las instrucciones de la revista sobre este particular.

## 2. Página del título

En la primera página del manuscrito debe figurar la siguiente información:

1. Título del trabajo. Los títulos concisos son más fáciles de leer que títulos los largos en intrincados. Sin embargo, en los títulos demasiado breves puede faltar información útil, como el diseño del estudio (que es particularmente importante para identificar ensayos clínicos controlados aleatorizados). Los autores deben incluir en el título toda la información que maximice la sensibilidad y la especificidad en la recuperación del trabajo a través de una búsqueda electrónica.
2. Nombres de los autores y sus filiaciones institucionales. Algunas revistas publicarán también el grado académico más alto de cada autor, pero no todas.
3. Nombres del o los departamentos e instituciones a los que se debe atribuir el trabajo.
4. Renuncias de responsabilidad, si las hubiera.
5. Autor responsable de la correspondencia. Debe identificarse el nombre, dirección postal, teléfono y fax y dirección electrónica del autor responsable de la correspondencia relacionada con el manuscrito. El autor responsable de la correspondencia puede o no ser el autor <responsable> de la integridad del trabajo en su conjunto, si algún autor es identificado como tal (véase sección II.A.1. Autores firmantes). El autor responsable de la correspondencia debe indicar claramente si desea o no que se publique su dirección electrónica.
6. Nombre del autor o autores a los que se deben solicitar las separatas del artículo o, en su defecto, aviso de que no se podrán solicitar separatas a los autores.
7. Fuentes de ayuda en forma de becas equipos, medicamentos o todas ellas.
8. Título breve. Algunas revistas solicitan un título breve, generalmente de no más de 40 caracteres (incluyendo letras y espacios) al pie de la página del título. La mayoría de las revistas publican estos títulos breves, y también resultan útiles para registrar e identificar los manuscritos en el proceso editorial.
9. Recuento de palabras. El conocimiento del número de palabras del texto principal del manuscrito (excluyendo el resumen, los agradecimientos, las leyendas de las figuras y la bibliografía) permitirá a Editores y revisores valorar si la información contenida en el manuscrito justifica el espacio ocupado y si el manuscrito se ajusta a los límites de extensión establecidos por la revista. Por los mismos motivos, también resulta útil el recuento diferenciado del número de palabras del resumen.
10. Número de figuras y tablas. Para redactores editoriales y revisores puede resultar difícil saber si se han incluido realmente las figuras y tablas que deben acompañar al manuscrito a menos que se especifique el número de figuras y tablas del trabajo en la página del título.

### 3. Página para la declaración de conflictos de intereses

Para evitar que la información sobre potenciales conflictos de intereses de los autores pase desapercibida o no aparezca en el lugar apropiado, es necesario que dicha información forme parte del manuscrito. Por tanto, debe incluirse también en una o más páginas separadas, inmediatamente a continuación de la página del título. Sin embargo algunas revistas pueden no estar de acuerdo en solicitar esta información a los autores y otras prefieren no remitir la información sobre conflicto de intereses a los revisores externos (véase sección II.D. conflictos de interés).

### 4. Resumen y palabras clave

A continuación de la página del título (o, en su caso, de la página de declaración de conflictos de intereses) debe encontrarse el resumen, cuyo formato (estructura o no) y extensión es variable según la revista. El resumen debe informar sobre el marco o fundamentos del estudio y debe presentar los objetivos del estudio, los procedimientos básicos su realización (selección de los sujetos del estudio o de los animales de laboratorio, métodos observacionales y analíticos), los principales resultados (incluyendo la magnitud de los efectos y su significación estadísticas, si fuera posible) y las principales conclusiones. Se deben destacar los aspectos más novedosos y relevantes del trabajo.

Puesto que el resumen es la única parte significativa del artículo que se incluirá en la mayoría de las bases de datos electrónicas, y la única parte a la que accederán muchos lectores, los autores deben asegurarse de que el resumen recoge de manera exacta los contenidos principales del artículo. Desgraciadamente, con frecuencia la información incluida en los resúmenes no coincide con la contenida en el cuerpo del artículo.

El formato de los resúmenes estructurados varía de unas revistas a otras, y en algunas se utilizan diferentes formatos. Los autores deben preparar sus resúmenes siguiendo las instrucciones de la revista elegida.

Algunas revistas solicitan que, a continuación del resumen, los autores incluyan e identifiquen de tres a diez palabras clave o locuciones breves que describan el tema principal del artículo. Esta información será útil para el proceso de indización cruzada del trabajo, y puede también ser publicada junto con el resumen.

Se deben utilizar términos del Medical Subject Index (MeSH, en su traducción al castellano Descriptores de Ciencias de la Salud) del Index Medicus. Si no existen todavía descriptores MeSH adecuados para términos de reciente introducción, se pueden utilizar directamente estos términos nuevos.

### 5. Introducción

En esta sección se debe describir el marco o los fundamentos del estudio (por ejemplo, la naturaleza del problema y su relevancia). También deben enunciarse los objetivos específicos o de investigación o la hipótesis evaluada en el trabajo. En ocasiones, el objetivo del trabajo se puede presentar muy claramente en forma de pregunta. Se deben expresar claramente los objetivos principales y secundarios del trabajo, así como cualquier análisis de subgrupos previsto en el protocolo del estudio. Se deben incluir sólo las referencias bibliográficas pertinentes, y nunca se deben presentar datos o conclusiones del propio estudio.

### 6. Métodos

La sección de Métodos debe incluir sólo la información disponible cuando se diseñó el proyecto o protocolo del estudio. Toda la información obtenida a partir de la ejecución del mismo pertenece a la sección de resultados.

### **6.a. Selección y descripción de los participantes.**

Se deben describir claramente el proceso de selección de los sujetos de observación o experimentales (pacientes o animales de laboratorio, incluyendo los controles), los criterios de inclusión y exclusión de dichos sujetos y su población de origen. Puesto que la relevancia de variables tales como la edad y el sexo no siempre es evidente en relación con los objetivos del estudio los autores deben justificar sus criterios sobre estas variables cuando se consideran de alguna forma en el trabajo, por ejemplo, los autores deben explicar por qué se incluyeron sólo sujetos de determinados grupos de edad o por qué se excluyeron las mujeres.

El objetivo fundamental debe ser exponer con la máxima claridad cómo se llevó a cabo el estudio y por qué se hizo así. Cuando se utilicen variables como raza o etnia, se debe definir cómo se midieron tales variables y justificar su relevancia en el estudio.

### **6.b. Información técnica.**

Se deben identificar los métodos, aparatos (con el nombre y dirección de fabricante entre paréntesis) y procedimientos con suficiente nivel de detalle como para permitir que otros investigadores reproduzcan los resultados.

Se deben incluir sólo referencias bibliográficas para las técnicas conocidas incluyendo los métodos estadísticos (véase a continuación), y en el caso de métodos publicados pero no conocidos de forma general una descripción breve de estos además de las referencias pertinentes. Deben describirse los métodos nuevos o modificados considerablemente, justificando las razones para utilizarlos y valorando sus limitaciones. Todos los fármacos y sustancias químicas utilizadas deben identificarse de manera exacta, incluyendo nombres genéricos, dosis y vías de administración.

En los trabajos de revisión se deben incluir una sección en la que se describan los métodos utilizados para localizar, seleccionar, extraer y sintetizar los datos. Tales métodos deben presentarse también sintéticamente en el resumen.

### **6.c. Análisis estadísticos.**

Los métodos estadísticos empleados deben describirse en el manuscrito con el nivel de detalle necesario para que un lector experto con acceso a los datos originales pudiera verificar los resultados del estudio. Siempre que sea posible, se deben cuantificar los resultados y presentarlos con los apropiados índices estadísticos de precisión o de incertidumbre (tales como los intervalos de confianza). Los autores deben evitar la confianza exclusiva en pruebas estadísticas de hipótesis, por ejemplo valores  $p$ , que no aportan la información de interés sobre la magnitud del efecto. Siempre que sea posible, las referencias bibliográficas relacionadas con el diseño y los métodos estadísticos del estudio deben ser de publicaciones clásicas y conocidas (con especificación de las páginas correspondientes). Será también necesario definir los términos estadísticos, las abreviaturas y la mayoría de los símbolos. Se debe especificar el programa informático utilizado.

## **7. Resultados**

Los resultados deben presentarse siguiendo una secuencia lógica en texto, tablas e ilustraciones, los resultados principales o más importantes deben aparecer en primer lugar. No se deben repetir en el texto todos los datos incluidos en tablas o ilustraciones: es suficiente con destacar o resumir sólo los resultados más relevantes. Se puede incluir información adicional o materiales complementarios en un apéndice, siempre que sea accesible, pero sin que se interrumpa el discurso del texto. Otra opción es publicar estos materiales sólo en la versión electrónica de la revista.

Cuando se resumen los datos en la sección de resultados, no deben presentarse sólo resultados numéricos derivados (por ejemplo, porcentajes), sino también los valores absolutos de los que se obtienen dichos derivados.

Se deben especificar los métodos estadísticos utilizados en cada análisis. Tablas y figuras deben limitarse sólo a las estrictamente necesarias para apoyar los fundamentos de trabajo y poder valorar los argumentos presentados. Son preferibles las gráficas a las tablas con múltiples entradas. No deben repetirse los datos presentados en tablas y figuras. Se debe evitar la utilización coloquial de términos estadísticos técnicos tales como aleatorio, (que implica una estrategia de aleatorización), normal, significativo correlación, o muestra.

Siempre que sea científicamente relevante, se deben incluir en el análisis de los datos variables tales como la edad o el sexo.

## 8. Discusión

Se deben destacar los aspectos novedosos y relevantes del estudio y las conclusiones que se derivan de ellos. No se deben repetir con detalle los datos u otra información ya presentados en las secciones de Introducción o Resultados. En el caso de estudios experimentales, resulta útil empezar la discusión con un breve resumen de los principales resultados, y a continuación explorar los posibles mecanismos o explicaciones para dichos resultados, comparar y contrastar los resultados obtenidos con los de otros estudios relevantes, presentar las limitaciones del estudio y, por último, comentar las implicaciones del estudio para futuras investigaciones y para la práctica sanitaria.

Se deben relacionar las conclusiones con los objetivos del estudio. Evitando afirmaciones no contrastadas y conclusiones no respaldadas suficientemente por los datos disponibles. En especial, los autores deben evitar afirmaciones acerca de beneficios y costes económicos a menos que el manuscrito incluya los correspondientes datos y análisis económicos. No se deben establecer prioridades ni extraer

conclusiones prematuras de trabajos todavía en curso. Si está justificando, se pueden presentar nuevas hipótesis, pero siempre deben estar claramente identificadas como tales.

## 9. Referencias bibliográficas

### 9.a. Consideraciones generales sobre las referencias bibliográficas

Aunque las citas bibliográficas de trabajos de revisión pueden servir para que el lector acceda de manera eficiente a un área específica de la literatura médica, los artículos de revisión no siempre reflejan fielmente los contenidos de los trabajos originales. Por tanto, siempre que sea posible se deben incluir las referencias a los trabajos originales. Por otra parte, la inclusión en la bibliografía de un número excesivo de trabajos originales consume demasiado espacio en la página impresa. Una selección de los trabajos clave con frecuencia será más útil que un listado extenso de citas, especialmente ahora que es posible extender el número de referencias bibliográficas en la versión electrónica del artículo y que las búsquedas bibliográficas electrónicas permiten a los lectores recuperar fácilmente los trabajos publicados.

Se debe evitar la utilización de los resúmenes como referencias bibliográficas. Las citas a manuscritos aceptados pero todavía no publicados deben identificarse como <en prensa> o <de próxima aparición >.

Los autores deben conseguir los correspondientes permisos para citar este tipo de trabajos, así como la confirmación de que están aceptados para su publicación. La información procedente de manuscritos enviados para su publicación pero todavía no aceptados debe citarse en el texto como <observaciones no publicadas >, disponiendo también del correspondiente permiso escrito de la fuente.

Hay que evitar las referencias a comunicaciones personales, a menos que aporten información

esencial y no disponible en fuentes públicas, en cuyo caso se debe citar entre paréntesis en el texto el nombre de la persona que proporciona la información y la fecha de la comunicación. En el caso de artículos científicos, los autores deben obtener además la correspondiente autorización por escrito y la confirmación de la exactitud de la información.

No todas las revistas comprueban la exactitud de las citas bibliográficas, que a veces contienen errores en la versión publicada del artículo. Por tanto, para minimizar tales errores los autores deben verificar las referencias bibliográficas con los documentos originales.

### **9.b. Estilo y formato de las referencias bibliográficas.**

El estilo de los Requisitos de Uniformidad se basa principalmente en una norma de estilo ANSI adaptada por la National Library of Medicine (NLM) en [www.nlm.nih.gov/bsd/uniform\\_requirements.html](http://www.nlm.nih.gov/bsd/uniform_requirements.html) el formato de los distintos tipos de referencias bibliográficas.

Se deben numerar las referencias bibliográficas consecutivamente, siguiendo el orden con el que aparecen por primera vez en el texto. Las referencias en el texto, en las tablas y en las leyendas se identificarán mediante números arábigos entre paréntesis. Las referencias citadas sólo en las tablas o figuras deben numerarse siguiendo el orden con el que éstas son mencionadas por primera vez en el texto. Se deben abreviar los nombres de las revistas según el estilo utilizado por el Index Medicus. Consulte el listado de revistas indizadas en el Index Medicus, publicado anualmente por la NLM en un documento específico y que también aparece en el número de enero del Index Medicus. Asimismo, este listado se pueden obtener en la dirección electrónica de la NLM ([www.nlm.nih.gov](http://www.nlm.nih.gov))

Según la revista, las referencias electrónicas se pueden citar entre paréntesis en el texto o aparecer numeradas como el resto de referencias bibliográficas en la sección de Bibliografía. Los

autores deben consultar este aspecto en las instrucciones de la revista elegida para remitir su trabajo.

## **10. Tablas**

Las tablas recogen la información de manera resumida y la presentan de manera eficiente. También permiten mostrar la información con el nivel deseado de detalle y precisión. La inclusión de datos en las tablas en lugar de en el texto habitualmente permite reducir la extensión del mismo.

Se debe preparar o imprimir cada tabla a doble espacio en páginas diferentes.

Las Tablas deben ir numeradas consecutivamente, en el mismo orden con el que son citadas por primera vez en el texto. Cada tabla debe acompañarse de un título breve. Las tablas no deben contener líneas interiores horizontales o verticales.

Cada columna en la tabla debe contener un encabezado breve o abreviado. Las explicaciones se deben incluir en notas a pie de tabla, no en los títulos o encabezados. En las notas a pie de tabla se deben explicar todas las abreviaturas inusuales. Para las notas a pie de tabla deben utilizarse los siguientes símbolos, siguiendo el mismo orden presentado:

**\* , τ , ξ , II , II , \*\* ,**

Debe identificarse apropiadamente las medidas estadísticas de dispersión, tales como la desviación estándar o el error estándar de la media. Los autores deben asegurarse de que cada tabla aparece convenientemente referida en el texto. Si se presentan en las tablas datos de otras fuentes, publicados o no, se deben obtener los correspondientes permisos y reconocer públicamente las fuentes en cuestión.

Las tablas complementarias, con abundancia de datos y demasiado extensas para su publicación en papel, pueden incluirse en la versión electrónica de la revista, depositarse en un servicio de archivos o ponerse a disposición

de los lectores mediante petición directa a los autores. En estos casos, se añadirá al texto la información pertinente necesaria. Dichas tablas deben enviarse a la revista junto al manuscrito para su disponibilidad en el proceso de revisión externa por expertos.

## 11. Ilustraciones (figuras)

Se deben elaborar y fotografiar las figuras con calidad profesional, o bien remitir reproducciones digitales de calidad fotográfica. Además de exigir versiones de las figuras adecuadas para su impresión, algunas revistas solicitan también a los autores los correspondientes ficheros electrónicos en un formato que permita la reproducción de imágenes de alta calidad en la versión electrónica de la revista (por ejemplo, JPEG o GIF). Los autores deben comprobar estas imágenes en el ordenador y verificar que cumplen los requisitos necesarios de calidad.

En el caso de radiografías, ecografías u otras técnicas de diagnóstico por la imagen, así como de fotografías de especímenes patológicos o microfotografías, se deben utilizar reproducciones fotográficas en blanco y negro o en color, nítidas y satinadas, generalmente de tamaño 127 x 173 mm. Aunque algunas revistas vuelven a dibujar las figuras, muchas no lo hacen. Por tanto, las letras, números y símbolos incluidos en las figuras deben ser nítidos y uniformes y de tamaño suficiente para que cada carácter siga siendo legible en la versión reducida del artículo publicado. Las figuras deben ser explicativas en sí mismas tanto como sea posible, dado que muchas se reproducirán directamente como diapositivas para presentaciones científicas. Sin embargo, los títulos y las explicaciones detalladas deben incluirse en las leyendas, no en el cuerpo de las figuras.

Las microfotografías deben contener marcadores de escala. Los símbolos, flechas o letras incluidas en las microfotografías deben destacarse claramente sobre el fondo.

Si se utilizan fotografías de personas, éstas no deben ser identificables, o bien deben acompañarse de la correspondiente autorización por escrito que permita su uso (véase sección II. E.1 Pacientes y participantes en el estudio). Siempre que sea posible, se debe obtener un permiso específico para la publicación de estos materiales.

Se deben numerar las figuras consecutivamente siguiendo el orden con el que se citan por primera vez en el texto. Si se utiliza una figura previamente publicada, se debe identificar la fuente original y enviar junto con el manuscrito la autorización por escrito del propietario de los derechos de autor para reproducir el material. A menos que se trate de un documento del dominio público, esta autorización es necesaria con independencia de quiénes sean los autores o la compañía editorial.

Para las ilustraciones en color, se debe comprobar si la revista solicita negativos en color, transparencias positivadas o copias en color. un dibujo adjunto indicando la parte a reproducir de la fotografía puede ser útil para el trabajo de edición. Algunas revistas publican ilustraciones en color solamente si los autores pagan los costes adicionales.

Los autores deben consultar las instrucciones de la revista sobre el envío de figuras en formato electrónico.

## 12. Leyendas de las Ilustraciones (figuras)

Las leyendas de las ilustraciones deben prepararse o imprimirse a doble espacio en páginas separadas, con la misma numeración arábiga correspondiente a cada ilustración. Cuando se utilicen símbolos, flechas, números o letras para identificar partes de la figura, se debe identificar y explicar claramente el significado de todos ellos en la leyenda. También se debe explicar la escala interna de la imagen. En las microfotografías se debe describir el método de tinción utilizado.

### 13. Unidades de medida

Se deben emplear unidades métricas (metros, kilogramos o litros) o sus múltiplos decimales para las medidas de longitud, altura, peso y volumen.

La temperatura debe expresarse en grados celsius. La tensión arterial debe medirse en milímetros de mercurio a menos que la revista solicite expresamente el uso de otras unidades.

Existen variaciones en las unidades utilizadas por las diferentes revistas para las mediciones hematológicas, de bioquímica clínica u otras. Los autores deben consultar las instrucciones de la revista relativas a este particular, y deben presentar los datos de laboratorio tanto en las unidades locales como en las unidades del Sistema Internacional (SI). Antes de la publicación algunos Editores pueden pedir a los autores que incluyan unidades alternativas o que no pertenezcan al SI, ya que las unidades del SI no son de uso generalizado. Para las concentraciones de fármacos se pueden utilizar unidades del SI o de masa, pero siempre que sea oportuno se presentarán también entre paréntesis las unidades alternativas.

### 14. Abreviaturas y símbolos

Se deben utilizar únicamente abreviaturas comunes: la utilización de abreviaturas poco habituales puede resultar extremadamente confusa para los lectores. Los autores deben evitar el uso de abreviaturas en el título del trabajo. La primera vez que aparezca una abreviatura en el texto debe estar precedida por el término completo al que se refiere, excepto en el caso de unidades de medida comunes.

### Envío del manuscrito a la revista

Cada vez más revistas aceptan el envío electrónico de manuscritos, sea en un disquete, como adjunto en un correo electrónico o cargándolo directamente a través del espacio

en Internet de la revista. El envío electrónico ahorra tiempo y gastos de correo y facilita el manejo de manuscritos en las distintas fases del proceso editorial (por ejemplo, en el envío a los revisores externos). Para el envío electrónico de un manuscrito se deben consultar las instrucciones para los autores de la revista elegida.

Si se envía el manuscrito impreso en papel, se debe incluir el número de copias del manuscrito y de las figuras exigido por la revista. Todas estas copias son necesarias para la revisión externa por expertos y la edición del trabajo para su publicación, y no se debe esperar que el personal de la editorial prepare las copias requeridas.

Los manuscritos deben acompañarse de una carta de presentación que incluya la siguiente información :

- Una declaración completa acerca de cualquier trabajo enviado para publicación o ya publicado que se pueda considerar publicación redundante o muy similar al presente trabajo. Cualquier trabajo previo que pueda entrar en esta categoría debe identificarse específicamente en la carta de presentación y citarse en el manuscrito presentado. Se deben incluir también copias de estos trabajos previos con el objetivo de ayudar al Editor de la revista a decidir sobre esta cuestión.
- Una declaración de relaciones económicas o de otro tipo que pudieran ser motivo de conflicto de intereses, siempre que esta información no se incluya en el propio manuscrito (véase sección IV. A.3. página para la declaración de conflictos de intereses) o en el formulario para autores de la revista.
- Una declaración de que todos los autores han leído y aprueban el manuscrito, que todos ellos cumplen los requisitos de autoría, tal y como se han definido previamente en este documento, y que todos los autores

consideran que manuscrito presenta un trabajo honrado en el caso de que toda esta información no se recoja en algún formulario específico de la revista (véase más adelante).

- El nombre, dirección y teléfono del autor responsable de la correspondencia, que será también el responsable de comunicarse con los otros autores para las necesarias revisiones del manuscrito o para la aprobación final de las pruebas de imprenta, siempre que esta información no se incluye en el propio manuscrito.

En la carta de presentación se debe incluir cualquier información adicional que pueda resultar útil al Editor de la revista, por ejemplo el tipo de manuscrito según las diferentes categorías de trabajos publicados en la revista. Si se ha enviado el trabajo con anterioridad a otra publicación, resultará útil incluir copia de los comentarios del Editor y revisores previos y de la respuesta de los autores a dichos comentarios. Los Editores animan a los autores a enviar estas evaluaciones previas junto con el manuscrito, ya que de este modo se contribuye a acelerar el proceso de revisión.

Muchas revistas proporcionan una lista de comprobaciones previas al envío del manuscrito, que permiten a los autores asegurar que han atendido correctamente todos los requisitos necesarios para la remisión del manuscrito. Algunas revistas exigen también que los autores completen listas de comprobación para los estudios con determinados diseños (por ejemplo, la lista de comprobación propuesta por el grupo de trabajo CONSORT para los trabajos sobre ensayos clínicos controlados, aleatorizados). Los autores deben comprobar si la revista utiliza este tipo de listados y, en su caso, remitirlos junto al manuscrito si así lo exige la revista.

Junto al manuscrito se deben incluir también copias de los permisos obtenidos para reproducir materiales previamente publicados, para incluir fotografías o información sobre personas identificables o para mencionar en la sección de Agradecimientos a personas concretas por su colaboración en el trabajo.

## BIBLIOGRAFÍA

Referencias bibliográficas citadas en este documento

1. Davidoff F for the CSE Task Force on Authorship. Who's the? Problems with biomedical authorship and some possible solutions. *Science Editor*. July – August 2000: volume 23 – Number 4: 111-119.
2. Yank V, Rennie D. Disclosure of researcher contributions: a study of original research articles in *The Lancet*. *Ann Intern Med*. 1999 Apr. 20,130(8):661-70.
3. Flanagan A, Fontanarosa PB, DeAngelis CD. Authorship for reserarch groups. *JAMA* 2002,288:3166-8.
4. Peer review in health sciences F. Godlee, T Jefferson. London: BMJ Books, 1999.
5. World Medical Association Declaration of Helsinki: ethical principles for medical research involving human subjects. *JAMA*.2000 dec 20:284(23):3043-5.
6. Pitkin RM, Branagan MA, Burmeister LF. Accuracy of data in abstracts of Publisher research articles. *JAMA*. 1999 Mar 24-31;281(12): 1110-1.
7. Patrias K. National Library of Medicine recommended formats for bibliographic citation. Bethesda (MD): The Library; 1991.

# Guía para Elaborar Referencias Bibliográficas

## Estilo Vancouver

Numere las referencias consecutivamente según el orden en que se mencionen por primera vez en el texto. En éste, en las tablas y leyendas, las referencias se identificarán mediante números arábigos entre paréntesis. Las referencias citadas únicamente en las tablas o ilustraciones se numerarán siguiendo la secuencia establecida por la primera mención que se haga en el texto de la tabla o figura en concreto.

Se utilizará el estilo de los ejemplos que a continuación se ofrecen, que se basan en el estilo que utiliza la NLM en el Index Medicus. Abrevie los títulos de las revistas según el estilo que utiliza el Index Medicus. Consulte la **List of Journals Indexed in Index Medicus** (relación de revistas indizadas en el Index Medicus), que la NLM publica anualmente como parte del número de enero del Index Medicus, y como separata. Esta relación también puede obtenerse en la dirección web de la **NLM**.

(Nota: para consultar las abreviatura de revistas españolas, puede consultar el catálogo del **Instituto Carlos III**. También puede consultar Biomedical Journal Title Search).

Evite citar resúmenes. Las referencias que se realicen de originales aceptados pero aún no publicados se indicará con expresiones del tipo “en prensa” o “próxima publicación”; los autores deberán obtener autorización escrita y tener constancia que su publicación está aceptada. La información sobre manuscritos presentados a una revista pero no aceptados cítela en el texto como “observaciones no publicadas”, previa autorización por escrito de la fuente.

Tampoco cite una “comunicación personal”, salvo cuando en la misma se facilite información esencial que no se halla disponible en fuentes públicamente accesibles, en estos casos se incluirán, entre

paréntesis en el texto, el nombre de la persona y la fecha de la comunicación. En los artículos científicos, los autores que citen una comunicación personal deberán obtener la autorización por escrito.

Los autores verificarán las referencias cotejándolas con los documentos originales.

## Artículos de Revistas

### 1) Artículo estándar

Autor/es. Título del artículo. Abreviatura\* internacional de la revista año; volumen (número)\*\*: página inicial-final del artículo.

**Díez Jarilla JL, Cienfuegos Vázquez M, Suárez Salvador E. Ruidos adventicios respiratorios: factores de confusión. Med Clin (Barc) 1997; 109 (16): 632-634.**

\*Las abreviaturas internacionales pueden consultarse en “List of Journals Indexed in Index Medicus”, las españolas en el catálogo de revistas del Instituto Carlos III.

\*\* El número es optativo si la revista dispone de no de volumen.

Se mencionan seis primeros autores seguidos de la abreviatura et al. (Nota: *National Library of Medicine* (NLM), incluye hasta 25 autores; cuando su número es mayor cita los primeros 24, luego el último autor y después et al.).

### Más de seis autores

Martín Cantera C, Córdoba García R, Jane Julio C, Nebot Adell M, Galán Herrera S, Aliaga M et al. Med Clin (Barc) 1997; 109 (19): 744-748.

2) Autor Corporativo

Grupo de Trabajo de la SEPAR. Normativa sobre el manejo de la hepatitis B. Arch Bronconeumol 1997; 33: 31-40.

3) No se indica nombre del autor

Cancer in South Africa [editorial]. S Afr Med J. 1994; 84: 15

4) Artículo en otro idioma distinto del inglés\*

Collin JF, Lanwens F. La veine carotide externe. Rappel historique des travaux de Paul Launay. Ann Chir Esthet 1997; 42: 291-295.

\* Los artículos deben escribirse en su idioma original si la grafía es latina.

5) Suplemento de un volumen

Bonfill X. La medicina basada en la evidencia. La Colaboración Cochrane. Arch Bronconeumol 1997; 33 Supl 1: 117.

6) Suplemento de un número

Leyha SS. The role of Interferon Alfa in the treatment of metastatic melanoma. Semin Oncol 1997; 24 (1 Supl 4): 524-531.

7) Parte de un volumen

Ozben T, Nacitarhan S, Tuncer N. Plasma and urine sialic acid in non-insulin dependent diabetes mellitus. Ann Clin Biochem 1995; 32(Pt3): 303-6.

8) Parte de un número

Peter JB, Greening AP, Crompton GK. Glucocorticoid Resistance in Asthma. Am J Respir Crit Care Med 1995; 152 (6 pt 2): S12-S142.

9) Número sin volumen

Pastor Durán. X. Informática médica y su implantación hospitalaria. Todo Hosp 1997; (131): 7-14.

10) Sin número ni volumen

Browell DA, Lennard TW. Immunologic status of the cancer patient and the effects of blood transfusion on antitumor responses. Curr Opin Gen Surg 1993; 325-33.

11) Paginación en número romanos

Fisher GA, Sikic BL. Drug resistance in clinical oncology and hematology. Introduction. Hematol Oncol Clin North Am 1995 Abr; 9(2): XI-XII.

12) Indicación del tipo de artículo según corresponda

Enzensberger W, Fischer PA. Metronome in Parkinson's disease [carta]. Lancet 1996; 347: 1337.

Clement J, De Bock R. Hematological complications of hantavirus nephropathy (HVN) [resumen]. Kidney Int 1992; 42: 1285.

13) Artículo que contiene una retractación

Garey Ce, Schwarzman AL, Rise ML, Seyfried TN. Ceruloplasmin gene defect associated with epilepsy in the mice [retractación de Garey CE, Schwarzman AL, Rise ML, Seyfried TN. En: Nat Genet 1994; 6: 426-31]. Nat Genet 1995; 11: 104.

14) Artículo retirado por retractación

Liou GI, Wang M, Matragoon S. Precocious IRBP gene expression during mouse development [retractado en Invest Ophthalmol Vis Sci 1994; 35: 3127]. Invest Ophthalmol Vis Sci 1994; 35: 1083-8.

15) Artículo sobre el que se ha publicado una fe de erratas

Hamlin JA, Kahn AM. Herniography in sintptmatic patients following inguinal hernia repair [fe de erratas en West J Med 1995; 162: 278] . West J Med 1995; 162: 28-31.

## Libros y Otras Monografías

### 16) Autores individuales

Autor/es. Título del libro. Edición. Lugar de publicación: Editorial; año.

Nota: La primera edición no es necesario consignarla. La edición siempre se pone en números arábigos y abreviatura: 2a ed.- 2nd ed. Si la obra estuviera compuesta por más de un volumen, debemos citarlo a continuación del título del libro Vol. 3

**Jimenez C, Riaño D, Moreno E, Jabbour N. Avances en trasplante de órganos abdominales. Madrid: Cuadecon; 1997.**

### 17) Editor(es) Compilador(es)

Gallo Vallejo FJ, León López FJ, Martínez-Cañavate López-Montes J, Tonío Duñantez J. Editores. Manual del Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. 2aed.. Madrid: SEMFYC; 1997.

### 18) Organización como autor y editor

Ministerio de Sanidad y Consumo. Plan de Salud 1995. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 1995.

### 19) Capítulo de libro

Autor/es del capítulo. Título del capítulo. En: Director/Recopilador del libro. Título del libro. Edición. Lugar de publicación: Editorial; año. p. página inicial-final del capítulo.  
Buti Ferret M. Hepatitis vírica aguda. En: Rodés Teixidor J, Guardia Massó J dir. Medicina Interna. Barcelona: Masson; 1997. p. 1520-1535.

### 20) Actas de conferencias

Kimura J, Shibasaki H, editors. Recent advances in clinical neurophysiology. Proceedings of the 10th International Congress of EMG and Clinical Neurophysiology; 1995 Oct 15-19; Kyoto, Japón. Amsterdam: Elsevier; 1996.

### 21) Ponencia presentada a una conferencia

Autor/es de la Comunicación/Ponencia. Título de la Comunicación/Ponencia. En: Título oficial del Congreso. Lugar de Publicación: Editorial; año. página inicial-final de la comunicación/ponencia.

Nota: Es frecuente que la fecha y ciudad de celebración forman parte del título del Congreso. Esta misma estructura se aplica a Jornadas, Simposiuns, Reuniones Científicas, etc.

Peiró S. Evaluación comparativa de la eficiencia sanitaria y calidad hospitalaria mediante perfiles de práctica médica. En: Menen R, Ortun V editores. Política y gestión sanitaria: la agenda explícita. Seminario Elementos para una agenda en política y gestión sanitaria; Valencia 25-26 de abril de 1996. Barcelona: SG editores; 1996. p. 63-78

### 22) Informe científico o técnico

Autor/es. Título del informe. Lugar de publicación: Organismos/Agencia editora; año. Número o serie identificativa del informe.

**Organización Mundial de la Salud. Factores de riesgo de enfermedades cardiovasculares: nuevas esferas de investigación. Informe de un Grupo Científico de la OMS. Ginebra: OMS; 1994. Serie de Informes Técnicos: 841.**

### 23) Tesis Doctoral

Autor. Título de la tesis. [Tesis Doctoral] . Lugar de edición: Editorial; año.

Muñiz García J. Estudio transversal de los factores de riesgo cardiovascular en población infantil del medio rural gallego. [Tesis doctoral]. Santiago: Servicio de Publicaciones e Intercambio Científico, Universidade de Santiago; 1996.

24) Patente

Qlarsen CE, Trip R, Johnson CR, inventors; Novoste Corporation, assignee. Methods for procedures related to the electrophysiology of the heart. US patente 5,529,067. 1995 Jun 25.

## Otros trabajos publicados

25) Artículo de periódico

Autor del artículo\*. Título del artículo. Nombre del periódico\*\* año mes día; Sección\*\*\*: página (columna).

\* Autor del artículo (si figurase).

\*\* Los nombres de periódicos no se facilitan abreviados.

\*\*\* Si existiera identificada como tal.

26) Material audiovisual

Autor/es. Título del video [video] . Lugar de edición: Editorial; año.

Aplicable a todos los soportes audiovisuales.

Borrel F. La entrevista clínica. Escuchar y preguntar. [video] Barcelona: Doyma; 1997.

27) Documentos legales

Leyes:

Título de la ley. (Nombre del Boletín Oficial, fecha, año de publicación).

Ley aprobada

Ley 31/1995 de 8 de Noviembre, de Prevención de Riesgos Laborales. (Boletín Oficial del Estado, número 269, de 10-11-95).

28) Mapa

Nombre del mapa [tipo de mapa] . Lugar de publicación: Editorial; año.

Sada 21-IV (1 a 8) [mapa topográfico]. Madrid: Ministerio de Obras Públicas y Urbanismo, Dirección General del Instituto Geográfico Nacional; 1991.

29) Biblia

Título. Versión. Edición. Lugar de publicación: Editorial; año. Libro: versículo.

Sagrada Biblia. Traducido de la Vulgata Latina por José Miguel Petisco. 9a ed.. Madrid: Editorial Apostolado de la Prensa; 1964. Sabiduría 18: 5-25.

30) Diccionarios y obras de consulta

Dorland Diccionario Enciclopédico Ilustrado de Medicina. 28a ed. Madrid: McGraw-Hill, Interamericana; 1997. Difteria; p. 537.

31) Escritos clásicos

Título de la obra: Acto, escena, párrafo. Título del libro. Lugar de publicación: Editorial; año.

El mercader de Venecia: Acto 3, escena primera, párrafo 21-23. Obras Completas de William Shakespeare. Madrid: Aguilar; 1981.

## Material no publicado

32) En prensa

(Nota: NLM prefiere “de próxima aparición” porque no todos los temas serán impresos).

Leshner AI. Molecular mechanisms of cocaine addiction. N Engl J Med. En prensa 1997.

33) Artículo de revista en formato electrónico

Autor. Título. Nombre de la revista abreviado

[tipo de soporte] año [fecha de acceso]; volumen (número): páginas o indicador de extensión. Disponible en:

Transmission of Hepatitis C Virus infection associated infusion therapy for hemophilia. MMWR [en línea] 1997 July 4 [fecha de acceso 11 de enero de 2001]; 46 (26). URL disponible en: <http://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/00048303.htm>

#### 34) Monografía en formato electrónico

Título. [Tipo de soporte] . Editores o productores. Edición. Versión. Lugar de publicación: Editorial; año.

Duane`s Ophthalmology en CD-ROM User Guide. [monografía en CD-ROM]. Tasman W, Jaeger E editor. version 2.0. Hagenstown: Lippincolt-Raven; 1997.

#### 35) Archivo informático

Autor.Título.[Tipo de soporte]. Versión. Lugar: Editorial; año.

Hemodynámics III: the ups and downs of hemodynámics [programa de ordenador] . Versión 2.2. Orlando (FL): Computerized Educational Systems; 1993.

## Tablas

Mecanografíe o imprima cada tabla a doble espacio y en hoja aparte. No presente las tablas en forma de fotografías. Numere las tablas consecutivamente en el orden de su primera citación en el texto y asígneles un breve título a cada una de ellas. En cada columna figurará un breve encabezamiento. Las explicaciones precisas se podrán en notas a pie de página, no en la cabecera de la tabla. En estas notas se especificarán las abreviaturas no usuales empleadas en cada tabla. Como llamadas para las notas al pie, utilídense los símbolos siguientes en la secuencia que a continuación se indica:\*, †, ‡, ¶, \*\*, ††, ‡‡, etc.

Identifique las medidas estadísticas de variación, tales como la desviación estándar el error estándar de la media.

No trace líneas horizontales ni verticales en el interior de las tablas.

Asegúrese de que cada tabla se halle citada en el texto.

Si en la tabla se incluyen datos, publicados o no, procedentes de otra fuente se deberá de contar con la autorización necesaria para reproducirlos y debe mencionar este hecho en la tabla.

La inclusión de un número excesivo de tablas en relación con la extensión del texto puede dificultar la composición de las páginas. Examine varios números recientes de la revista a la que vaya a remitir el artículo y calcule cuántas tablas se incluyen por cada mil palabras de texto.

Al aceptar un artículo, el director de la revista podrá recomendar que aquellas tablas complementarias que contienen datos de apoyo interesantes, pero que son demasiado extensas para su aplicación, queden depositadas en un servicio de archivo, como el *National Auxiliary Publications Service* (NASP) en los Estados Unidos, o que sean proporcionadas por los autores a quién lo solicite. En este caso, se incluirá una nota informativa al respecto en el texto. No obstante, dichas tablas se presentarán a la revista junto con el artículo para valorar su aceptación.

## Ilustraciones (Figuras)

Envíe el número de juegos completos de figuras solicitado por la revista. Las figuras estarán dibujadas y fotografiadas de forma profesional; no se aceptará la rotulación a mano o mecanografiada. En vez de dibujos, radiografías y otros materiales gráficos originales, envíe positivos fotográficos en blanco y negro, bien contrastados, en papel satinado y de un tamaño aproximado de 127' 17 mm (5' 7 pulgadas), sin que en ningún caso supere 203' 254 mm (8' 10

pulgadas). Las letras, números y símbolos serán claros y uniformes en todas las ilustraciones; tendrán, además, un tamaño suficiente para que sigan siendo legibles tras la reducción necesaria para su publicación. Los títulos y las explicaciones detalladas se incluirán en las leyendas de las ilustraciones y no en las mismas ilustraciones.

En el reverso de cada figura se pegará una etiqueta que indique el número de la figura, nombre del autor, y cuál es la parte superior de la misma. No escriba directamente sobre la parte posterior de las figuras ni las sujete con clips, pues quedan marcas y se puede llegar a estropear la figura. Las figuras no se doblarán ni se montarán sobre cartulina.

Las microfotografías deberán incluir en sí mismas un indicador de la escala. Los símbolos, flechas y letras usadas en éstas tendrán el contraste adecuado para distinguirse del fondo.

Si se emplean fotografías de personas, éstas no debieran ser identificables; de lo contrario, se deberá anexar el permiso por escrito para poder utilizarlas (véase el apartado de protección del derecho a la intimidad de los pacientes).

Las figuras se numerarán consecutivamente según su primera mención en el texto. Si la figura ya fue anteriormente publicada, cite la fuente original y presente el permiso escrito del titular de los derechos de autor para la reproducción del material. Dicha autorización es necesaria, independientemente de quién sea el autor

o editorial; la única excepción se da en los documentos de dominio público.

Para las ilustraciones en color, compruebe si la revista necesita los negativos en color, diapositivas o impresiones fotográficas. La inclusión de un diagrama en el que se indique la parte de la fotografía que debe reproducirse puede ser útil al director. Algunas revistas, únicamente, publican ilustraciones en color si el autor paga el coste adicional.

### **Bibliografía:**

Comité Internacional de Editores de Revistas de Medicina. *Requisitos de Uniformidad para manuscritos presentados a Revistas Biomédicas*. (en línea). May.2000 ( Fecha de acceso sept. 6 2005) Disponible en: [http://www.fisterra.com/recursos\\_web/mbe/vancouver.asp](http://www.fisterra.com/recursos_web/mbe/vancouver.asp)

International Committee of Medical Journal Editors. Uniform Requirements for Manuscripts Submitted to Biomedical Journals: Writing and Editing for Biomedical Publication. (*En Línea*) Updated Oct. 2004. ( Fecha de Acceso sept. 6 2005). Disponible en: <http://www.icmje.org/index.html>

# Revista Facultad de Ciencias Médicas

## *Instrucciones para los Autores*

La Revista de la Facultad de Ciencias Médicas es una publicación de periodicidad semestral tiene como misión ser una revista científico-técnica de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional autónoma de Honduras que fortalece la investigación, comunicación, análisis y debate en el campo de la salud, con énfasis en la promoción y prevención de su problemática, así, como en la formación del recurso humano.

La Revista se suscribe al acuerdo sobre Requisitos Uniformes para Preparar los Manuscritos Enviados a Revistas Biomédicas, elaborado por el Comité Internacional de Directores de Revistas Médicas (Uniform Journal Requirements for manuscripts submitted to Biomedical Journals), disponible en: <http://www.icmje.org>.

## Normas Generales

Los artículos a publicarse deben adaptarse a las siguientes normas:

- Tratar sobre temas biomédico sociales
- Ser original
- Pertenecer a una de las siguientes categorías:
  - Editorial
  - Artículos originales
  - Sección Especial
  - Actualidad
  - Artículos de Revisión
  - Cartas al editor
  - Casos Clínicos
- Debe redactarse en español, impreso en papel bond tamaño A4, por una sola cara, a doble espacio con márgenes de 3 cm.
- Cada sección del manuscrito empezará en página aparte las que se numerarán en forma consecutiva.
- Se entregará la versión impresa y la versión electrónica del texto en el programa Word

y las tablas en Excel. Fotografías con buena resolución.

- Incluir permiso para reproducir material previamente publicado o fotografías que puedan identificar seres humanos.
- En la primera página del original se incluirá: autor(es) en el orden siguiente nombre (s), apellido(s) afiliación institucional, ciudad y país.
- El título del artículo debe ser corto y claro pero informativo.
- Los manuscritos pueden enviarse a la siguiente dirección: Unidad de Tecnología Educativa en Salud. (UTES) o escribir a [revistafcm@unah.edu.hn](mailto:revistafcm@unah.edu.hn)

## Artículos Originales

Son trabajos de observación e investigación clínica o experimental.

Redactarse según el siguiente esquema:

- Título del artículo en español e Inglés.
- **Resumen:** Se colocará en la segunda página en español e Inglés con una extensión máxima de 250 palabras. En él se indicarán los objetivos del estudio, los procedimientos básicos (la selección de los sujetos del estudio o de los animales de laboratorio, los métodos de observación y analíticos), los resultados más destacados (mediante la presentación de datos concreto y, a ser posible, de su significación estadística), y las principales conclusiones. Se hará hincapié en aquellos aspectos del estudio o de las observaciones que resulten más novedosos o de mayor importancia. Al final de cada resumen se colocarán las palabras claves (máximo 5) en Español e Inglés para ello se debe consultar los Descriptores en Ciencias de la Salud DECS Disponible en : <http://www.decs.bvs.br>

El artículo original debe incluir las siguientes secciones:

- a) **Introducción** en la que se presentan las razones que motivaron el estudio y los objetivos del mismo;
- b) **Material y Métodos** en la que se describen los elementos y procedimientos utilizados de manera tal que los resultados puedan ser reproducidos por otros investigadores; se debe incluir una descripción suficiente del análisis estadístico;
- c) **Resultados:** Presente los resultados en el texto, tablas y gráficos siguiendo una secuencia lógica. No repita en el texto los datos de las tablas o ilustraciones; destaque o resuma tan sólo las observaciones más importantes;
- d) **Discusión** Haga hincapié en aquellos aspectos nuevos e importantes del estudio y en las conclusiones que se deriven de ellos. No debe repetir, de forma detallada, los datos u otras informaciones ya incluidas en los apartados de introducción y resultados. Explique en el apartado de discusión el significado de los resultados, las limitaciones del estudio, así como, sus implicaciones en futuras investigaciones. Se compararán las observaciones realizadas con las de otros estudios pertinentes en la que se destacan los aspectos nuevos e importantes del estudio,
- e) **Agradecimiento:** Incluya la relación de todas aquellas personas que han colaborado pero que no cumplan los criterios de autoría, tales como, ayuda técnica recibida, ayuda en la escritura del manuscrito o apoyo general prestado por el jefe del departamento. También se incluirá en los agradecimientos el apoyo financiero y los medios materiales recibidos
- f) **Referencias:** Numere las referencias consecutivamente según el orden en que se mencionen por primera vez en el texto. En éste, en las tablas y leyendas, las referencias se identificarán mediante números arábigos entre paréntesis.

## Ejemplos:

### Artículo de revista

Autor/es. Título del artículo. Abreviatura internacional de la revista. año; volumen (número): página inicial-final del artículo.

Medrano MJ, Cerrato E, Boix R, Delgado-Rodríguez M. Factores de riesgo cardiovascular en la población española: metaanálisis de estudios transversales. Med Clin (Barc). 2005; 124(16): 606-12.

Si los autores fueran más de seis, se mencionan los seis primeros seguidos de la abreviatura *et al.*

### Monografía

Autor/es. Título del libro. Edición. Lugar de publicación: Editorial; año.

Jiménez Murillo L, Montero Pérez FJ. Compendio de Medicina de Urgencias: guía terapéutica. 2a ed. Madrid: Elsevier; 2005

### Referencias Electrónicas

Artículo de Revista en Internet

Autor/es del artículo. Título del artículo. Nombre de la revista [revista en Internet] año [fecha de consulta]; volumen (número): [Extensión/páginas]. Dirección electrónica.

Francés I, Barandiarán M, Marcellán T, Moreno L. Estimulación psicocognoscitiva en las demencias. An Sist Sanit Navar [revista en Internet]\* 2003 septiembre-diciembre. [acceso 19 de octubre de 2005]; 26(3). Disponible en: <http://www.cfnavarra.es/salud/anales/textos/vol26/n3/revis2a.html>

## Monografía en Internet

Autor/es o Director/Coordinador/Editor. Título [monografía en Internet]\*. Edición. Lugar de publicación: Editor; año [fecha de consulta]. Dirección electrónica.

Moraga Llop FA. Protocolos diagnósticos y terapéuticos en Dermatología Pediátrica. [monografía en Internet] \*. Madrid: Asociación Española de Pediatría; 2003 [acceso 19 de diciembre de 2005]. Disponible en: <http://www.aeped.es/protocolos/dermatologia/index.htm>

## Material electrónico en CD-ROM, DVD, Disquete

Autor/es. Título [CD-ROM]. Edición. Lugar: Editorial; año.

Best CH. Bases fisiológicas de la práctica médica [CD-ROM]. 13a ed. Madrid: Editorial Médica Panamericana; 2003.

## Tablas

Mecanografíe o imprima cada tabla a doble espacio y en hoja aparte. No presente las tablas en forma de fotografías. Numere las tablas consecutivamente en el orden de su primera citación en el texto y asígneles un breve título a cada una de ellas. En cada columna figurará un breve encabezamiento. Las explicaciones precisas se podrán en notas a pie de página, no en la cabecera de la tabla. En estas notas se especificarán las abreviaturas no usuales empleadas en cada tabla

Envíe el número de juegos completos de figuras solicitado por la revista. Las figuras estarán dibujadas y fotografiadas de forma profesional; no se aceptará la rotulación a mano o mecanografiada. En vez de dibujos, radiografías y otros materiales gráficos originales, envíe positivos fotográficos en blanco y negro, bien contrastados, en papel satinado y de un tamaño aproximado de 127 ' 17 mm (5 ' 7 pulgadas), sin que en ningún caso supere 203 ' 254 mm (8 ' 10 pulgadas). Las letras, números y símbolos serán claros y uniformes en todas las ilustraciones;

tendrán, además, un tamaño suficiente para que sigan siendo legibles tras la reducción necesaria para su publicación. Los títulos y las explicaciones detalladas se incluirán en las leyendas de las ilustraciones y no en las mismas ilustraciones.

En el reverso de cada figura se pegará una etiqueta que indique el número de la figura, nombre del autor, y cuál es la parte superior de la misma. No escriba directamente sobre la parte posterior de las figuras ni las sujete con clips, pues quedan marcas y se puede llegar a estropear la figura. Las figuras no se doblarán ni se montarán sobre cartulina

## Unidades de medida

Las medidas de longitud, talla, peso y volumen se deben expresar en unidades métricas (metro, kilogramo, litro) o sus múltiplos decimales.

Las temperaturas se facilitarán en grados Celsius y las presiones arteriales en milímetros de mercurio.

Todos los valores de parámetros hematológicos y bioquímicos se presentarán en unidades del sistema métrico decimal, de acuerdo con el Sistema Internacional de Unidades (SI). No obstante, los directores de las revistas podrán solicitar que, antes de publicar el artículo, los autores añadan unidades alternativas o distintas de las del SI.

## Abreviaturas y símbolos

Utilice únicamente abreviaturas normalizadas. Evite las abreviaturas en el título y en el resumen. Cuando en el texto se emplee por primera vez una abreviatura, ésta irá precedida del término completo, salvo si se trata de una unidad de medida común.

## ACTUALIZACIONES:

Se trata de revisiones de temas que han experimentado un rápido desarrollo en los últimos años, en los cuales el autor ha tenido una importante experiencia personal. Su extensión no debe sobrepasar las 15 páginas tamaño carta.

**Casos clínicos:** Ejercicios académicos de interpretación de la historia clínica y los exámenes paraclínicos, orientados a la exposición de casos difíciles, inusuales o de presentación atípica que sugieren un reto diagnóstico y terapéutico

**ARTÍCULO DE REVISIÓN:**

Estudio y análisis crítico de mínimo 20 estudios de la literatura reciente y pertinente a un tópico en especial, junto a los puntos de vista del autor sobre dicho tema

**ARTÍCULOS ESPECIALES:**

Son actualizaciones o consensos de grupos de trabajo acerca de temas de gran interés en el ámbito regional o internacional. Sus autores deben ser especialistas en la materia y el texto debe incluir una amplia y actualizada revisión bibliográfica

## Nutrición y vida activa: del conocimiento a la acción

### CONTENIDO

*Nutrición y vida activa: del conocimiento a la acción* es una antología escrita por destacados expertos en salud pública de la Organización Panamericana de la Salud y la comunidad internacional de desarrollo.

Las selecciones del libro se enfocan en cómo la investigación en nutrición y la promoción de modos de vida activos pueden hacer aportes vitales para la planificación y la formulación de políticas públicas, así como para el diseño, la ejecución, el seguimiento y la evaluación de programas.

Todos de un modo u otro podemos beneficiarnos directamente de esta ciencia y su aplicación eficaz. El reconocimiento obtenido de los resultados de investigación presentados aquí tiene el poder de transformar la vida de las madres y los niños, la población económicamente activa, los adultos mayores y todos los grupos de edad cuyo modo de vida sedentario representa un gran riesgo de contraer enfermedades crónicas potencialmente mortales.

Nutrición y vida activa: del conocimiento a la acción es una contribución importante de interés particular para los profesionales en servicios, los investigadores y los encargados de tomar decisiones en los campos de promoción de la salud, educación comunitaria, nutrición, salud materno-infantil, actividad física, formulación de políticas en salud pública y planificación urbana, comunicación social y otras áreas relacionadas.



2006, pp., 263  
ISBN: 92 75 31612 0  
US\$ 30.00/20.00  
en América Latina y el Caribe  
Código: PC 612

Solicite su ejemplar a través de  
<http://publications.paho.org>  
E-mail: [paho@pmds.com](mailto:paho@pmds.com)  
Tel.: (301) 617-7806  
Fax: 301-206-9789

#### La contribución de la ciencia a la acción

Repercusiones normativas y programáticas de la investigación sobre la importancia de la nutrición en la primera infancia a largo plazo: lecciones aprendidas del estudio de seguimiento del INCAP.

Aporte de la investigación a las políticas de alimentación del lactante en América Latina.

#### Micronutrientes: intervenciones exitosas para remediar las deficiencias específicas

Control de los desórdenes por deficiencia de yodo: la contribución de la experiencia ecuatoriana.

Programa de fortificación de azúcar con vitamina A en Guatemala: logros y dificultades.

Control de la deficiencia de vitamina A en Nicaragua.

Fortificación de la harina de trigo con ácido fólico y prevención de defectos del tubo neural en Chile.

#### Estrategias integradas al nivel local

Análisis de lactancia materna en el Brasil: de las recomendaciones internacionales a la política local.

Proyecto "La mejor compra" en el Perú: recomendaciones sobre nutrición en el contexto real del mercado urbano local.

Agita Sao Paulo: promoción de una vida activa como forma de vida en el Brasil.

Promoción de modos de vida activos y espacios urbanos saludables: la transformación cultural y espacial de Bogotá, Colombia.

#### Estrategias integradas al nivel nacional

Mejorar la nutrición en México: el uso de la investigación para la toma de decisiones sobre políticas y programas de nutrición.

Respuesta de las políticas públicas a la transición epidemiológica y nutricional: el caso de Chile.

Transporte, desarrollo urbano y seguridad ciudadana en América Latina: su importancia para la salud pública y una vida activa.

### OTRAS PUBLICACIONES RELACIONADAS

Visite la librería en línea de la OPS

(<http://publications.paho.org>) para leer una descripción completa de cada una de estas publicaciones

- Conocimientos actuales sobre nutrición, 8a. edición
- Tratamiento de la malnutrición grave
- CD - Alimentos, nutrición y la prevención del cáncer: una perspectiva mundial
- Dieta, nutrición y prevención de enfermedades crónicas
- Mantenerse en forma para la vida. Necesidades Nutricionales de los adultos mayores



# INFORMACIÓN GENERAL

## BIBLIOTECA MEDICA NACIONAL

### CENTRO COOPERANTE DE LA RED "LEYES"

Bajo la coordinación del Área de Desarrollo Estratégico de la Salud y del Centro Latinoamericano y del Caribe de Información en Ciencias de la Salud (BIREME), se está desarrollando la Base de datos LEYES como un medio para difundir el conocimiento y apoyar la formulación de legislación que haga efectivas políticas y estrategias de salud basadas en principios de justicia social y equidad. Se sustenta en el reconocimiento que una legislación obsoleta puede constituir un obstáculo para alcanzar la meta de salud para todos a nivel nacional. "Leyes" contiene referencias bibliográficas de Legislación Básica en Salud vigente en los países de América Latina y el Caribe.

La utilidad de la base de datos se incrementa al permitir hacer el seguimiento de la normativa que los países han emitido para el logro de los Objetivos del Milenio.

La base de datos leyes opera en Red y es una de las fuentes de información de la Biblioteca Virtual en Salud Honduras. El trabajo en Red es posible gracias a la adopción de normas comunes para el procesamiento de los datos.

La Biblioteca Médica como centro cooperante en Honduras tiene la responsabilidad de buscar, analizar y procesar las normas jurídicas producidas en el país y contribuir a la base de datos sobre "Legislación Nacional de Honduras" y seguidamente incorporarse a la Red Regional.

La Base de datos es accesible en la siguiente dirección: <http://www.leyes.bvs.hn>





# Nuestras publicaciones



Contienen:

*Historia de la medicina hondureña*

*Casos clínicos*

*Desarrollo profesional de las enfermeras*

*Secciones especiales*

*Actualidad*

**Adquiere-la en la Unidad de Tecnología Educativa en Salud  
- UTES - UNAH -**

La suscripción es válida por un año

VALOR DE LA SUSCRIPCIÓN

HONDURAS:

Lps.60.00 Por un año (2 números)

EXTERIOR:

\$4.00 Por un año (2 números)

Para mayor información comunicarse  
con las oficinas de la UTES en la  
siguiente dirección:

Facultad de Ciencias Médicas  
Unidad de Tecnología Educativa  
en Salud, (UTES)  
Contiguo a Hospital-Escuela  
Telefax: (504) 232-2044

E-Mail: [revistafcm@unah.edu.hn](mailto:revistafcm@unah.edu.hn)

CUPÓN DE SUSCRIPCIÓN  
REVISTA DE FACULTAD DE CIENCIAS  
MÉDICAS

Nombre: \_\_\_\_\_

Departamento o Unidad: \_\_\_\_\_

Dirección de envío: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_ E.mail \_\_\_\_\_

País: \_\_\_\_\_



Universidad Nacional Autónoma de Honduras  
Facultad de Ciencias Médicas  
Depto. Educación de Enfermería  
POST GRADO EN ENFERMERÍA



# Post Grados en Enfermería

## Información General

- Duración 12 meses
- Número de asignaturas 9
- Número unidades valorativas 43
- Título acreditado por la UNAH
- Grado académico: Especialista

### • Requisitos de admisión

- Título de Licenciatura en Enfermería expedido por UNAH o legalizado por la misma
- Historial académico
- Índice académico de 70% o más
- Hoja de vida, sustentada
- Entrevista personal
- Conocimientos generales sobre computación e internet
- Documentos personales
- Costo de matrícula financiado en 10 meses.

En proceso: Maestría en Ciencias de Enfermería con énfasis en diferentes áreas.

### Ofrece 4 especialidades:

**Atención en salud integral al niño y adolescente**

**Salud materno perinatal**

**Enfermería perioperatoria**

**Salud Familiar**

### Información

**UNAH/ FCM**  
**Post Grado Enfermería FCM**  
**edificio #1, 3er piso, contiguo a Hospital Escuela.**  
**Tegucigalpa**  
**Tel: 239 58 85**  
**Fax: 239 56 32**

Email:

[Postgradoainah@yahoo.com](mailto:Postgradoainah@yahoo.com)

[Myrnavasquez55@yahoo.com](mailto:Myrnavasquez55@yahoo.com)

