



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE HONDURAS

Revista de la Facultad de Ciencias Médicas

Volumen 14, Año 14, N°2

ISSN 1991-5225



Julio-Diciembre 2017
Tegucigalpa, Honduras



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE HONDURAS

Revista de la Facultad de Ciencias Médicas

Volumen 14, año 14, N° 2

Julio – Diciembre 2017

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE HONDURAS

DR. FRANCISCO HERRERA

Rector Universidad Nacional Autónoma de Honduras, UNAH

MSC. BELINDA FLORES

Vicerrectora Académica, UNAH

MSC. JULIO RAUDALES

Vicerrector de Relaciones Internacionales, UNAH

ABOG. AYAX IRÍAS

Vicerrector de Orientación y Asuntos Estudiantiles, UNAH

DR. MARCO TULLIO MEDINA

Decano Facultad de Ciencias Médicas, UNAH

DR. JORGE VALLE

Secretario, Facultad de Ciencias Médicas, UNAH

CONSEJO EDITORIAL DE REVISTA DE LA FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

DR. GERMAN LEONEL ZAVALA

Director Adhonorem Revista Facultad de Ciencias Médicas, UNAH

LICDA. BIANCA J. FLETES

Secretaria del Consejo Editorial. Unidad de Tecnología Educacional en Salud (UTES), Facultad de Ciencias Médicas, UNAH

DRA. CECILIA GARCÍA

Biblioteca Médica Nacional, Sistema Bibliotecario, UNAH

LICDA. MARÍA OLIMPIA CÓRDOVA

Unidad de Tecnología Educacional en Salud (UTES), Facultad de Ciencias Médicas, UNAH

DR. ELEAQUÍN DELCID

Departamento de Salud Pública, Facultad de Ciencias Médicas, UNAH

LICDA. SILVIA ACOSTA

Departamento de Educación de Enfermería, Facultad de Ciencias Médicas, UNAH

LIC. MAURICIO GONZALES

Unidad de Investigación Científica (UIC), Facultad de Ciencias Médicas, UNAH

DR. ORLANDO MARTINEZ

Departamento de Ciencias Morfológicas, Facultad de Ciencias Médicas, UNAH

DR. SILDER MONCADA

Departamento de Ginecología y Obstetricia, Facultad de Ciencias Médicas, UNAH

DR. FERNANDO FAJARDO

Departamento de Medicina Interna, Facultad de Ciencias Médicas, UNAH

DRA CLAUDIA MOLINA

Departamento de Nutrición, Facultad de Ciencias Médicas, UNAH

LICDA. LISSETTE BORJAS

Editora Adjunta

MSC. ELIA B. PINEDA

Editora Adjunta.

DR. DAGOBERTO ESPINOZA M.

Editor Adjunto

LICDA. RENY URBINA

Editora Adjunta

CONSEJO DE REDACCIÓN

Dr. Germán Leonel Zavala (Coordinador)

Licda. Lissette Borjas

Licda. Bianca Fletes

Lic. Mauricio Gonzales

CONSEJO DE EDICIÓN

Dr. Eleaquin Delcid (Coordinador)

Dra. Cecilia García

Dr. Orlando Martínez

Licda. Silvia Acosta

Licda. Reny Urbina

CONSEJO DE ADMINISTRACIÓN

Licda. María Olimpia Córdoba (Coordinadora)

Licda. Silvia Acosta (Tesorera)

Sec. Johanna Vallecillo



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE HONDURAS

UNAH

REVISTA DE LA FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

Vol. 14, Año 14, N° 2
Julio - Diciembre 2017

Indizada en: LILACS, LATINDEX

Versión impresa
ISSN 1991-5225

Versión electrónica
ISSN 1991-5233

UNIDAD EJECUTORA
UNIDAD DE TECNOLOGÍA
EDUCACIONAL EN SALUD (UTES),
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

Email: revistafcm@unah.edu.hn

CONTENIDO

Página

EDITORIAL

- Privatización de los servicios de salud** 7
German Leonel Zavala

ARTÍCULOS ORIGINALES

- Enfermedades diarreicas agudas en menores de 5 años, Centro de Salud de Villa Adela** 11
Israel Vargas
- Violencia contra la mujer en la relación de pareja; caracterización en cinco comunidades de Honduras** 16
German Leonel Zavala, David Alexander Montoya-Reales

ARTÍCULOS DE REVISIÓN

- Caracterización general de sepsis neonatal temprana** 28
German Edgardo Fajardo Dubón, Rut Elizabeth Flores Zelaya, Gloria Alicia Cárcamo Portillo
- Seno preauricular, diferentes técnicas quirúrgicas** 36
Iliana Durón Tábora, Javier A. Durón Tábora, Javier A. Durón Martínez

CASOS CLÍNICOS

- Histoplasmosis diseminada en una paciente con hipotiroidismo.** 41
Rocío Iveth Alvarado-Urbina, Nashxielly Alejandra Guevara-Mena, Renán Alejandro Mendoza-Funes, Samuel Antonio Salazar-Álvarez, Efraín Bu-Figueroa
- Síndrome de Ramsay Hunt tipo II en mujer mayor de 90 años** 46
Mónica Marcela Macías Ortega, Andrea M. Agurcia, Jovanna R. Andrade-Romero

ARTÍCULO ESPECIAL

- HINARI información para la investigación en salud: experiencia en Honduras** 52
Martha Cecilia García, Ovidio Padilla, Lourdes Ramirez, Jackeline Alger.

IMAGEN

- Asfixia mecánica: Signo de Amussat** 56
Darwin A. Pineda Montalva, Bertha C. Beltrán Matute, Sandra R. Cerna Cardona

DIRECTRICES DE PUBLICACIONES CIENTÍFICAS

- Formulario para publicación de artículos científicos** 57
- Instrucciones para los autores** 60

PRIVATIZACIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD

El sistema nacional de salud de Honduras tiene una estructura que consta de dos sub sistemas, público y privado; el público está formado por la red de establecimientos sin fines de lucro que atiende el 60% de la población y el Instituto Hondureño de Seguridad Social (IHSS) el 12% a la población trabajadora afiliada, el privado el 10% que puede pagar y la población no cubierta es el 18% que significa más de 1.5 millones de habitantes.

El sub sistema público está constituido por 1 635 establecimientos: 7 Hospitales Nacionales, 6 regionales, 16 de Área; 436 Centros de Salud con Médico y Odontólogo (CESAMOS) y 1 078 Centros de Salud Rural (CESAR); 74 clínicas materno infantiles; 3 Clínicas de Emergencia Periféricas (CLIPER); 15 Centro Escolar Odontológico (CEO). El IHSS dispone de 2 hospitales ubicados en San Pedro Sula y Tegucigalpa, 7 clínicas periféricas, 1 centro odontológico, 2 centros de medicina física y rehabilitación y 1 Centro de Atención del Adulto Mayor. El sub sistema privado dispone de 1 131 establecimientos que incluyen centros médicos, clínicas, laboratorios, farmacias y consultorios médicos.⁽¹⁾ A este sistema se agrega el privado sin fines de lucro.

El IHSS ha estado y está en una situación de calamidad provocado por las ineficientes administraciones históricas de esta institución. Los hechos relacionados han generado una crisis en el IHSS que han afectado el derecho humano a la seguridad social de la población hondureña asegurada. El ingreso presupuestado para el año 2014 no era razonable debido a las deficiencias contables, ya que se están registrando valores en concepto de cotización de empresas inexistentes, hecho que se encuentra actualmente bajo investigación.⁽¹⁾ Aunado a lo anterior el déficit presupuestario de esta institución se debe a la corrupción, robo, desfalco que no ha permitido su desarrollo, este descalabro financiero es adecuado para los planes privatizadores que se plantean en el nuevo modelo de salud, en el cual se aspira a tener protección de la población bajo un esquema universal de seguros.

De acuerdo a lo planteado relacionado al sistema de salud en contraste se conoce que el 64.5% de la población vive debajo de la línea de la pobreza y de ellos el 39.7% vive en la pobreza extrema.⁽¹⁾ La salud es un problema complejo y por supuesto el sistema mismo, tiene características peculiares pues para mejorar la salud de la población

se requieren intervenciones colectivas e individuales. Sin duda, la mayoría de enfermedades infecciosas y la prevención de accidentes/violencia/drogadicción/estrés, requieren intervenciones públicas, pero también es de sobra conocido que el control y la prevención de enfermedades crónicas, como la hipertensión, el cáncer y la diabetes, requieren cambios en el estilo de vida que deben abordarse comunitariamente.⁽²⁾

La propuesta del Estado para la prestación de servicios y que sustituirá el sistema de salud actual, consiste en organizarlos en dos niveles de atención: el primer nivel brindará atención ambulatoria y tendrá la mayor demanda de atención, este tendrá 3 niveles de complejidad que sustituirá los CESAR, CESAMO, CLIPPER y CEO del sistema actual. El segundo nivel debe dar continuidad al proceso de atención salud-enfermedad, que son referidos del primer nivel. Ofrecerán servicios de emergencia, hospitalización y atención quirúrgica, este nivel se divide en 4 niveles de complejidad y sustituirá la estructura actual que corresponde al hospital de área, hospital regional y hospital nacional del sistema actual. Se puede afirmar que el país cuenta con hospitales de diferente complejidad del modelo propuesto y estos se encuentran en las dos ciudades principales del país (Tegucigalpa y San Pedro Sula) por lo cual su cobertura es limitada.⁽¹⁾

Bajo la propuesta de la Organización Mundial de la Salud (OMS) sobre la cobertura universal de salud, se supone que el principio es cubrir el 95% de la población bajo el esquema propuesto por el estado hondureño. La concreción problemática está relacionada con algunos elementos que se mencionan como son la descentralización, la Asociación Público Privada (APP), sub contratación y otros. En Honduras se plantea la universalización del aseguramiento con un enfoque de cobertura universal de salud mediante un sistema de salud integrado y plural, en el que la Secretaría de Salud aparte de su función rectora, contaría con un seguro público nacional de salud para la población pobre y un IHSS que funcionaría exclusivamente como aseguradora al contratar servicios para sus afiliados con proveedores públicos y privados, que operarían bajo un modelo de salud familiar y comunitario.

La pregunta es ¿Por qué se debe de cambiar el sistema actual por otro?, existen algunos hechos históricos que avalan las razones a las cuales se debe el cambio.

Desde época de Thatcher y Reagan la ideología neoliberal ha partido de la base de que es necesario adelgazar el Estado y hacer que sean las personas las que individualmente asuman todos los riesgos de su vida, y de su salud. Consecuentemente se propugnó el desmantelamiento de los sistemas de bienestar y la puesta en funcionamiento de un modelo de sociedad donde el mercado asume la totalidad de la provisión de bienes y servicios y, lógicamente, el acceso a los mismos esta mediatizado por la capacidad económica de cada persona.⁽³⁾

Para lograr este objetivo los neoliberales han creado una ideología basada en dos principios: el primero, el sector privado es más eficiente que el sector público y segundo un gobierno grande corrompe. En base a los dos principios, el rol del Estado debe ser reducido y el sector privado debe asumir las funciones que ha estado ejerciendo. Para lograr un cambio según el pensamiento neoliberal, este se consigue con la privatización de todas las actividades posibles incluyendo: los servicios de correo, educación, servicios de salud, cárceles, servicios de mantenimiento de las carreteras, producción y distribución de energía, servicios portuarios, recursos naturales y un número mayor de los servicios y defensa nacional. Desde esta visión el nuevo papel del Estado es regular al sector privado para controlar los posibles abusos.⁽⁴⁾ Por lo tanto, el papel del Estado es reducido y su intervención apunta hacia la administración de justicia, el manejo de la fuerza con sus ejércitos y policías para garantizar la seguridad de los ciudadanos y proteger los capitales de los inversionistas.⁽⁵⁾

El neoliberalismo tiene por supuesto su impacto en el sector salud de tal manera que el fenómeno de la privatización y la mercantilización de la salud, al responsabilizar a la persona por su salud es privatizar la misma y se acompaña de otro proceso de privatización⁽⁶⁾ El significado de lo propuesto, para los neoliberales de la salud, esta ha dejado de ser un bien social (con valor de uso) para transformarse en un bien individual (con valor de cambio) que permite competir con otras personas, al margen de la organización social, política, económica de la sociedad en su conjunto.⁽⁷⁾ El impacto de estas medidas de privatización se acompaña de otras como la reducción drástica y el control estricto del gasto público e incremento en las tarifas de los bienes y servicios públicos; redefinición del tipo de cambio, apertura externa comercial y de inversión, desregulación de la actividad financiera; desregulación y flexibilización de la relación laboral con ataques a los sindicatos, destrucción de los contratos colectivos y cambios regresivos en la legislación laboral y depresión salarial.⁽⁶⁾ En Honduras se ha implementado una nueva

manera de contratación que es “el empleo por hora” en contra de las contrataciones colectivas y el Código del Trabajo.

Las políticas neoliberales han convertido la salud de un derecho inalienable constitucionalmente establecido a una mercancía, o sea que las personas deben pagarla de acuerdo al precio establecido por los empresarios, al privatizar el sistema de salud va a suceder que el lenguaje del usuario de los servicios de salud pasa al de cliente. Es importante tener claridad que las empresas privadas de salud buscan la rentabilidad, además es selectiva porque presta los servicios a los que pueden pagar, curativa y no preventiva de los servicios de salud, agregado a lo anterior está la tecnología utilizada como mediador diagnóstico con criterios de rentabilidad económica aumentando los costos de tratamiento. Así las empresas de salud se convierten en obstáculo al acceso universal a un servicio de salud igualitario.

Las experiencias en otros países sobre la privatización de los servicios de salud demuestran que el impacto en la población ha sido similar y en las empresas privadas igual, algunos ejemplos orientarán sobre la privatización. En Colombia, hace dos décadas emprendió su reforma en salud, uno de los hitos fue la Implementación Legal 100 de 1993, norma primordial del Sistema de Seguridad Social Integral en Colombia y la creación de Entidades Promotoras de Salud (EPS) que son privadas, otro hito fue el desarrollo de las asociaciones público privada para servicios de salud. Luego de casi dos décadas uno de los expertos que dirigieron la reforma, Thomas Bossert dijo: “el sistema también buscaba mejorar la eficiencia del servicio de salud y disminuir el desperdicio de recursos, y fue lo que no funcionó”. Colombia, al hacer esfuerzo de obtener recursos destinados a la salud y dárselos a empresas privadas resultó muy costoso, porque se esperaba que la competencia entre ellas iba a mejorar la eficiencia del servicio y esto no sucedió.

El sistema de financiamiento de la atención médica en Chile, que es regresivo, es decir, los pobres están financiando los servicios de las clases más acomodadas, el Estado se responsabiliza solo de una parte de los que no pueden acceder al sistema privado. Además, en Chile, la descentralización regional de hospitales y municipal de las clínicas, ha creado desigualdades en la calidad de oferta, las jurisdicciones más pobres no tienen capacidad de ofrecer servicios de la misma calidad que las más ricas, las clases más altas consumen más servicios de salud que las poblaciones más pobres. El acceso a los servicios en Chile ha aumentado la inequidad, por otra parte, las Instituciones de Salud Previsional (ISAPRE), con una población más joven y más sana, originan mayor gasto en salud que los servicios de la red pública. Ello

sugiere que los servicios privados son más ineficientes que los públicos, o alternativamente que la demanda de una gran parte de la población con menos recursos no es atendida.⁽⁸⁾

En México, el sistema nacional de salud estableció una separación entre las instituciones administradoras del financiamiento y las prestadoras de servicios, a diferencia del esquema anterior, que solamente podían ser públicas. Actualmente también son privadas o sea que los cambios radican en la inserción del sector privado en todos los niveles, lo cual implica el traslado de recursos del sector público al privado. Por otro lado ese nuevo esquema del sistema nacional de salud mexicano, anticipa una recomposición de la población con base en una nueva forma de acceso diferencial a los servicios de salud, esto genera la segmentación del sistema y la separación de la población en asegurada y no asegurada, introduce para ambas una diversidad de servicios a los que podrán acceder a partir de seguros privados, de acuerdo a su capacidad de pago.⁽⁹⁾

En Costa Rica, el financiamiento de los servicios está basado en un impuesto progresivo sobre el salario, lo cual tiende a incrementar la equidad social y respeta el principio de solidaridad, dos aspectos importantes para fortalecer la cohesión social; así mismo, el acceso a los servicios de salud se sigue considerando un derecho que el Estado garantiza. Las clases más altas consumen más servicios de salud que las poblaciones más pobres. Otro aspecto muy importante es que Costa Rica ha mantenido la equidad en el acceso a los servicios.⁽⁸⁾

Uno de los escasos estudios empíricos realizados en España, los autores concluyeron que la gestión privada en los hospitales públicos no garantiza una mayor eficiencia pero tampoco una peor calidad asistencial, y a la inversa que la gestión pública no garantiza mayor calidad pero tampoco peor eficiencia. Otro estudio empírico reciente concluye que excluidos del análisis algunos departamentos de salud outliers el gasto sanitario per cápita es algo inferior (un 9%) en los departamentos gestionados en régimen de concesión que en los de gestión directa.

El Reino Unido en que se aplicó el modelo de Iniciativa de Financiamiento Privado (PEI, por sus siglas en inglés). Una de las primeras conclusiones es que estas formas de colaboración pueden entrañar un coste global superior al que resultaría de recurrir al endeudamiento público. Otro problema relevante identificado en la literatura es la ausencia real de transferencia de riesgos al sector privado, lo que se observa en este tipo de modelo es que se establece diferencia con el perfil de morbilidad en hospitales de gestión privada. En relación a países de

la Unión Europea como Italia y Portugal, los resultados de la aplicación del modelo PEI no han sido superior a lo esperado. En Alemania y Francia los hospitales de titularidad PEI, no acreditan mejores desempeños que los de titularidad pública. Por lo tanto los hospitales privados, no son más eficientes que los públicos sino, en todo caso, lo contrario.⁽¹⁰⁾

Como ha sucedido en otros países la privatización de los servicios de salud, en Honduras está en proceso de desarrollo; relacionado con esos intentos hay algunas experiencias de gestión que se han implementado tales como: subrogación de servicios hospitalarios, descentralización considerado como una forma de privatización, implementar programas de salud a través de Organizaciones No Gubernamentales (ONG), se estableció el reglamento de la APP. Estas experiencias se realizaron para mejorar el sistema de salud público que era considerado ineficiente. Estas experiencias no son más que la transferencia de la responsabilidad del financiamiento del sector público a los usuarios o a las instituciones prestadoras de servicio privado, en otras palabras el Estado se desliga como financiador de la salud poblacional por lo tanto la salud pasa a ser una responsabilidad individual y privada.

La transformación del aparato estatal da como consecuencia un cambio en las relaciones laborales que mantienen los trabajadores con las empresas privadas de salud, en este tipo de relación aparecen algunos tipos de recursos humanos que establecen diferencias entre ellos. Los trabajadores que se encuentran son, los fijos o permanentes que gozan de los beneficios sociales; los trabajadores por contrato, sean estos por hora o temporales, dichos trabajadores son menos estables, realizan actividades precarias, abaratamiento de salarios, no gozan al derecho de huelga, sindicalización, jubilación y otros; existe un último grupo de trabajadores que se ha implementado en algunas áreas, es el trabajador por productividad o destajo que carece igualmente de beneficios sociales.

La base ideológica de la privatización se fundamenta en el desfinanciamiento del sector público para la entrada de las empresas privadas de salud en lo público, por tanto las experiencias ocurridas en otros países permite aprender de ellas. Los resultados en países como: Colombia, Chile, México y países europeos han demostrado que esas experiencias de financiamiento privado no indican que la privatización es mejor que lo público. En los resultados de estas experiencias, los Estados destinan recursos de manera desmesurada generando altas erogaciones económicas que no corresponden con los servicios prestados y se presenta un problema de supervisión y control sobre el sistema privado.

En Honduras, la propuesta de reforma del sector salud busca la universalización de la atención médica para toda la población a través de un sistema de seguridad según criterios de grupos poblacionales con capacidad de pago, de acuerdo al sistema por implementar, se omite el hecho de que los seguros serán administrados por aseguradoras privadas o sea, que estas van a definir el proceso administrativo y sin correr riesgos en el sistema, a su vez estas comprarán servicios médicos a diversos proveedores preferentemente privados. El neoliberalismo impone un pensamiento y un lenguaje en el cual el derecho a la salud deja de ser un derecho humano para transformarse en una mercancía manejada por las leyes de la oferta y la demanda.

BIBLIOGRAFÍA

- 1.- Carmenate-Milián L, Herrera-Ramos A, Ramos-Cáceres D. Situación del sistema de salud en Honduras y el nuevo modelo de salud propuesto. Arch Med. 2016; 12(4):10.
- 2.- Homedes N, Ugalde A. Privatización de los servicios de salud: las experiencias de Chile y Costa Rica. Gac Sanit 2002;16(1):54-62.
- 3.- Bayle Sánchez M. La privatización de la asistencia sanitaria en España. Madrid: Laboratorio de Alternativas; 2014. Documento de trabajo 182.
- 4.- Ugalde A, Homedes N, La descentralización de los servicios de salud; de la teoría a la práctica. Salud colectiva.2008;4(1):31-56.
- 5.- Velasco R.J. Neoliberalismo, salud pública y atención primaria: las contradicciones en el paradigma de salud para todos. Colombia Med. 1997;28(1):27-33.
- 6.- Guerra E D. El neoliberalismo como amenaza para el acceso a la salud de los colombianos. Rev Fac Nac Salud Publica 2006;24(2):142-146.
- 7.- Díaz Mérida F. El neoliberalismo en salud. La Prensa, Panamá. Internet 8 sept 2001. Opinión. Consultado el , 21 de septiembre de 2017. Disponible en https://impresa.prensa.com/opinion/neoliberalismo-salud_0_461953861.html
- 8.- Zevallos L, Salas V, Robles L. Asociaciones público-privadas para servicio de salud: ¿la solución al sistema de salud peruano? Rev Peru Med Exp Salud Publica. 2014;31(4):769-774.
- 9.- Gonzales T S, Valle Arcos IR. Desigualdad social y reformas neoliberal en salud. Rev Mex Sociol. 2005; 67(2):321-356.
- 10.- Sánchez Martínez FI, Abellán-Perpiñána JM. Oliva Moreno J. La privatización de la gestión sanitaria: efecto secundario de la crisis y síntoma de mal gobierno. Informe SESPAS 2014. Gac Sanit. 2014; 28(S1):75–80.

Dr. German Leonel Zavala

Director Adhonorem

Revista de la Facultad de Ciencias Médicas

ENFERMEDADES DIARREICAS AGUDAS EN MENORES DE 5 AÑOS, CENTRO DE SALUD DE VILLA ADELA

Acute diarrheal diseases in children under 5 years old, Villa Adela

Israel Vargas¹

RESUMEN

La diarrea aguda es el aumento en el número de evacuaciones, con disminución en su consistencia, de instalación súbita, generalmente infecciosa, adquirida por contaminación fecal oral y con amenaza al equilibrio hidroelectrolítico. **Objetivo:** evaluar los casos de enfermedad diarreica aguda en niños menores de cinco años, en el centro de salud Dr. Odilón Renderos, ubicado en el Barrio Villa Adela de Comayagüela, durante el período de enero a abril del 2017. **Material y Métodos:** mediante investigación- acción participativa se realizó un estudio descriptivo retrospectivo transversal; la población de estudio la constituyó 45 expedientes clínicos con diagnóstico de diarrea aguda durante un periodo de 4 meses. La muestra fue de 23 expedientes con la información completa. Se hizo visita domiciliaria, con el propósito de observación directa del ambiente casero, condición de la vivienda y el sistema de obtención de agua. Se solicitó al jefe de familia autorización para la toma de muestras de agua y análisis bacteriológico, a su vez se realizaron charlas a las familias, con demostraciones de purificación y uso de agua en forma adecuada. **Resultados:** se observó un aumento de la frecuencia de casos de diarrea en el periodo de estudio, en enero de 8(17.7%) al mes de abril 13(28.9%); los más afectados fueron los menores de un año y la frecuencia fue de 12(52.2%); la complicación que presentaron fue la deshidratación 1(4.4%) y el tratamiento fue sales de rehidratación oral 22(95.6%). En relación al abastecimiento de agua para consumo de las familias 13(57%) usó agua embotellada; 6(29%) agua de la llave y 4(14%) hierve el agua. El análisis bacteriológico del agua, de 7 muestras, 6(85%) resultaron positivas con coliformes y 1(15%) resultó negativa. **Conclusión:** en la atención médica general se presentan casos de diarrea, las más frecuentes son las agudas, causadas por bacterias de origen hídrico, la tendencia de las diarreas en el periodo de estudio fue ascendente en los meses de enero y abril, estacionaria en los otros dos meses.

Palabras clave: Diarrea, Disentería, etiología, prevención y control

ABSTRACT

Acute diarrhea is an increase in the number of evacuations, with a decrease in its consistency, it is of sudden onset, generally infectious, acquired by oral fecal contamination and threatens the electrolyte balance. **Objective:** to evaluate the cases of acute diarrheal disease in children under five years of age at the Dr. Odilón Renderos health center, located in the Villa Adela neighborhood in Comayagüela, during the period between January to April 2017. **Material and Methods:** through participatory action research, a transversal retrospective descriptive study was done; the population in study consisted of 45 clinical files of patients with an acute diarrhea diagnosis during a period of 4 months. The sample included 23 clinical files with complete information. Home visits were made with the purpose of direct observation of the home environment, home conditions and the water collection system. The head of the family was required to authorize the taking of water samples and bacteriological analysis. Some education was offered to the families, including demonstrations of water purification and use in an appropriate way. **Results:** an increase in the frequency of diarrhea cases was observed in the study period, from January 8 (17.7%) to April 13 (28.9%); children under one year of age were the most affected with a frequency of 12 (52.2%); the complication they presented was dehydration 1 (4.4%) and the treatment was oral rehydration salts 22 (95.6%). In relation to the water supply for consumption of families, 13 (57%) used bottled water; 6 (29%) used tap water and 4 (14%) used boiled water. The bacteriological analysis of 7 water samples showed that 6 (85%) were positive with coliforms and 1 (15%) was negative. **Conclusion:** in the general medical practice there are cases of diarrhea, being acute cases the most frequent ones, caused by bacteria of water origin. The tendency of the diarrheas in the period of study was ascending in the months of January and April, stationary in the other two months.

Keywords: Diarrhea, dysentery, etiology, prevention and control

¹ Profesor Titular I, Departamento de Salud Pública Facultad de Ciencias Médicas UNAH.

Autor de correspondencia: Israel Vargas vargasisrael@hotmail.com

Recibido: 19/05/2017 Aprobado:25/01/2018

INTRODUCCIÓN

La diarrea es el aumento en la frecuencia de las deposiciones, acompañada de una disminución en la consistencia y algunas veces con sangre, moco, pus o restos alimentarios; su clasificación nos enfocaremos en los cuadros agudos que ocurren en la mayoría de niños menores de 5 años y de causas infecciosas según la Organización Mundial de la Salud (OMS), las enfermedades diarreicas ocasionan anualmente la muerte a 760 000 niños menores de 5 años, convirtiéndola en la segunda causa de morbilidad y mortalidad a escala mundial.⁽¹⁾ La tercera causa de muerte infantil en el país es la diarrea, esta enfermedad contribuye con 30% en la muerte de los menores de 5 años.⁽²⁾ Uno de los problemas de la diarrea en niños es la deshidratación con pérdida de electrolitos, lo que conduce a utilizar sales de rehidratación oral, que continúa siendo uno de los pilares fundamentales para tratar este tipo de enfermedad.⁽²⁾ Se considera que las diarreas agudas siguen manteniendo vigencia en el perfil epidemiológico de las comunidades en Centro América.⁽³⁾ Por lo expuesto se planteó los siguientes problemas: como se ha descrito existe una relación entre las enfermedades diarreicas en menores de 5 años, el acceso a agua potable y servicios de eliminación de excretas.^(4,5)

El objetivo general es evaluar los casos de enfermedad diarreica aguda en niños menores de 5 años.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se realizó un estudio de investigación-acción participativa descriptivo retrospectivo transversal: la unidad de estudio fue constituida por 45 expedientes clínicos de niños menores de 5 años, consignados en el registro de control estadístico del departamento de epidemiología del centro de salud, por consulta en los meses de enero a abril 2017 y que fueran geográficamente localizables. Los expedientes que no cumplían con estos criterios fueron excluidos. La muestra fue de 23 expedientes clínicos con diagnóstico de síndrome diarreico agudo.

El muestreo fue convencional y se realizó selectivamente. La investigación se organizó en cuatro etapas: en la primera se revisaron los expedientes clínicos para recolectar la información clínica; en la segunda se recolectó la información socio ambiental, se detectó la localización geográfica de las viviendas donde habita el menor, entrevistando a los jefes de familia; la tercera consistió en toma de muestras de agua para determinar el nivel de cloración in situ y confirmar las condiciones adecuadas para consumo, se tomó una segunda muestra para análisis bacteriológico en el laboratorio de control de calidad de agua de la región metropolitana en el centro de salud Alonzo Suazo; en la cuarta etapa se efectuó una

segunda visita a los hogares con resultados desfavorables de las muestras de agua, para impartir charlas educativas y demostrar el método de cloración y manipulación de agua para consumo. Se utilizó un instrumento tipo cuestionario que incluyó diferentes aspectos: datos generales del niño, procedencia y ubicación geográfica de las casas, diagnóstico dado por el personal de salud y el tratamiento.

RESULTADOS

La frecuencia con mayor número de casos de diarrea en el periodo de cuatro meses fue de 13(28.8%) en el mes de abril, observando un comportamiento creciente en los meses de enero y abril y estacionario en los meses de febrero y marzo. (Cuadro 1)

Cuadro 1. Casos de diarrea, centro de salud Dr. Odilón Renderos, enero-abril, 2017

Meses	Número de Casos	Porcentaje
Enero	8	17.7
Febrero	12	26.7
Marzo	12	26.7
Abril	13	28.9
Total	45	100

De la muestra obtenida (23), el sexo de los afectados 13 (56%) eran niños y 10 (44%) niñas; según la edad el grupo afectado 12 (52.2%) eran menores de 1 año; el grupo menos afectado 2(8.7%) fue de 2 a 3 años. (Cuadro 2)

Cuadro 2. Casos de diarrea por edad y sexo

Edad	M	F	Total	Porcentaje
0-6 Meses	3	3	6	26.1
7-12 Meses	3	3	6	26.1
1-2 Años	2	4	6	26.1
2-3 Años	2	0	2	8.7
3-4 Años	3	0	3	13
Total	13	10	23	100

M: masculino, F: femenino

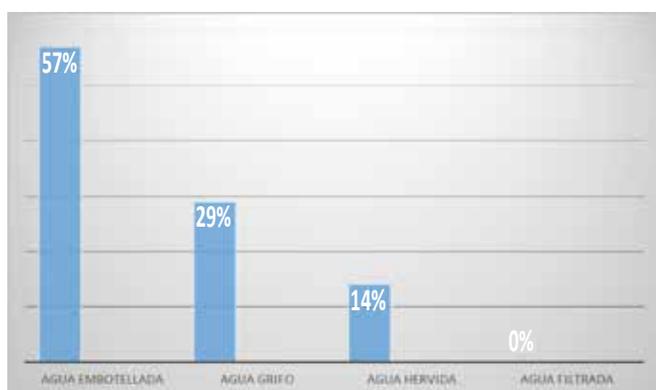
En el síndrome diarreico agudo la mayoría de casos 22(95.6%) no presentaron deshidratación; y el tratamiento preventivo fue con sales de rehidratación oral.

En relación del acceso al servicio de salud, 23(100%) de los casos estudiados fueron atendidos en el centro de salud del barrio Villa Adela; por personal médico 17(75%) para diagnóstico y tratamiento y 6(25%) por las enfermeras para seguimiento en el uso de sales de rehidratación oral.

En relación a factores de riesgo ambiental el procesamiento y manejo de alimentos que incluye higiene personal y uso de utensilios fue indagado en 23(100%), en actividad infantil sin supervisión 3(11%), y con supervisión 10(45%); juegos en el suelo 10(44%).

En relación a la preparación de alimentos y el uso de utensilios de cocina antes y después de su preparación, es adecuada en los 23(100%) de las familias encuestadas. Según el abastecimiento de agua 13(57%) se suple con la compra de agua embotellada, 6(29%) consume agua del grifo, 4(14%) de los hogares encuestados hierven el agua para consumo, no se encontró uso de agua filtrada. (Grafico 1)

Grafico 1. Fuente de agua para consumo humano



En relación a la eliminación de desechos sólidos 23(100%) de los hogares encuestados la depositan en bolsas para su recolección por el tren de aseo; la eliminación de excretas 20 (89%) de los hogares encuestados tienen acceso a un servicio de eliminación y 3(11%) no cuenta con ese servicio; la eliminación de desechos sólidos infantiles 15(66%) utilizan bacinicas y 8(34%) no la utilizan.

Se realizó visitas domiciliarias en los sectores identificados en los expedientes del centro de salud, con diagnóstico de diarrea aguda y localización en el área de influencia. (Cuadro 3)

Cuadro 3. Visitas domiciliarias según sector, centro de salud de Villa Adela

Sector	Casas
Campo Sonia	4
Ulúa y Mi Esperanza	2
Zopilotea, altos Villa Adela	2
Villa Adela calle principal	1
Baterías Yojoa	6
Zonas Indefinidas	8

En relación al análisis bacteriológico de las muestras sectorizadas de agua, de un total de 7(100%) muestras, 6(85%) resultaron positivas con presencia de coliformes y solamente 1(15%) muestra resultó apta para el consumo humano.

DISCUSIÓN

El síndrome diarreico agudo es un aumento del número de las deposiciones y/o una disminución en la consistencia, de instauración rápida, generalmente estas infecciones son adquiridas por contaminación de vía fecal oral y son más comunes en niños,^(6,7) con la amenaza de pérdida de líquidos y electrolitos: sodio, cloro, potasio y bicarbonato.^(8,9) El síndrome diarreico agudo sigue manteniendo vigencia en el perfil epidemiológico regional de las comunidades en Centro América.^(10,11) En un estudio realizado por la Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua (UNAN) en el 2012, en niños de 2 meses a 5 años, de 168 casos, la mayor frecuencia la registran en niños de 7 meses a 1 año procedentes de las áreas urbanas, con algún grado de deshidratación utilizando rehidratación oral y endovenosa por dicha complicación y una hospitalización de uno a tres días promedio con etiología fundamentalmente parasitaria.⁽¹²⁾ En Costa Rica, después de tener aumentos en la incidencia del síndrome diarreico agudo se realizó un estudio en 1998 que comparativamente con los años anteriores la tendencia de los casos de diarrea fue descendente, presentando picos máximos en el mes de marzo, el comportamiento de la mortalidad descendió de 3.2 a 2.6 X 100 000 menores de 5 años.⁽¹³⁾ En Guatemala en un estudio realizado de enero a septiembre del año 2012, de 678 casos la mayor incidencia se reportó en edades de 1 a 4 años 74%, en relación a servicios básicos 98.5% cuenta con disposición de letrinas y 86.1% con servicio de agua intradomiciliar.⁽¹⁴⁾

En Honduras, un estudio realizado del 1 de marzo al 31 de agosto del 2004 para determinar los agentes etiológicos asociados al síndrome diarreico agudo, 151 casos fueron confirmados por laboratorio, reportándose como agentes etiológicos *Cryptosporidium*, *Adenovirus* y *Rotavirus*.⁽¹⁵⁾ En el estudio realizado en la ciudad de Tegucigalpa en la comunidad de Villa Adela, al igual que en el resto de la región centroamericana el número de casos es ascendente de enero a abril. La causalidad asociada a condiciones hídricas con pruebas bacteriológicas confirmatorias por coliformes es propia de la investigación, a diferencia de los otros estudios donde no hay pruebas laboratoriales del agua para el consumo en las comunidades. Esto lleva a medidas de intervención química, utilizando una gota de cloro por litro de agua para su tratamiento y consumo, recurso válido para educar a la población en su uso. A diferencia del estudio realizado en Nicaragua⁽¹²⁾ no encontramos casos de deshidratación severa para rehidratación endovenosa

y hospitalización.

En un estudio realizado en Cuba, con el modelo investigación-acción, en 645 casos con participación médica y comunitaria efectivos en detección y tratamiento, disminuyeron el número de casos sin fallecimientos.⁽¹⁶⁾ En la experiencia en relación a la participación social tomamos en cuenta que la dinámica social y generación de violencia ha modificado su participación en los procesos de cambio. En relación a disposición de eliminación de excretas en el estudio se encontró 89% de letrización a diferencia de la letrización en Guatemala que es del 98.5%; en relación al servicio de agua intradomiciliar en nuestro estudio se encontró 29% a diferencia de 86.1% en los datos guatemaltecos.⁽¹⁴⁾

Conclusiones

- 1 Las diarreas se categorizaron y las más frecuentes fueron las agudas de tipo secretoria, causadas por bacterias de origen hídrico.
- 2 La observación de los hábitos personales de aseo y los procedimientos para preparar alimentos fueron adecuados en las familias encuestadas.
- 3 Las causas de las diarreas agudas están más vinculadas a las condiciones del agua.

Limitación

Las familias en el área de Villa Adela presentan una modificación en la participación social, ha disminuido notablemente ya que mucha gente no proporciona la debida colaboración al momento de la recolección de los datos.

Recomendación.

Cabe destacar la importancia de este tipo de estudios y su socialización para actualización y vigencia de las recomendaciones y mejoras tanto en la parte institucional como en la parte comunitaria, integrando grupos de seguimiento y apoyo.

BIBLIOGRAFÍA

1. Organización Mundial de la Salud. Enfermedades diarreicas. Ginebra: WHO; 2009. Nota descriptiva No. 330
2. López Masier A. El flagelo de la pobreza en Honduras y su impacto en la infancia, adolescencia y familia. Tegucigalpa: Instituto de investigaciones económicas y sociales de la UNAH; 2002.
3. Acuña M R. Diarrea aguda. Revista médica clínica

Las Condes. 2015;26(5):676-686.

4. Rodríguez I, Ramos W, Tejeda I, Casco M, López G, Guerra L, et al. Enfermedad Diarreica Aguda (EDA). Manual servicio social formativo SF- 102. 6ª ed. Tegucigalpa : UTES; 2015. P. 27-45
5. Solorzano D, Coello P, Aguilar P, Rodriguez I. Enfermedades transmitidas por alimento y/o agua. Boletín Epidemiológico de Honduras [Internet]. Tegucigalpa: Secretaría de Salud; 2013. [Consultado el 12 de mayo de 2017]. Disponible en: <http://www.salud.gob.hn/documentos/dgvs/Boletines%202013/Honduras%20Boletin%20semana%20No.1%202013.pdf>
6. American Academic of Pediatrics. Diarrea por Escherichia Coli. [Internet]USA: AAP; 2015. [Consultado 2 de junio de 2017] Disponible en: <https://www.healthychildren.org/spanish/health-issues/conditions/abdominal/paginas/Escherichia-coli-diarrea.aspx>
7. Salud y Medicina.Info. Concepto de Etiología, Fisiopatología, semiología y propedéutica clínica. [Internet] Salud y medicina; 2017 [Consultado el 5 de junio de 2017]. Disponible en: <https://www.saludymedicina.info/concepto-de-etilogia-fisiopatologia-semiologia-y-propedeutica-clinica/>
8. Centro Médico - Quirúrgico de Enfermedades Digestivas. Diarrea: causas, síntomas y prevención [Internet]. Madrid: Centro Médico - Quirúrgico de Enfermedades; 2013. [Consultado el 25 de enero de 2017]. Disponible en: https://www.cmed.es/actualidad/diarrhea-causas-sintomas-y-prevencion_133.htmlhttps://cmed.es/actualidad/diarrhea-causas-sintomas-y-prevencion_133.html
9. MedlinePlus en español. Diarrea. [Internet]. Bethesda (MD): Biblioteca Nacional de Medicina (EE. UU.); 2017 [Consultado 6 de junio de 2017]. Disponible en: <https://medlineplus.gov/spanish/diarrhea.html>
10. Honduras registra 66 casos de rotavirus en el primer trimestre de 2013. La prensa [Internet] 15 de agosto de 2013. [Consultado 25 de mayo de 2017]. Disponible en: <http://www.laprensa.hn/honduras/tegucigalpa/332399-98/>
11. Uribarren Berrueta T. Giardiasis o Giardosis [Internet] México: Facultad de Medicina, UNAM; 2011. [Consultado 25 de mayo de 2017]. Disponible en: <http://www.facmed.unam.mx/deptos/microbiologia/parasitologia/giardiasis.html>

12. Guadamuz Alvarado A, Villagra Espinoza J. Manejo terapéutico, según AIEPI en niños de 2 meses a 5 años con Enfermedad Diarreica Aguda, ingresados al servicio de pediatría. Hospital Gaspar García Laviana. Enero a diciembre 2012. [Internet] Managua: Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua UNAN- Hospital Gaspar García Laviana, Servicio de Pediatría; 2012 [Consultado el 23 de mayo de 2017] Disponible en: <http://repositorio.unan.edu.ni/1212/1/16256.pdf>
13. Espinoza A. Comportamiento de la enfermedad diarreica en Costa Rica, de 1995 al 2001. *Rev costarric salud pública* [Internet]. 2004 [Consultado el 15 de abril de 2017]; 13(24): 50-58. Disponible en: http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1409-14292004000100005
14. Acosta R, Rodríguez Moreno KE, Muñiz Velásquez V, Castro Correoso V, Mature Comas M. Enfermedad diarreica aguda en niños guatemaltecos menores de 5 años. *MEDISAN* [Internet] 2014 [Consultado el 15 de abril de 2017];18(11):1515-1523. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192014001100005
15. Arima Y, G. Kandinsky R, Ávila Montes GA, Casiano Colón A, L. Guthrie B et al. Nuevos y viejos agentes asociados a diarrea en niños en Honduras. *Rev Med Hondur* [Internet]. 2011 [Consultado el 15 de abril de 2017]; 79(2):58-64. Disponible en: <http://www.bvs.hn/RMH/pdf/2011/pdf/Vol79-2-2011-3.pdf>.
16. Duany Machado OJ, Mejías Sánchez Y, Collot Gutiérrez J. Diarrea, brote en menores de 5 años. *Rev Cubana Hig Epidemiol* [Internet]. 2008 [Consultado el 4 de junio de 2017];46(3):1-12. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-30032008000300005

VIOLENCIA CONTRA LA MUJER EN LA RELACIÓN DE PAREJA; CARACTERIZACIÓN EN CINCO COMUNIDADES DE HONDURAS.

Violence against the woman in couple's relationship; characterization in five communities of Honduras.

German Leonel Zavala¹, David Alexander Montoya-Reales²

RESUMEN

La violencia contra las mujeres es un problema mundial que se presenta en todas las clases sociales, incluye agresión física, psicológica, sexual y patrimonial. **Objetivo:** caracterizar la violencia doméstica en mujeres que han sido maltratadas por su pareja en cinco comunidades de Honduras. **Material y Métodos:** la población de estudio fueron 15 047 mujeres, mayores de 15 años en convivencia marital de cinco comunidades de Honduras. La muestra fue 1 629 mujeres; se hizo un cálculo individual por comunidad, considerando la población femenina en cada una de ellas. La información se obtuvo por medio de un cuestionario elaborado específicamente para el estudio, constaba de preguntas abiertas y cerradas que incluyó variables sociodemográficas, así como las características de las agresiones. **Resultados:** la prevalencia general fue de 737(45.2%), el tipo de violencia mayoritario fue verbal 383(52%), psicológica 31(4.2%), sexual 140 (19%) y física 151(20.5%). Predominó la violencia en mujeres entre 20-39 años de edad, con escolaridad primaria 434(58.9%), cuyo estado civil era unión libre. **Conclusión:** la violencia doméstica se presenta en mujeres jóvenes menores de 39 años, en unión libre, con escolaridad primaria, con hijos; la frecuencia de violencia fue de 45.2%, y predominó la verbal, física y sexual. De esta tipología, la observable es la física por provocar lesiones en diferentes partes del cuerpo, siendo la cara el área predominante y el puño como instrumento de lesión. Al momento de ocurrir la violencia el agresor se encontraba bajo el efecto del alcohol u otras drogas y son testigos presenciales principalmente los hijos. Por lo tanto, el hogar se ha transformado en un foco de violencia, de peligro para la mujer y los hijos.

Palabras Clave: Violencia doméstica, violencia contra la mujer, violencia de pareja, agresión.

ABSTRACT

Violence against women is a global problem that occurs in all social classes, including physical, psychological, sexual and patrimonial aggression. **Objective:** to characterize domestic violence in women who have been mistreated by their partners in five communities in Honduras. **Material and Methods:** the study population was 15,047 women, older than 15 years in marital coexistence in five communities in Honduras. The sample was of 1,629 women; an individual calculation was made by community, considering the female population in each of them. The information was obtained through a questionnaire prepared specifically for the study, consisting of open-ended and closed-ended questions that included sociodemographic variables, as well as the characteristics of the aggressions. **Results:** the general prevalence was of 737 (45.2%), the majority was verbal violence with 383 (52%), psychological violence with 31 (4.2%), sexual violence with 140 (19%) and physical violence with 151 (20.5%). Violence predominated in women between 20-39 years of age, with primary schooling 434 (58.9%), whose marital status was free union. **Conclusion:** domestic violence occurs in young women under 39 years of age, in a free union, with primary schooling and with children; the frequency of violence was 45.2%, and the verbal, physical and sexual violence prevailed. In this classification, the most observable one is the physical violence because it causes injuries in different parts of the body, predominating the facial area and the fist as the instrument of injury. At the time of the violence act the aggressor was under the influence of alcohol or other drugs, and the witnesses are mainly their children. Therefore, the home has become a focus of violence and of danger to women and their children.

Keywords: Domestic violence, violence against women, Intimate partner violence, aggression

¹ Director Adhonorem de la Revista de la Facultad de Ciencias Médicas, UNAH.

² Médico general, asistente de investigación.
Autor de correspondencia: German Zavala zavalaherman@hotmail.com
Recibido: 12/06/2017 Aceptado: 15/02/2018

INTRODUCCIÓN

Existe una herencia histórica que privilegia a los hombres sobre las mujeres. Las sociedades antiguas, medievales, modernas y las contemporáneas construyeron reglas que definen a las mujeres como pertenecientes al patrimonio de los hombres, en las sociedades más tradicionales, golpear a la esposa es consecuencia de estas normas.⁽¹⁾

Las mujeres al ser consideradas propiedad de los hombres, son sometidas a múltiples abusos, por lo tanto la violencia contra la mujer es un fenómeno social que se ha reproducido en el tiempo y en muchas culturas pegar a la mujer es una parte aceptada del matrimonio; las mujeres son consideradas propiedad de los hombres y están sometidas a múltiples abusos.⁽²⁾

La Organización de las Naciones Unidas (ONU) define la violencia como: todo acto basado en la diferencia de género que tenga o pueda tener un daño o sufrimiento físico, sexual o psicológico para la mujer inclusive las amenazas, la coalición o la privación arbitraria de la libertad, tanto en la vida pública y privada.⁽³⁾

La violencia jamás ha sido tan importante y aparece como la principal preocupación de la humanidad. Por su relevancia, el problema de la violencia social en la década de los noventa la Organización Panamericana de la Salud (OPS), la calificó como el mayor problema en materia de salud pública en América Latina.⁽⁴⁾

Según Briseño-León, la violencia puede ser entendida como: “El uso o amenaza de uso de la fuerza física con la intención de afectar el patrimonio, lesionar o matar a otro o a uno mismo” ; definición bastante cercana a la que propone la Organización Mundial de la Salud (OMS), al relacionarla con: “El uso deliberado de la fuerza física o el poder, ya sea en grado de amenaza o efectivo, contra uno mismo, otra persona, un grupo o comunidad, que cause o tenga muchas probabilidades de causar lesiones, muerte, daños psicológicos, trastorno del desarrollo o privaciones.”⁽⁵⁾

La violencia contra la mujer es una forma de discriminación y una violación de derechos humanos que le impide alcanzar su plena realización personal, restringe su crecimiento económico y obstaculiza su desarrollo. La mujer que es objeto de violencia padece distintos problemas de salud y disminuye su capacidad para obtener ingresos y participar en la vida pública.⁽⁶⁾

En la mayoría de las sociedades del mundo está presente el maltrato hacia la mujer. Estudios recientes evidencian que lejos de disminuir con el tiempo, una de cada tres féminas sufre de maltrato. Estudios realizados por múltiples autores, reflejan que millones de mujeres en el mundo son asesinadas por sus maridos. Las consecuencias de la violencia de pareja son amplias y constituyen la primera causa de muerte e invalidez en mujeres de 16 a 44 años.⁽⁷⁾

Se define la violencia de pareja, como una conducta reiterativa violenta y deliberada hacia la pareja, cargada de coerción y manipulación, generadora de humillación en todas las áreas entre quienes han convivido en la misma residencia, sin ser el matrimonio y la condición heterosexual condiciones “sine qua non”. Se han descrito tres fases: la tensión emocional, la descarga de la tensión y el arrepentimiento del agresor. El maltrato puede darse de muchas maneras, siendo la más frecuente la física; otras formas son la psicológica, sexual, y económica.⁽⁸⁾ Habitualmente, este acto no se produce de forma aislada, sino que sigue un patrón constante en el tiempo. Se ha convertido en la expresión más extrema y dolorosa de las relaciones de desigualdad de poder en la vida cotidiana entre hombres y mujeres.⁽⁹⁾

Aunque estas situaciones ocurran dentro de las paredes de las viviendas, no dejan de constituir un delito, pues las personas sometidas resultan gravemente perjudicadas al originarse en ellas un debilitamiento físico y psicológico que les conduce a innumerables problemas de salud, repercute en la productividad laboral de los adultos y el rendimiento escolar de los niños y adolescentes.⁽¹⁰⁾

Los diferentes grados, niveles y concepciones de la violencia están en correspondencia con los valores, normas y creencias de cada país, época y clase social. En el 64% de los casos de violencia intrafamiliar hay antecedentes de violencia en la familia, por lo que se plantea el peligro que tiene la transmisión generacional, al igual que se afirma que mientras más violencia reciba un niño de sus padres, más proclive es este a ser violento con otros durante su adultez.⁽¹¹⁾

Se han descrito una serie de factores de riesgo para ser agredido como: el estado civil soltero, separado, divorciado o haber contraído matrimonio en la adolescencia; ser gestante; tener un compañero sentimental celoso y posesivo; uso de caución judicial contra la pareja; haber padecido abuso

sexual o físico antes del matrimonio o en la niñez; haber sido criado/a en un hogar monoparental; alta dependencia económica y emocional del compañero; vivir en áreas apartadas o rurales; ser inmigrante y no dominar el idioma; poseer discapacidad física o enfermedad crónica. Los factores de riesgo para ser agresor son: trastornos depresivos mayores o antisocial de la personalidad, con sentimiento de impotencia y baja autoestima; haber padecido abuso emocional o físico y haber presenciado las agresiones entre los padres en la infancia; laboralmente, desempleados o con grandes dificultades laborales; consumo de alcohol por parte del padre.⁽⁸⁾

En Honduras, la forma más común de violencia hacia la mujer, es la violencia doméstica, que consiste en todo patrón de conducta asociado a una situación de ejercicio desigual de poder, que se manifiesta en el uso de la violencia física, psicológica, patrimonial y/o económica y sexual.⁽⁶⁾ El objetivo de este trabajo fue caracterizar la violencia doméstica en mujeres que han sido maltratadas por su pareja en cinco comunidades de Honduras.

MATERIAL Y MÉTODOS

El diseño del estudio fue descriptivo de corte transversal. La población fue 15 047 mujeres en edad reproductiva, que corresponde a 4 comunidades del departamento de Francisco Morazán y 1 de Olancho; la muestra fue de 1 629 mujeres que cumplían la condición de estar en acompañamiento o en los últimos 6 meses había tenido pareja. El cálculo de muestra se realizó en forma individual por comunidad, con un error muestral de 5% y un nivel de significación de 95%. El sistema de muestreo fue estratificado, de acuerdo a la distribución de los barrios o bloques y dentro de ellos se seleccionaron las casas y al final las mujeres del hogar; en las comunidades estudiadas se utilizó los mapas o croquis de las mismas, estas fueron: Bo. Villa Adela, Colonia Hato de Enmedio, San Miguel, Brisas del Valle, Campamento Olancho.

El instrumento de recolección de información fue

un cuestionario, con preguntas abiertas y cerradas, sobre datos sociodemográficos del hombre (pareja) y la mujer, así como la violencia doméstica que sufrió la víctima, en este caso se usó la tipología: violencia física, verbal, sexual, psicológica y patrimonial. Los investigadores fueron capacitados y se solicitó el permiso a las mujeres entrevistadas para formar parte de la investigación; el contexto de la entrevista se realizó en la casa de la mujer a solas. El análisis de datos se realizó en el programa Epi-Info versión 4.3.2. y el análisis estadístico utilizado fue el test de X^2 para $p=0.05$, OR, Ra.

RESULTADOS

Las características socio-demográficas de la población muestral aparecen descritas en el cuadro 1. Se trata de mujeres jóvenes que estaban en el rango de 20 a 39 años. Cuentan con una historia de maltrato y que se encontraban en su mayoría en unión libre 410(55.6%), pero también hay mujeres en estado civil casadas 265(36%). El nivel de escolaridad predominante fue educación primaria, sin embargo, no todas habían completado este nivel ($X^2=102.5$ $p<0.001$, OR 2.6), agrupándose un grupo de mujeres minoritario con educación superior 29(3.9%) que sufrían violencia por su pareja, se encontró significancia estadística ($X^2=8.339$ $p<0.01$).

La actividad laboral de las mujeres estudiadas está relacionada a múltiples actividades 296(40.2%), sufrían de violencia doméstica, la mayoría de estas su actividad era de oficios domésticos. Las mujeres que no trabajaban sufrieron más violencia doméstica 441(59.8%).

La existencia de violencia doméstica en el hogar fue de diferente tipo y en el contexto de la acción existían personas que presenciaban la violencia, en primer lugar los hijos, en todas las comunidades estudiadas ocupó el primer lugar que oscila entre 42% a 68%. Además la violencia doméstica se presenta con y sin hijos, pues la frecuencia de la violencia doméstica en mujeres que no tenían hijos fue de 73(9.9%).

Cuadro 1. Características Socio-demográficas de la mujer sin y con violencia doméstica en 5 comunidades de Francisco Morazán.

Variable	Indicador	Violencia Doméstica		Estadístico
		Si	No	
Edad (Mujeres)	<20 años	45 (6.1%)	54 (6.1%)	
	20-39 años	433 (58.8%)	567 (63.6%)	
	>40 años	259 (35.1%)	271 (30.3%)	
Estado civil (Mujeres)	Soltera	35 (4.7%)	63 (7.1%)	
	Casada	265 (36.0%)	410 (45.9%)	
	Unión libre	410 (55.6%)	394 (44.2%)	
	Viuda	10 (1.4%)	11 (1.2%)	
	Divorciada	17 (2.3%)	14 (1.6%)	
Escolaridad (Mujeres)	Primaria	434 (58.9%)	461 (51.7%)	$X^2=102.5$ OR=2.6 $P<0.001^{**}$ $X^2=8.339$ $P<0.01^{**}$
	Secundaria	209 (28.4%)	287 (32.2%)	
	Superior	29 (3.9%)	65 (7.3%)	
	Ninguna	65 (8.8%)	79 (8.8%)	
Trabaja (Mujeres)	Si	296 (40.2%)	338 (37.9%)	OR= 1.1 $X^2=0.875$ $P> 0.05$ NS
	No	441 (59.8%)	554 (62.1%)	
Tenencia de hijos (Mujeres)	1-2	229 (31.1%)	350 (39.2%)	
	3-4	235 (31.9%)	287 (32.2%)	
	≥ 5	200 (27.1%)	196 (22.0%)	
	Ninguno	73 (9.9%)	59 (6.6%)	

Fuente: Instrumento de recolección de datos.

Algunos datos demográficos de la pareja sentimental que provoca la violencia en el hogar, son hombres adultos entre 25 a 44 años, predominando la escolaridad de

primaria 428(45.5%), aunque, se encontró victimarios que estaban en el nivel superior 18(2.4%). (Cuadro 2)

Cuadro 2 Características sociodemográficas de la pareja de la mujer con violencia doméstica y sin ella.

Variable	Indicador	Violencia Doméstica	
		Si	No
Edad	15-24	98 (13.3%)	132 (14.8%)
	25-34	235 (31.9%)	303 (34.0%)
	35-44	194 (26.3%)	208 (23.3%)
	45-54	92 (12.5%)	106 (11.9%)
	≥ 55	118 (16.0%)	143 (16.0%)
Escolaridad	Primaria	428 (58.1%)	512 (57.4%)
	Secundaria	219 (29.7%)	258 (28.9%)
	Superior	18 (2.4%)	29 (3.3%)
	Ninguna	72 (9.8%)	93 (10.4%)

Se observa en los datos obtenidos que el victimario o agresor es una persona que consume alcohol y/o drogas y relacionado a violencia en el espacio doméstico, con significación estadística para ambos factores ($X^2=87.74$ $p<0.001$, OR 2.6 y $X^2=15.00$ $p<0.001$, OR 2.2). En los

tipos de violencia una de ellas muestra la intensidad de la violencia, cuando las víctimas habían sido forzadas u obligadas a tener relaciones sexuales 151(20.5%), se encontró significación estadística ($X^2=148.0$ $p<0.001$, OR 12.51). (Cuadro 3)

Cuadro 3. Consumo de bebidas alcohólicas, otras drogas y violencia sexual por el agresor.

Variable	Indicador	Violencia Doméstica		Estadístico
		Si	No	
Consumo de bebidas alcohólicas	Si	415 (56.3%)	296 (33.2%)	OR= 2.6 $X^2=87.74$ $P< 0.001$
	No	322 (43.7%)	596 (66.8%)	
Consumo de otras drogas	Si	65 (8.8%)	37 (4.1%)	OR= 2.2 $X^2=15.00$ $P< 0.001$
	No	672 (91.2%)	855 (95.9%)	
Obliga a tener relación sexual	Si	151 (20.5%)	18 (2.0%)	OR= 12.51 $X^2=148.07$ $P< 0.001$
	No	586 (79.5%)	874 (98.0%)	

Fuente: Instrumento de recolección de datos.

La frecuencia de la violencia doméstica fue de 737 (45.2%), cuando se individualiza por comunidad se encontró variaciones que oscilan de 36.3% a 66.3% (Cuadro 4); por tipos de violencia se encontró que

predominó la violencia verbal, seguida por violencia física y la violencia sexual con 140(19%), en este grupo cuando se consultó 11 mujeres no respondieron. (Cuadro 5)

Cuadro 4. Prevalencia de Violencia doméstica en comunidades de Francisco Morazán y Olancho.

Variable	Indicador	Violencia Doméstica	
		Si	No
Violencia Doméstica		737 (45.2%)	892 (54.8%)
Comunidades	Bo. Villa Adela	199 (66.3%)	101 (33.7%)
	Col. Hato de en medio	118 (36.3%)	207 (63.7%)
	Col. San Miguel	137 (45.1%)	167 (54.9%)
	Col Brisas del Valle	131 (37.4%)	219 (62.6%)
	Campamento Olancho	152 (43.4%)	198 (56.6%)

Fuente: Instrumento de recolección de datos.

La violencia doméstica es un patrón de conducta de carácter coercitivo que el victimario usa para causar daño, de tal manera que en la violencia física el agresor utiliza instrumento para agredir a la víctima en la mayoría de los casos es el puño o cualquier objeto que provoque daño, generalmente provoca equimosis 144 (71.6%), fractura 10(5%) ow dientes rotos 10(5%); el área del cuerpo más lesionada es la cara 45(30.4%). Siendo la casa un lugar que da seguridad, en términos de violencia se convierte en un lugar de inseguridad, pues en él se provocan la

mayoría de las agresiones, la violencia puede ser en cualquier momento en este estudio predominó la tarde y noche 728(62.3%). (Cuadro 5)

El maltrato es un problema que va aumentando en forma progresiva que en algún momento, puede tomar decisiones sobre su situación mientras tanto permanecen con el agresor, y las razones para las mujeres agredidas fueron varias principalmente los hijos 104(14.1%), dependencia económica 92(12.5%) y otras razones 47(6.4%).

Cuadro 5. Característica y tipo de violencia doméstica hacia la mujer

Variable	Indicador	Frecuencia	Porcentaje
Tipo de violencia	Física	151	20.5 %
	Verbal	383	52 %
	Patrimonial	32	4.3 %
	Sexual*	140	19 %
	Psicológica	31	4.2 %
Instrumento de la agresión **	Puño	266	58.7 %
	Faja	43	9.5 %
	Lazo	11	2.4 %
	Pie	46	10.2 %
	Palo	27	6 %
	Otros	60	13.2 %
Área de la agresión	Abdomen	14	9.5 %
	Miembros inferiores	22	14.9 %
	Brazo	36	24.3 %
	Cara	45	30.4 %
	Otros	31	20.9 %
Lugar de la agresión	Casa	457	62 %
	Calle	35	4.7 %
	Lugar público	42	5.7 %
	Otros	8	1.1 %
	No respondió	195	26.5 %
Momento del día de la violencia ***	Mañana	112	9.6%
	Medio día	111	9.6%
	Tarde	348	29.8%
	Noche	380	32.5%
	Madrugada	196	16.8%
	Cualquier momento	20	1.7%

Fuente: Instrumento de recolección de datos.

* 11 mujeres cuando se preguntó específicamente no respondieron.

**Se consideró el instrumento de la agresión de mayor frecuencia.

*** Hubo mujeres que sufrieron en el día diferentes horas.

DISCUSIÓN

La violencia contra la mujer tiene raíces sociales y culturales que se consideraba de ámbito privado siendo reconocida como problema social hasta 1960, antes de esa fecha, la violencia contra la mujer era considerado un fenómeno poco frecuente, estaba catalogado como anormal y se le atribuía a personas con trastornos psicopatológicos.⁽¹²⁾ Los resultados de múltiples investigaciones han demostrado que la violencia doméstica existe y es ejercida en la mayoría de los casos por el compañero íntimo o por el excompañero de la mujer, estos hechos son cada vez más recurrentes.^(13,14)

En 1996, la 49ª Asamblea Mundial de la Salud (AMS) adoptó la resolución 25 por la que se reconocía la violencia del compañero íntimo, como uno de los problemas de salud pública más importantes por su creciente incidencia y mortalidad.⁽¹⁵⁾ Un informe de la OMS (1998), destaca que el aspecto más dañino del maltrato no es la violencia en sí misma, sino la “tortura mental” y el “vivir con miedo y terror” que experimentan las víctimas.⁽¹⁶⁾

En otro informe de la OMS (2002), se recogen datos de 48 encuestas de distintos lugares del mundo, según este informe, entre el 10 al 69% de las mujeres revela haber sido maltratada físicamente por un compañero íntimo en algún momento de su vida. En un informe para UNICEF sobre violencia doméstica elaborado por el Inncenti Research Centre (2000), que recopiló datos de 23 países sobre esta temática, estimó que entre el 20% al 50% de las mujeres según países, sufrían algún tipo de maltrato en el seno de la familia.⁽¹⁷⁾ Aunque esta situación de riesgo es generalizada para la mujer en cualquier lugar del mundo donde se encuentre, se observa una incidencia mayor en regiones de África, Este del Mediterráneo, y en el Sur-Este de Asia.⁽¹⁸⁾

Existen datos sobre violencia específica según algunas áreas geográficas en mujeres sometidas a violencia física por sus parejas en algún momento de sus vidas, son del 10 al 69% a nivel mundial y del 18 al 58% en países Europeos con tendencia a aumentar.⁽¹⁹⁾

Los datos conocidos sobre violencia doméstica en su mayoría son de países industrializados. En Estados Unidos de Norte América de 2 a 4 millones de mujeres son golpeadas cada año y el 16% de las mujeres adultas informan historia de abuso sexual por un integrante de su familia. La Organización Panamericana de la Salud (OPS) estima que del 20 al 60% de las mujeres que viven en América Latina sufren situaciones de violencia.⁽²⁰⁾

En Honduras, el Comisionado Nacional de Derechos

Humanos (CONADEH) en 2014, atendió a nivel nacional un total de 4 090 denuncias por violaciones a derechos de las mujeres, de las cuales corresponden el 62% a denuncias por violencia doméstica en sus diferentes tipos.⁽⁶⁾ Según la Encuesta Nacional de Demografía y Salud (ENDESA), entre todas las mujeres de 15-49 años, el 22% declaró haber experimentado algún tipo de violencia doméstica (psicológica, física o sexual) en los 12 meses anteriores a la encuesta.⁽²¹⁾

En el estudio hondureño con una muestra de 1 629 mujeres, la prevalencia de violencia doméstica encontrada fue de 45.2%, al individualizar por comunidad se obtiene un rango que oscila de 36.3 al 66.3%, datos similares a un estudio realizado en Cuba que obtuvo 48%,⁽¹⁰⁾ diferente al dato de CONADEH que fue de 62%,⁽⁶⁾ un estudio de Ceará, Brasil, la prevalencia fue de 73.9%,⁽²²⁾ superior al dato del estudio hondureño; otro estudio realizado en Murcia, España, el 70.5% de mujeres sufrieron violencia doméstica combinada,⁽²³⁾ superior al dato hondureño. En estudios realizados en otros países de América Latina se han encontrado prevalencias tales como: Argentina 45% de violencia basada en género; Ecuador 60% de mujeres habían sido golpeadas por su compañero; Chile 60% había sido abusadas por su compañero íntimo y el 26% en forma grave físicamente; México 33% tenían una df violenta: Bolivia se estima en 100 000 los casos al año; Colombia el 20% de las mujeres refería violencia física, 33% violencia psicológica y 10% violencia marital.⁽²⁰⁾ Si se comparan los datos expuestos se observa que existen prevalencias similares y en otros mayores o menores al dato de Honduras. Ligado a la frecuencia de la violencia doméstica se encuentra la tipología de la violencia que reciben las mujeres maltratadas por su pareja sentimental.

En algunos estudios se encuentra la violencia física, seguida de la económica y sexual como el de Lima, Perú.⁽¹¹⁾ Un estudio realizado en Camagüey, Cuba predominó la violencia psicológica, seguida de la física y la sexual;⁽⁹⁾ otro estudio de Cien fuegos, Cuba, la principal forma de violencia fue la psicológica, seguida de la física.⁽⁷⁾ En el estudio hondureño se observó la violencia verbal, seguida de la física y la sexual y se presentaron combinaciones de violencia. La mayoría de autores consideran la violencia verbal como psicológica, según Pollingstad (1996), hacen referencia a que la mayoría de las víctimas maltratadas psicológicamente juzgan la humillación, la ridiculización y los ataques verbales como más degradantes que la violencia física experimentada. La violencia psíquica alude a cualquier tipo de maltrato que se presenta en la relación de pareja, por lo tanto esta precede a cualquier maltrato que sufre la víctima.⁽²⁵⁾

La violencia doméstica en sus múltiples formas de presentarse tiene sus causas o factores que la provocan, por lo tanto se produce en cualquier clase social, en todas las culturas y en cualquier grupo de edad, pero parece que el mayor riesgo de sufrirla es el que posee algunas características como: vivencia de violencia doméstica en su familia de origen, bajo nivel cultural (escolaridad), bajo nivel socioeconómico, aislamiento psicológico y social, baja auto-estima, sumisión y dependencia, embarazo, desequilibrio de poder en la pareja con consumo de alcohol y otras drogas.⁽²⁵⁾

De acuerdo a los factores mencionados, en el estudio hondureño se investigaron algunos de ellos, como la edad de la víctima y del victimario, se encontró que el maltrato se presentó en todas las edades investigadas, si se considera el rango menor de 39 años que sería el predominante, el cual coincidiría con los hallazgos de otros autores,^(24,26) en otros estudios la media encontrada fue 33 años⁽²²⁾ con una DE 11.05 (rango 21.5-44.5), esto coincide con el estudio de Honduras.

No todos los estudios revisados consideran el estado civil de la mujer, en el estudio hondureño se encontró que predominó las mujeres en unión libre seguidas de casadas, en un estudio del país Vasco, España predominó la violencia doméstica en mujeres casadas seguida en trámites de separación,⁽²⁴⁾ en otro estudio en el departamento de Quindío, Colombia, predominó la unión libre,⁽⁸⁾ coincidiendo con el estudio hondureño; en otro estudio de Santiago de Cuba predominó la violencia en mujeres casadas seguido de solteras;⁽¹⁰⁾ otros estudios como el de la ciudad de Durango estado de México, en relación con el estado civil, predominaron las mujeres casadas(83%).

Otra de las variables estudiadas es la escolaridad de la mujer y la pareja en relación sentimental, considerada esta variable como factor de riesgo para sufrir de maltrato, en el estudio hondureño muestra que las mujeres con escolaridad primaria predominó seguida de educación secundaria, coincidiendo con el estudio de Camagüey, Cuba,⁽⁹⁾ y dos estudios en el País Vasco, España,^(24,26) y con el estudio de la ciudad de Durango, México;⁽¹³⁾ no coincide el estudio hondureño con el estudio de Cienfuegos, Cuba, que predominó educación secundaria y Pre universitaria⁽⁷⁾ así como el estudio de Quindío, Colombia⁽⁸⁾ y el de ciudad de México.⁽²⁷⁾

Relacionado con la escolaridad de la víctima, está la actividad laboral de la mujer, se encontró en el estudio hondureño que la mayoría de ellas no tienen un trabajo extra hogar, pues su desempeño era de “trabajo” en la casa y sufrían de maltrato, igualmente en aquellas que

trabajaban fuera del hogar sufrían de violencia, no se encontró significación estadística ($X^2= 0.875$, OR 1.1, $p> 0.05$). Se ha tratado de explicar si la inserción de la mujer en el mercado laboral la protege de la violencia doméstica. Muchos estudios no encuentran un efecto de la inserción laboral en la violencia doméstica, sin embargo, no ha sido explorado a cabalidad y no existen estudios de este tipo en países en desarrollo.⁽²⁸⁾

El problema de la violencia doméstica es un fenómeno complejo y así como se trata de explicar el papel del trabajo fuera del hogar, igual existen teorías o modelos para explicar el problema de las personas que observan la violencia en el hogar y en este caso se refiere a los hijos, en el estudio hondureño el principal observador son los hijos. La teoría del aprendizaje pretende explicar que los niños al observar la violencia en el hogar, pueden ser potencialmente violentos en la etapa adulta. Este aprendizaje junto a otros factores como los estilos de crianza punitivos, el abuso de sustancias y la presencia de conductas trastornadas en la adolescencia, han demostrado poseer un papel relevante en el riesgo de ejercer violencia en la edad adulta.⁽²⁹⁾

Se estudiaron dos variables en la pareja sentimental de la mujer maltratada, estas fueron la edad y la escolaridad; la información al respecto plantea que posiblemente los hombres que ejercen violencia, no presentan ninguna peculiaridad respecto a la edad, nivel educativo o la situación laboral, solo se detecta un menor nivel educativo entre los hombres que maltratan.⁽¹⁹⁾

En el estudio hondureño se encontró que el victimario había cursado el nivel primario, seguido del secundario, aunque se observa violencia en aquellos hombres que habían cursado estudios superiores y sin ninguna escolaridad. Lo que revela los datos es que existe una alta proporción de hombres que tienen bajos recursos educativos que concuerda con su situación económica. En este sentido Fernández-Montalvo y Echeburúa (1997), encontraron que 57.1% de sus participantes poseían solo estudios primarios.⁽³⁰⁾ coincidiendo con el estudio hondureño, no se encontró significación estadística ($X^2 = 1.230$, $p > 0.05$).

Algunos autores plantean, que la edad podría jugar un papel importante en relación con la violencia de pareja, ya que se ha encontrado en algunos estudios que los agresores eran adultos jóvenes (Browne y Herbert, 1997). No obstante, en un estudio realizado por Fernández-Montalvo y Echeburúa (1997), en 42 hombres remitidos a psicoterapia por violencia conyugal, el promedio de edades hallado correspondía a 42.1 años.⁽³⁰⁾

En un estudio realizado en México en hombres que ejercen violencia contra sus parejas, los datos indican que los que ejercen violencia contra sus parejas, no tienen características específicas que pudieran diferenciarlos de los que no la ejercen. Esto confirma que la violencia de pareja no se distingue por edad o nivel socioeconómico de las personas. Incluso entre los hombres con altos niveles de escolaridad se observan altos porcentajes de violencia contra sus parejas: 39.3% de los hombres con educación superior o mayor han sido violentos con sus parejas en su relación y 29.0% en el año 2011.⁽³¹⁾

La alta prevalencia del consumo de drogas en la población es un indicador de la gravedad de este problema social. La preocupación está en el hecho de que la violencia familiar es un problema que está relacionado al consumo de drogas. En Estados Unidos de América, Inglaterra y Gales, las víctimas creían que su pareja había estado bebiendo antes de una agresión física en el 55% y el 32% de los casos, respectivamente. En Australia, el 36% de los homicidas de su pareja estaban bajo los efectos del alcohol en el momento del incidente, mientras que en Rusia el 10.5% de ellos estaban ebrios. En Sudáfrica, el 65% de las mujeres que habían sufrido malos tratos conyugales en los 12 meses anteriores señalaron que su pareja había consumido siempre, o algunas veces alcohol antes de la agresión.

En otros países se ha constatado estrechos lazos entre consumo de alcohol por parte del agresor y violencia de pareja son la India, Uganda, Vietnam y Zimbawe. Además, un estudio realizado en varios países (Chile, India, Egipto y Filipinas), señaló en todos ellos al consumo habitual de alcohol por parte del cónyuge o la pareja como factor de riesgo de cualquier acto de violencia física.⁽³²⁾ En el estudio hondureño se encontró que el 56.3% de los hombres había consumido alcohol, porcentaje similar a los encontrados en otros países. Se han propuesto modelos teóricos que han explicado hasta ahora la relación existente entre violencia familiar y abuso de alcohol. Algunos de los más importantes con una perspectiva de género son:

- Modelo de Desinhibición, se centra en el efecto del alcohol sobre la conducta del individuo. Este modelo no permite explicar la relación entre abuso de alcohol y violencia, de igual manera no revela porque el abuso de alcohol no siempre conduce a la violencia y la prevalencia de la violencia relacionada con el alcohol varía según el contexto socio-cultural.

- Modelo de Factores de Contexto, este modelo pretende explicar que existen otros factores en los malos tratos sumados al alcohol.

Sin embargo ninguno de los modelos por sí mismo han sido capaces de explicar la relación entre alcohol y violencia, estos modelos pueden ser considerados complementarios.⁽³³⁾

En relación al uso de otras drogas y la violencia doméstica la información dada por las mujeres, fue clara cuando sabían que utilizaban otro tipo de droga aparte del alcohol y cuando lo desconocían también. Si tomamos la población total y el uso de otras drogas se encuentra un 4%, similar al encontrado en un estudio del País vasco, España que fue de 4.5%;⁽²⁴⁾ el estudio hondureño y el riesgo de violencia es 2.6 mayor en los que están bajo la influencia de alcohol y 2.2 veces con otras drogas; en otro estudio de la comunidad valenciana, la frecuencia de uso fue 3%, tanto el alcohol como otras drogas son facilitadores de violencia doméstica.⁽³⁴⁾

En relación a la violencia sexual esta puede estar relacionada a la ingestión de alcohol y en la mayoría de estudios ocupa el tercer lugar en la violencia ejercida por la pareja sentimental. En la frecuencia sexual del estudio hondureño se encontró 19%, sin embargo cuando se especificó preguntándole a la víctima si fue obligada a tener relaciones sexuales, esta aumento en frecuencia.

La violencia física tiene sus consecuencias contra la mujer en la relación de pareja, es una de las causas de lesiones graves que se evidencian por el tipo de daño a nivel del cuerpo. En esta investigación, el 20.5% de las mujeres la habían sufrido, el instrumento de la agresión fue el puño 58.7%, que se traduce en puñetazos, bofetadas y golpiza, este porcentaje es mayor al obtenido en una investigación de Lima, Perú, que fue de 34%;⁽¹¹⁾ en Quindío, Colombia, sobresale lo que ellos mencionan violencia física con el propio cuerpo, sin porcentaje.⁽⁸⁾ En un estudio realizado en el Reino Unido, mostró que el 16% de las mujeres habían sido golpeadas en la cara, menor que la obtenida en el estudio hondureño 30.4%; el 20% en el cuerpo, brazos y piernas, menor que en el estudio hondureño 39.2%,⁽¹⁷⁾ en otros estudios no consideraron el área de la agresión. En el estudio hondureño se encontró que la consecuencia de la agresión a la mujer, fueron traumas que provocaron en la mujer fracturas, dientes quebrados con 5% ambos; un estudio realizado en hospitales públicos de ciudad de México, las lesiones más frecuentes fueron fracturas, herida, siendo la cara y cráneo con el 60%.⁽²⁷⁾

La violencia doméstica existe causando múltiples problemas dentro del hogar, y la familia no está exenta de la práctica de violencia y la violencia intrafamiliar es considerada como una forma de violencia social, en tanto es una expresión de las relaciones sociales que acontecen a nivel particular.⁽³⁵⁾ Por tanto el hogar-

lugar, en principio de cariño, de compañía mutua y de satisfacción de necesidades básicas para el ser humano, puede ser un sitio de riesgo para las conductas violentas.

⁽²⁶⁾ Se encontró en el estudio que el lugar de ocurrencia de la violencia es la casa con 62%, dato menor que el encontrado en Ceará, Brasil, que fue de 76%,⁽²²⁾ y de Quindío, Colombia con 86.3%.⁽⁸⁾ El hogar es el lugar más escogido, debido a que las agresiones son facilitadas por transcurrir en la privacidad, resguardado de la interferencia de otras personas. De esta forma, el ámbito privado que circunscribe el fenómeno inhibe el rompimiento y la visibilidad de la casuística.⁽²²⁾

En este estudio las mujeres maltratadas dieron algunas razones para no denunciar al victimario predominando los hijos 14.1%, seguido de dependencia económica 12.5%, sin embargo, el 49.7% no respondió; el estudio realizado en Cienfuegos, Cuba, menciona que el 60% de ellas no denuncia por miedo a sus parejas,⁽⁷⁾ en el estudio hondureño fue menor pues se consideró en otros. Desde una perspectiva cognitiva, se podría considerar que las mujeres permanecen con el victimario al dar razones para no denunciar, los hijos cubren importancia para las mujeres, esto se explica por creer que los hijos necesitan crecer y madurar emocionalmente con la presencia ineludible de un padre y una madre, agregándose que la víctima no podría sacar adelante a sus hijos por sí sola.⁽²⁶⁾

CONCLUSIÓN

La violencia doméstica se presenta en mujeres jóvenes menores de 39 años, en unión libre, con escolaridad primaria, con hijos; la frecuencia de violencia fue de 45.2%, y predominó la verbal, física y sexual. De esta tipología la que muestra evidencia observable es la física, por provocar lesiones en diferentes partes del cuerpo, siendo la cara el área predominante y el puño el instrumento de lesión. El agresor al momento de ocurrir la violencia se encontraba bajo el efecto del alcohol u otras drogas y a su vez, son testigos presenciales principalmente los hijos. Por lo tanto, de acuerdo a la información obtenida, el hogar se ha convertido en un foco de violencia, de peligro para la mujer y los hijos, debido a la violencia ejercida por el hombre.

BIBLIOGRAFÍA

- Castillo-Trejo JC, Hamui-Sutton A. La subordinación femenina y la tolerancia a la violencia basada en el género, *Aten Fam.* 2012;19(3):67-70.
- Terré Rull C. La matrona ante la violencia doméstica. *Matronas Prof.* 2000;1(2):4-9
- Zavala GL, Montoya-Reales DA. Acoso sexual a vendedoras de tortillas en mercados de Comayagüela, Honduras, 2012. *Rev Fac Cienc Méd.* 2017;14(1):18-27.
- Romero Ortiz M, Loza López J, Machorro Ramos F. Violencia del crimen organizado relacionada a los sectores económicos en México: una propuesta de categorización. *Polis, Revista Latinoamericana.* 2013;12 (36):477-495.
- Aguirre Aguilar G, González Suarez E. La violencia: signos y expresiones del espacio urbano del puerto veracruzano. *Global Media Journal México.* 2011;8 (15): 40-161.
- Comisionado Nacional de los Derechos Humanos (HN). Informe al honorable Congreso Nacional de la Republica año 2014. Tegucigalpa: CONADEH; 2015.
- Ruiz-Hernández M, López-Angulo L, Hernández-Cabrera Y, Castañeda-Álvarez E, Águila-Rodríguez Y. Caracterización de las mujeres maltratadas por su pareja desde la perspectiva de género. *Medisur [Internet].* 2013 [Consultado 2 de agosto de 2016];11(1):15'26. Disponible en: <http://medisur.sld.cu/index.php/medisur/article/view/1595>
- Zapata-Giraldo F F. Violencia de pareja en el Departamento del Quindío, Colombia. *Rev Salud pública.* 2013;15(2):247-257.
- Hidalgo García L, Valdés López DC. Violencia contra la mujer adulta en las relaciones de pareja. *MEDISAN.* 2014;18(2):177.
- Poll Cabrera M, Poll Hermes A, Mederos Ávila ME. Violencia contra la mujer en la comunidad. *MEDISAN* 2012; 16(8):1267-1268.
- Mascaro-Sánchez P, García-Parra S, Munares-García Ó. Violencia basada en género en zonas urbanas y urbano-marginales de Lima y Callao, 2007– 010. *An Fac med.* 2012;73(2):127-33.
- Lameda IS. Cuba Salud 2012. En: Memorias convención Internacional de Salud La Habana, 3 -7 de diciembre de 2012.
- Alvarado-Zaldívar G, Salvador-Moysén J, Estrada-Martínez S, Terrones-González A, Prevalencia de violencia doméstica en la

- ciudad de Durango. *Salud Pública Mex* 1998; 40(6):481-486.
14. Sánchez Hernández M, Manzo Chávez M. La violencia conyugal y su transmisión transgeneracional. *Uaricha*. 2014;11(24): 68-77.
 15. Vives C, Alvarez-Dardet C, Caballero P. Violencia del compañero íntimo en España. *Gac Sanit*. 2003;17(4):268-74.
 16. Blazquez Alonso M, Moreno Manso JM, García-Braamonde Sánchez ME. Revisión teórica del maltrato psicológico en la violencia conyugal. *Psicología y salud*. 2010;20(1):65-75.
 17. Lila M, [Editorial]. Investigación e intervención en violencia contra la mujer en las relaciones de pareja. *Intervención Psicosocial*. 2010;19(2):105-108.
 18. Mohamed Mohand L, Carracedo Cortiñas S, Herrera Torres L. Impacto de la violencia de género en el estado de salud física y psicoemocional de los hijos. *Revista de Educação e Humanidades*. 2014;6:73-84.
 19. Blanco P, Ruiz-Jarabo C, García de Vinuesa L, Martín-García M. La violencia de pareja y la salud de las mujeres. *Gac. Sanit*. 2004;18(4):182-188.
 20. Pontecorvo C, Mejía R, Aleman M, Vidal A, Majdalani MP, Fayanas R, et al. Violencia doméstica contra la mujer. Una encuesta en consultorios de atención primaria. *Medicina*. 2004;64(6):492-496.
 21. Secretaría de Salud (HN), Instituto Nacional de Estadística (INE) e ICF International. Encuesta Nacional de Salud y Demografía 2011-2012: Informe Resumen. Tegucigalpa, Honduras: SESAL, INE, ICF International; 2013.
 22. Vieira JES, Ferreira RC, Moreira GAR, Gondim APS, Araujo MAL, Silva RM. Factores asociados a la sobreposición de tipos de violencia contra la mujer notificada en servicios centinela. *Rev Latino-Am Enfermagem* 2013;21(4).
 23. Patró Hernández R, Corbalán Berna FJ, Limiñana Gras RM. Depresión en mujeres maltratadas: Relaciones con los estilos de personalidad, variables contextuales y de la situación de violencia. *Anales de Psicología*. 2007;23(1):118-124.
 24. Amor PJ, Echeburúa E, De Corral P, Sarasua B, Zubizarreta I. Maltrato físico y maltrato psicológico en mujeres víctimas de violencia en el hogar: un estudio comparativo. *RPPC*. 2001;6(3):167-178.
 25. Grupo de Salud Mental del Programa de Actividades de Prevención y Promoción de la Salud (PAPPS) de la Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria (semFYC). *Violencia Doméstica*. Sociedad Madrid: Ministerio de Sanidad y consumo; 2003.58p.
 26. Echeburúa JP, De Corral AP. Mujeres maltratadas en convivencia prolongada con el agresor: variables relevantes. *Acción Psicológica*. 2002;2:135-150.
 27. Doubova SV, Pámanes-González V, Billings DL, Torres-Arreola LP. Violencia de pareja en mujeres embarazadas en la Ciudad de México. *Rev Saúde Pública*. 2007;41(4):582-90.
 28. Gáfaró M, Ibáñez AM. *Violencia doméstica y mercados laborales: ¿Previene el trabajo femenino la violencia doméstica?* Bogotá: Centro de Estudios sobre Desarrollo Económico (CEDE); 2012.
 29. Patró Hernández R, Limiñana Gras RM. Víctimas de violencia familiar: Consecuencias psicológicas en hijos de mujeres maltratadas. *Anales de Psicología*. 2005;21(1):11-17.
 30. Rey C. Rasgos sociodemográficos e historia de maltrato en la familia de origen, de un grupo de hombres que ha ejercido violencia hacia su pareja y de un grupo de mujeres víctimas de éste tipo de violencia. *Rev Colomb Psicol*. 2002;11:81-90.
 31. Instituto Nacional de las Mujeres. *Hombres que ejercen violencia contra sus parejas. Análisis a partir de la ENDIREH 2011*. México: INM; 2014.
 32. Organización Mundial de la Salud. *Violencia infligida por la pareja y alcohol*. Washington D.C.: OMS; 2006.

33. Deza Villanueva S. Violencia familiar asociado al consumo de sustancias psicoactivas en hombres. *Av psicol.* 2013;21(1):35-46.
34. Márkez Iñaki, Romera Carlos, Merino Cristina, et al. Violencia doméstica, consumo de sustancias y otras circun stancias concurrentes: ¿El derecho versus derecho a la salud? *Rev Asoc Esp Neuropsiq.* 2002;(83):125-133.
35. Quiñones Rodríguez MC, Arias López Y, Delgado Martínez EM, Tejera Valdés AJ. Violencia intrafamiliar desde un enfoque de género. *MediCiego.* 2011;17(2).

CARACTERIZACIÓN GENERAL DE SEPSIS NEONATAL TEMPRANA**General characterization of early onset neonatal sepsis**German Edgardo Fajardo Dubón¹, Rut Elizabeth Flores Zelaya², Gloria Alicia Cárcamo Portillo³.**RESUMEN**

La sepsis neonatal temprana se define como la infección sospechada o confirmada que se produce en el recién nacido en las primeras 72 horas de vida, generalmente se adquiere durante el paso a través del canal de parto o mediante diseminación ascendente de bacterias. En el 2016 se estimó que más del 46% de las muertes en menores de 5 años correspondía al periodo neonatal, dentro de ese porcentaje 15% corresponde a sepsis. Los microorganismos aislados con frecuencia entre los pacientes con sepsis neonatal temprana son: Streptococcus grupo B, Escherichia coli, Staphylococcus aureus y Klebsiella sp. Su diagnóstico se fundamenta en la consideración de factores de riesgo, clínica y exámenes laboratoriales. **Objetivo:** Realizar una caracterización general de sepsis neonatal temprana y la utilización de los métodos laboratoriales para su diagnóstico oportuno. **Material y Métodos:** se realizó una revisión de la información disponible, a través de buscadores: Google Académico, PubMed y guías internacionales de asociaciones pediátricas, recopilando un total de 24 artículos, la mayoría recientes con menos de 5 años de publicación. **Conclusión:** la sepsis neonatal temprana puede prevenirse realizando intervenciones como un adecuado control prenatal o un buen manejo del parto, lo que disminuye la morbilidad y mortalidad subsiguiente y a la vez el impacto que esto representa para la salud pública del país.

Palabras clave: Exámenes de laboratorio, recién nacido, sepsis neonatal temprana.

ABSTRACT

Early neonatal sepsis is defined as the suspected or confirmed infection that occurs in the newborn in the first 72 hours of life, usually acquired during the passage through the birth canal or through upward dissemination of bacteria. In 2016 it was estimated that more than 46%

of deaths in children under the age of 5 corresponded to the neonatal period, within that percentage 15% corresponds to sepsis. Microorganisms frequently isolated among patients with early neonatal sepsis are: Streptococcus group B, Escherichia coli, Staphylococcus aureus and Klebsiella sp. Its diagnosis is based on the consideration of risk factors, clinical and laboratory examinations. **Objective:** To carry out a general characterization of early neonatal sepsis and the use of laboratory methods for its timely diagnosis. **Material and Methods:** a review of the available information was made through search engines: Google Scholar, PubMed and international pediatric association guides, compiling a total of 24 articles, most of them with less than 5 years of publication. **Conclusion:** early neonatal sepsis can be prevented by performing interventions such as adequate prenatal control or good delivery management, which decreases subsequent morbidity and mortality and at the same time the impact that this represents for the public health of the country.

Key words: Laboratory tests, newborn, early neonatal sepsis.

INTRODUCCIÓN

Desde la primera vez que se propuso unificar un concepto de sepsis en 1992, este se ha modificado. Hoy sepsis se define como la disfunción orgánica que pone en peligro la vida, causada por una respuesta desregulada del hospedero a la infección.^(1,2) En pediatría, citando la definición de The International Consensus Conference on Pediatric Sepsis, sepsis es la respuesta inflamatoria sistémica causada en presencia de una infección sospechada o confirmada.⁽³⁾ Hay que tener en cuenta la diferencia entre la definición de respuesta inflamatoria sistémica en pediatría a la de adultos. La sepsis neonatal se produce durante los primeros 28 días de vida.⁽²⁾ Sepsis Neonatal Temprana (SNT) es la sepsis que se presenta en el recién nacido antes de las 72 horas de vida, generalmente se adquiere durante el paso a través del canal de parto o mediante diseminación ascendente de bacterias. Los microorganismos aislados con más frecuencia de los pacientes con sepsis neonatal temprana son: Streptococcus grupo B, Escherichia coli, Staphylococcus aureus y Klebsiella sp.⁽⁴⁾ La sepsis en general, es una causa importante de morbilidad y

¹ Médico Residente, Posgrado de Medicina Interna, Universidad Nacional Autónoma de Honduras.

² Médico General, graduada de Universidad Nacional Autónoma de Honduras

³ Médico en Servicio Social, Universidad Nacional Autónoma de Honduras en el Valle de Sula

Autor de Correspondencia: German Fajardo germanfajardo08@hotmail.com

Recibido: 05/12/2016 Aceptado: 20/11/2017

mortalidad a nivel mundial; se presenta especialmente en los extremos de edad, así como en sujetos inmunocomprometidos.⁽⁵⁾ Uno de estos grupos etarios son los recién nacidos, los cuales pueden verse expuestos a bacterias previo, durante o posterior al parto, y por motivos de prematuridad, bajo peso, inmunosupresión, pueden ser blanco fácil de infecciones, desarrollar sepsis, presentar complicaciones e incluso la muerte.^(4,6)

Los exámenes laboratoriales son fundamentales para el diagnóstico y seguimiento de SNT, los cuales son entre otros: hemograma, Proteína C Reactiva (PCR) y hemocultivo, este último como estándar de oro para identificar el agente etiológico.⁽⁷⁾ La SNT es prevenible y curable con las intervenciones oportunas, por lo tanto su diagnóstico pronto y preciso pertinente.⁽⁸⁾ Esta revisión de la literatura, tiene como objetivo la caracterización general de SNT y la utilización de los métodos laboratoriales para su diagnóstico oportuno.

MATERIAL Y MÉTODOS

La obtención de la información se hizo a través de Google académico, PubMed y páginas en línea de Asociaciones de Pediatría reconocidas a nivel mundial. Se seleccionaron 24 documentos, entre estos: artículos originales, normas nacionales y guías de manejo en su mayoría menores de 5 años de publicación, incluyendo publicaciones de mayor antigüedad vigentes; tanto en español como en inglés. Utilizamos las palabras claves: sepsis neonatal temprana, recién nacido, exámenes de laboratorio en neonatos.

DESARROLLO Y DISCUSIÓN

La sepsis neonatal temprana se define como la infección sospechada o confirmada, que produce una respuesta inflamatoria sistémica y sus manifestaciones se presentan en el recién nacido en las primeras 72 horas de vida.⁽²⁾

Epidemiología

El número de muertes en niños menores de 5 años a nivel global, ha disminuido de 12.6 millones en 1990 a 5.6 millones en 2016, esto como parte de la Estrategia de las Metas de Desarrollo del milenio propuesta en el año 2000.⁽⁶⁾ También la mortalidad en grupos específicos como los neonatos ha descendido de 37 muertos por cada 1000 nacidos vivos en 1990 a 19 en el 2016; específicamente en América latina y el Caribe, la tasa de mortalidad descendió de 55 a 18 muertos por cada 1000 nacidos vivos de 1990 al 2016.⁽⁵⁾ En el 2016 se estimó que más del 46% de las muertes en menores de 5 años correspondía al periodo neonatal, dentro de ese porcentaje 15% corresponde a sepsis, sin especificar si

es temprana o tardía.⁽⁵⁾ La mortalidad es mayor entre recién nacidos con bajo peso al nacer o pretermino.⁽⁹⁾ En Honduras para el 2016 la tasa de muertes neonatales fue de 10 por cada 1000 nacidos vivos, no especificando la causa, tasa que disminuyó de 22, cifra que había en 1990.⁽⁵⁾ La mortalidad por sepsis neonatal en el Hospital Escuela del periodo de julio 2004 a septiembre 2006 fue de 23%, siendo la principal causa choque séptico y falla ventilatoria, 44% eran pretérmino.⁽¹⁰⁾

Factores de riesgo

Los factores de riesgo fetales hacen sinergia con los maternos. Algunos de estos son: nacimiento pretérmino, haber presentado asfixia neonatal y malformaciones congénitas. También el sexo masculino se considera factor de riesgo.⁽¹¹⁻¹³⁾ El bajo peso al nacer también es considerado un factor de riesgo para sepsis neonatal debido a la debilidad relativa del sistema inmune.⁽¹⁴⁾

Los factores de riesgo mayores y menores según las Normas Materno-Neonatal Nacionales son las siguientes:

Factores de riesgo mayores:

1. Colonización materna por Streptococo grupo B
2. Corioamnionitis (Taquicardia materna o fetal, Líquido amniótico fétido o caliente, Leucocitosis materna mayor de 15,000)
3. Ruptura de Membranas > 18 horas
4. Infección Urinaria y/o vaginal materna en las últimas 2 semanas previas al parto
5. Fiebre Materna (Mayor de 38 grados 24 horas previo a la terminación del parto o durante el trabajo de parto)⁽⁶⁾

Factores de riesgo menores:

1. Parto hospitalario contaminado con heces maternas durante el parto
2. Ruptura de membranas mayor de 12 horas
3. Instrumentación obstétrica (uso de fórceps).
4. Tactos vaginales frecuentes (más de 4).
5. Parto prolongado.
6. Procedimientos invasivos durante el embarazo y trabajo de parto.
7. Embarazo sin calidad de atención prenatal o ninguna atención.⁽⁶⁾

Según la normativa de la Secretaría de Salud de Honduras, los criterios de ingreso son:

a. Criterios absolutos de ingreso

1. Recién nacidos sintomáticos.
2. Recién nacidos asintomáticos con uno o más factores de riesgo materno mayores.

b. Criterios de observación / vigilancia

1. Recién nacidos asintomáticos con factores de riesgo menores, educar a la madre para que vigile al neonato por signos de peligro en casa.⁽⁶⁾

Patogenia

El líquido amniótico es una solución estéril que protege al feto de contaminación externa. La placenta cubre al recién nacido e impide la exposición al medio externo.⁽¹⁵⁾ La exposición bacteriana se produce cuando hay ascenso de los microorganismos del canal vaginal hacia el feto. Esto puede suceder en el contexto de rotura de membranas anteparto o en el transcurso del mismo, produciendo infección intraamniótica (corioamnionitis). La infección del líquido amniótico puede causar incluso que la sepsis inicie intrauterina cuando el feto inhala y deglute líquido. También puede producirse por contacto, al atravesar el canal de parto o contaminarse el recién nacido si el parto no es atendido en un ambiente aséptico y hay contaminación de mucosas o piel, especialmente en un recién nacido pretérmino, donde estos todavía no alcanzan su madurez.^(4, 12)

Debido a su localización anatómica las bacterias que causan SNT de forma más frecuente son aquellas que se encuentran en la parte baja del tracto genitourinario y las vías digestivas,⁽⁴⁾ siendo las más frecuentes *Streptococcus* del grupo B y *Escherichia coli* (porcentaje combinado de 70%), *Chlamydia trachomatis* y *Listeria monocytogenes*^(4, 13)

Existen factores de riesgo maternos y fetales que pueden predisponer a SNT: procedimientos invasivos como la realización de cerclaje en el transcurso del embarazo o la monitorización cardíaca fetal mediante la colocación de dispositivos en el cuero cabelludo. Al igual, puede considerarse un factor de riesgo el hecho de que la paciente no haya tenido un control prenatal adecuado, debido a que esto impide que se detecten infecciones de forma temprana que puedan ser tratadas, como por ejemplo, las infecciones urinarias que predisponen a presentar rotura prematura de membranas.^(4, 8)

La rotura de membranas completa y palpable o fugas de líquido amniótico antes del parto, causa que haya una comunicación del feto con el medio externo exponiéndolo

a las bacterias que colonizan el tracto genitourinario de la madre. Realizar tactos vaginales frecuentes puede aumentar el riesgo de sepsis, por lo cual estos deben ser restringidos.⁽⁴⁾

La corioamnionitis (presencia de temperatura corporal materna mayor de 38°C y por lo menos dos de los siguientes criterios: leucocitosis materna mayor de 15 000 células/mm³, taquicardia mayor de 100 latidos por minuto, taquicardia fetal mayor de 160 latidos por minuto, dolor uterino y/o mal olor del fluido amniótico) es un factor de riesgo mayor para desarrollar SNT y representa también riesgo alto de mortalidad materna y fetal.^(9,12)

Se considera factor de riesgo que el embarazo anterior haya presentado sepsis debido a *Streptococcus* del grupo B, por lo que debe considerarse realizar pruebas de detección en las embarazadas que tengan este antecedente.⁽¹²⁾ La ingesta de alimentos contaminados antes del parto puede provocar infección por *Listeria Monocytogenes*.⁽⁹⁾

La edad materna menor o igual a 15 años, fiebre materna e hipertensión materna también son factores de riesgo para la SNT.^(11,14) Según estudio realizado en el Hospital Escuela el 55.5% de los recién nacidos con SNT eran hijos de madres procedentes de zona urbana marginal.⁽¹⁰⁾

Manifestaciones clínicas

Los recién nacidos con sepsis bacteriana pueden tener signos y síntomas inespecíficos o signos focales de infección. En ocasiones, sobre todo en el RN prematuro, la sepsis vertical puede ser inicialmente asintomática y la sospecha diagnóstica se puede fundamentar en la presencia de factores riesgo de infección de transmisión vertical.^(14, 15)

En la fase inicial los síntomas en el RN suelen ser inespecíficos, presentándose disminución de la actividad espontánea, inestabilidad de la temperatura (hipotermia o fiebre), dificultades para la alimentación: retención gástrica, regurgitaciones, reflejo de succión débil o abolido, también presentar sintomatología cardiorrespiratoria: taquicardia, taquipnea, apneas, signos de distrés respiratorio.^(6,13)

En fases tardías de la infección, predomina un aspecto de gravedad con disminución de la motilidad espontánea, hipotonía y aparición de ictericia (aspecto séptico). Es posible en esta fase identificar manifestaciones de coagulopatía Intravascular Diseminada (CID); petequias, equimosis, hemorragias mucosas o de shock séptico (taquicardia, pulso débil, relleno capilar lento, hipotensión, etc). En la exploración del RN

con sospecha de sepsis se ha de valorar la posible presencia de aspecto séptico, presencia de ictericia, hepatomegalia frecuente y rara vez esplenomegalia. La infección neonatal puede acompañarse de otros procesos no infecciosos que compliquen más su diagnóstico. ^(5, 4, 13)

Las manifestaciones clínicas no son específicas, por lo cual los diferentes autores coinciden en la importancia de detectar los factores de riesgo maternos, para establecer la sospecha de SNT, además considerar que las sepsis afectan a diversos órganos y sistemas y que las manifestaciones suelen presentarse en las primeras 24 horas de vida. ^(5, 4)

Diagnóstico

El diagnóstico de sepsis en neonatos es difícil debido a que los síntomas son inespecíficos y que varias causas no infecciosas tienen estos síntomas. Esto representa un desafío para el médico al tener que identificar cuáles son los recién nacidos que tienen alta probabilidad de presentar sepsis, dar un tratamiento oportuno y saber cuándo discontinuar el mismo. ^(4,9) Entre las pruebas laboratoriales que se pueden realizar están:

1. Hemocultivo: el diagnóstico definitivo se fundamenta en el estudio del hemocultivo que debe ser realizado ante la sospecha diagnóstica, que tarda al menos 48-72 horas en conocerse el resultado y por lo tanto retrasa el diagnóstico. ⁽¹⁵⁾ Se debe realizar en todos los RN con sospecha de sepsis, 1ml debe ser el volumen mínimo para detectar bacteriemia de 4UFC (4 unidades formadoras de colonias). Hasta el 25% de los recién nacidos tiene ≤ 4 UFC/ml y dos tercios de los lactantes menores de dos meses tienen recuentos < 10 UFC/ml. ⁽¹³⁾ La muestra de sangre para hemocultivo debe de obtenerse de una vena periférica no canalizada. El hemocultivo realizado con sangre obtenida de arteria o vena umbilical recientemente canalizada es fiable, sin embargo, cuando los vasos umbilicales llevan más de 24 horas canalizados, si se utiliza sangre capilar arterial y la sangre obtenida es a través de un catéter invasivo, los hemocultivos dan lugar a muchos falsos positivos y, por lo tanto, son poco fiables. ⁽¹³⁾
2. Urocultivo: no forma parte de los exámenes que se realizan ante la sospecha de sepsis de inicio precoz ⁽¹³⁾
3. Aspirado gástrico: no se realiza en la práctica clínica en forma rutinaria. ⁽¹³⁾
4. Cultivos de superficie corporal: No se ha observado beneficio costo efectividad en realizar cultivo de superficie. ⁽¹³⁾
5. Los aspirados traqueales: Como indicación deben obtenerse al intubar al recién nacido, ya que realizar obtención de aspirados posteriores puede dar falsos positivos debido a muestra contaminada. ⁽¹³⁾
6. Punción lumbar: la decisión de realizar una punción lumbar en un RN con sospecha de sepsis sigue siendo controvertido, sin embargo, la bacteriemia en niños, la incidencia de la meningitis pueden ser tan alta como 23%. La punción lumbar se debe realizar en: cualquier niño con un resultado de hemocultivo positivo, bebés cuyo curso clínico, o que datos de laboratorio puedan sugerir fuertemente sepsis bacteriana y bebés que empeoran después de iniciar la terapia antimicrobiana. ⁽¹³⁾
7. Recuento periférico de glóbulos blancos y recuento diferencial: el recuento total de leucocitos ($5\ 000/\text{mm}^3$ a $30\ 000/\text{mm}^3$), aunque utilizados habitualmente, tienen un bajo valor predictivo positivo y tienen pobre precisión diagnóstica (baja sensibilidad y especificidad) en la sepsis. ⁽⁹⁾ La neutropenia tiene mejor especificidad que un recuento de neutrófilos elevada, porque pocas enfermedades además de la sepsis, deprimen el recuento de neutrófilos neonatales. Valores pico se alcanzan de 6 a 8 horas después del nacimiento.
8. Métodos enzimáticos: se basan en la detección en suero de enzimas leucocitarias (láctato deshidrogenasa, fosfatasa alcalina) y en el test de Nitroazul de Tetrazolio (NAT). ⁽¹⁵⁾
9. Reactantes de fase aguda: son proteínas inespecíficas producidas en su mayoría, en el hígado o secretadas por leucocitos ante infecciones, traumatismos e inflamación. ⁽¹⁶⁾ Los más utilizados en la práctica clínica habitual son: PCR, Procalcitonina (PCT) y la Interleucina 6 (IL6). ⁽¹⁷⁾
10. Proteína C Reactiva. La concentración aumenta de 6 a 8 horas siguientes a un episodio de infección en los recién nacidos y alcanza su máximo a las 48 horas. La sensibilidad de una determinación de PCR es baja al nacer, ya que requiere una respuesta inflamatoria (con la liberación de la IL6). ⁽¹⁸⁾
11. Procalcitonina. Las concentraciones aumentan 2 horas después del inicio de un episodio infeccioso, máximo a las 12 horas, y se normalizan a los 2 a 3 días en adultos sanos. La procalcitonina $\geq 0.34\text{ng/}$

ml es tomado como el valor de corte, la sensibilidad en el diagnóstico de sepsis neonatal era 100%, la especificidad del 96,5% y Valor Predictivo Negativo (VPN) de 100%.^(13, 19)

12. Interleucina 6. Tras la llegada del agente bacteriano tiene lugar una rápida elevación de moléculas proinflamatorias, cuyo papel es preparar al huésped para hacer frente a la infección. La elevación de IL6 es, por tanto, muy precoz, pudiendo cuantificarse a partir de la primera hora de infección. Alcanza el pico máximo de concentración a las 4-6 horas y rápidamente desciende; debido a la brevedad de su vida media, y a partir de las 24-48 horas del inicio de la infección, los niveles de IL6 disminuyen hasta ser indetectables, no existiendo diferencias entre neonatos sanos y enfermos en ese momento. Estudios realizados en neonatos refieren valores de IL6 significativamente superiores en los recién nacidos con sepsis (tanto vertical como nosocomial) al inicio de la infección, comparados con el grupo control. De esta forma, la eficacia diagnóstica de la IL6 es superior a la observada en PCR y PCT, oscilando la sensibilidad entre 70 y 100%, la especificidad entre 65-100% y el VPN entre 80 y 100% según las series.^(16, 20)

13. Radiografía de tórax: se realiza en la evaluación de sepsis neonatal. Puede tener gran interés en las sepsis verticales, ya que se pueden manifestar alteraciones similares a las de la enfermedad de membrana hialina.^(11,15)

En Honduras todo recién nacido con riesgo de SNT se le toman los siguientes exámenes: hemograma, PCR y hemocultivo (estándar de oro para identificar el agente etiológico). Para seguimiento del recién nacido con SNT o choque séptico, según evolución clínica se realiza: hemograma, PCR, hemocultivo, punción lumbar, radiografía de tórax, glicemia, tiempo de protrombina, tiempo de tromboplastina y electrolitos.⁽⁶⁾ La proteína C reactiva ha evidenciado utilidad como pruebas de tamizaje por su alto valor predictor negativo. Las pruebas diagnósticas moleculares no han mostrado mayor efectividad que los estudios microbiológicos.⁽¹¹⁾

Tratamiento

El uso de antibióticos está indicado y deben ser administrados en la primera hora del ingreso del neonato, para así lograr el control apropiado del proceso

infeccioso.⁽⁵⁾ En recién nacidos con SNT se aconseja el uso de los siguientes antibióticos (Cuadro 1):

Cuadro 1. Terapia en Sepsis Neonatal

Condición del Recién Nacido	Primera Línea	Primera Línea Alternativa	Segunda Línea
Potencialmente séptico Sepsis temprana Sepsis tardía	Ampicilina + amikacina	Ampicilina/Sulbactam + amikacina	Piperacilina/Tazobactam + amikacina. o Ceftazidime + amikacina.
Infección nosocomial	Piperacilina/Tazobactam + amikacina	Ceftazidime + amikacina	Imipenem + amikacina
Con meningitis	Cefotaxime o ceftazidime + amikacina	Ampicilina + amikacina	Imipenem + amikacina
Con enterocolitis necrotizante	Ampicilina/sulbactam + amikacina	Ampicilina + amikacina + metronidazol	Imipenem + amikacina

Fuente: Secretaría de Salud (HN). Normas Nacionales para la Atención Materno - Neonatal, Secretaria de Salud, Honduras, 2016.

En caso de uso de amikacina, es importante recordar que este no debe ser utilizado por más de 10 días para evitar daño ótico y renal.

La combinación de ampicilina y amikacina es altamente efectiva para los patógenos perinatales comunes, también se recomienda el uso de ampicilina más gentamicina como primera línea.

En aquellos recién nacidos, en los cuales se presente un deterioro clínico o mala respuesta al tratamiento en 48-72 horas comprobados mediante exámenes de laboratorio, se deberá modificar la terapia antibiótica.

Se debe indicar antimicótico de primera línea, en este caso fluconazol, de manera profiláctica o terapéutica. El uso profiláctico está indicado en neonatos con peso menor de 1500g a una dosis de 3mg/kg/dosis diaria, dos veces por semana. Se mantendrá esta cobertura mientras el recién nacido permanezca hospitalizado.⁽⁶⁾

El soporte ventilatorio se ofrece en función al puntaje del test de Silverman Anderson, se busca mantener una saturación de oxígeno $\geq 92\%$, y una presión de dióxido de carbono que no disminuya el pH sanguíneo a menos de 7.25 para favorecer el transporte de oxígeno. Esto previene la acidosis y así ayuda al mejor funcionamiento de los diferentes sistemas.⁽⁶⁾

Soporte hemodinámico: en caso de encontrarse ante un recién nacido con inestabilidad hemodinámica en el contexto de choque y con signos de hipoperfusión, deben seguirse dos pilares fundamentales, iniciar la reanimación con líquidos y a la vez valorar causas que estén perpetuando este estado. Se debe administrar carga de solución salina normal 10ml/kg, pasar en 5-10 minutos, si no hay respuesta se puede aplicar hasta tres (3) cargas, valorando respuesta. El volumen total no debe exceder de 40ml/kg. A la vez corregir la hipotermia, anemia, hipoglucemia, acidosis, trastornos del calcio y el potasio. Si no hay respuesta, continuar con: agentes inotrópicos y vasopresores IV. Dopamina, si no hay respuesta, continuar con dobutamina, al no encontrar respuesta favorable seguiría continuar con adrenalina o norepinefrina.⁽⁶⁾

Transfundir glóbulos rojos empacados si hemoglobina es menor de 12g/dL, volumen calculado 10 ml/kg/día. Indicar esteroides solo en estado refractario del choque o sea que el neonato persiste en choque aún después de todas las medidas terapéuticas descritas anteriormente, Hidrocortisona 1mg/kg/dosis, cada 8 horas de acuerdo a respuesta terapéutica (aumento de la presión arterial media).

También es importante el aporte de líquidos y electrolitos, así como el soporte nutricional y metabólico.⁽⁶⁾

Prevención

La única intervención probada para disminuir la incidencia de aparición temprana de sepsis neonatal es el tratamiento materno con antimicrobianos intravenosos durante el parto, agentes para la prevención de *Streptococcus* grupo B. La profilaxis adecuada es definida como la penicilina (agente de preferencia), ampicilina, o cefazolina. Ya no se recomienda eritromicina para la profilaxis debido a las altas tasas de resistencia.⁽¹³⁾

Los agentes antimicrobianos intraparto están indicados para las siguientes situaciones:

1. Cultivo prenatal positivo o prueba molecular para SGB (excepto para las mujeres que tienen un parto por cesárea sin trabajo de parto o sin ruptura de membranas)
2. Estado desconocido de colonización materna con gestación <37 semanas, ruptura de membranas> 18 horas o temperatura > 100.4 ° F (> 38 ° C)
3. Bacteriuria por SGB durante el actual embarazo
4. Infante anterior con enfermedad SGB invasiva.⁽¹³⁾

La Academia Americana de Pediatría (AAP por sus siglas en ingles), el Comité de Enfermedades Infecciosas (COID por sus siglas en inglés) y el Comité de Fetos y Recién Nacidos (COFN por sus siglas en inglés) plantean las siguientes recomendaciones:

- 1) Los recién nacidos que tienen signos de sepsis, deben recibir agentes antimicrobianos de amplio espectro.
- 2) Recién nacidos prematuros y nacidos a término aparentemente sanos, de mujeres con sospecha de corioamnionitis al nacer, se les deben hacer cultivo de sangre, un hemograma completo con diferencial media de proteína C reactiva a la edad de 6 a 12 horas. Estos recién nacidos deben ser tratados con agentes antimicrobianos de amplio espectro.
- 3) Para recién nacidos ≥ 37 semanas de gestación con buen aspecto cuya madre no era sospechosa de corioamnionitis, pero que sí tenía una indicación para profilaxis antibiótica intraparto y no recibió intraparto al menos 4 horas de penicilina, ampicilina o cefazolina.
- 4) Los recién nacidos < 37 semanas de gestación con buen aspecto cuya madre no era sospechosa de corioamnionitis, pero tenía una indicación para profilaxis antibiótica intraparto y no recibió profilaxis adecuada, las pautas de prevención de GBS 2010, recomiendan una evaluación limitada (hemocultivo y recuento de células blancas) y la observación hospitalaria durante 48 horas.
- 5) Las pautas de prevención de GBS 2010 no se refieren a la duración de terapia antibiótica. El COFN hace recomendaciones para la duración

de la terapia antimicrobiana basada en los resultados de las pruebas de laboratorio. Los bebés con apariencia saludable sin evidencia de infección bacteriana deben recibir agentes antimicrobianos de amplio espectro durante no más de 48 horas. Algunos recién nacidos prematuros podrán continuar con antibióticos hasta más de 72 horas a la espera de resultados del cultivo bacteriano. ⁽²¹⁾

CONCLUSIÓN

La prevención es la mejor medida de control para la SNT. Se recomienda implementar programas que garanticen la realización de controles prenatales en cantidad y calidad adecuada, para así realizar las intervenciones oportunas.

El manejo de la SNT sigue las pautas generales del abordaje de sepsis. Se debe identificar el riesgo de SNT, realizar exámenes de laboratorio: hemograma completo, PCR y hemocultivo e instaurar tratamiento antimicrobiano en la primera hora. El inicio temprano de tratamiento antibiótico disminuye la mortalidad. Debe realizarse reanimación con cristaloides en caso de shock séptico y al no presentar mejoría el uso de inotrópicos y vasodilatadores, así como el adecuado soporte ventilatorio. El monitoreo de líquidos y electrolitos y metabólicos es esencial en el manejo de SNT, y con esto disminuir la mortalidad.

BIBLIOGRAFÍA

- Rhodes A, Evans LE, Alhazzani W, Levy MM, Antonelli M, Ferrer R, et al. Surviving Sepsis Campaign: International Guidelines for Management of Sepsis and Septic Shock: 2016. *Intensive Care Med* .2017; 43(3):304–77.
- Bone RC, Balk RA, Cerra FB, Dellinger RP, Fein AM, Knaus WA, et al. Definitions for sepsis and organ failure and guidelines for the use of innovative therapies in sepsis. The ACCP/SCCM Consensus Conference Committee. American College of Chest Physicians/Society of Critical Care Medicine. *Chest* 1992; 101(6):1644–55.
- Goldstein B, Giroir B, Randolph A. International pediatric sepsis consensus conference: definitions for sepsis and organ dysfunction in pediatrics. *Pediatr Crit Care Med*. 2005;6(1):2-8.
- Stoll B. Infecciones del recién nacido. En: Kliegman RM, Stanton BF, St. Geme WJ, Schor NF, Behrman RE, editores. *Nelson Tratado de Pediatría*. Vol. 1. 19a ed. Barcelona. Elsevier; 2012. p. 659 - 679.
- World Health Organization. Levels and trends in child mortality: report 2017 [Internet]. Washington D.C.: WHO, 2017. [consultado el 12 de junio de 2017]. Disponible en: http://www.childmortality.org/files_v21/download/IGME%20report%202017%20child%20mortality%20final.pdf
- Secretaria de Salud (HN). Normas nacionales para la atención materno - neonatal. Tegucigalpa: Secretaria de Salud; 2016.
- Prashant A, Vishwanath P, Kulkarni P, Sathya Narayana P, Gowdara V, Nataraj SM et al. Comparative assessment of cytokines and other inflammatory markers for the early diagnosis of neonatal sepsis-a case control study. *PloS one* 2013; 8(7):e68426.
- Romero-Maldonado Silvia, Ortega-Cruz Manuel, Galván-Contreras Rafael. Riesgo de sepsis neonatal temprana en recién nacidos de madre con corioamnionitis: Estudio de casos y controles. *Perinatol. Reprod. Hum.* [Internet]. 2013 [Consultado 14 de diciembre de 2016]; 27(4):217-221. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0187-53372013000400003&lng=es
- Arunachalam AR, Pammi M. Biomarkers in early-Onset Neonatal Sepsis: An Update 2015. *Ann Clin Med Microbio* [internet].2015 [Consultado el 14 de agosto del 2016];1(2):1007. Disponible en: <https://www.jscimedcentral.com/MedicalMicrobiology/medicalmicrobiology-1-1007.pdf>
- Aguilar H, Meléndez J. Perfil epidemiológico del recién nacido con sepsis, atendido en el servicio de neonatología del Hospital Escuela comprendido en el periodo de julio 2004 a septiembre 2006. *Rev Med Post UNAH* [Internet]. 2007 [consultado el 13 de agosto del 2016];10(1):52-57. Disponible en: <http://www.bvs.hn/RMP/pdf/2007/pdf/Vol10-1-2007-10.pdf>
- Pérez RO, Lona JC, Quiles M, Verdugo MA, Ascencio EP, Benítez EA. Sepsis neonatal temprana, incidencia y factores de riesgo asociados en un hospital público del occidente de México. *Rev Chilena Infectol* [internet].2015 [consultado el 14 de agosto del 2016];32(4):387-392. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.4067/S0716-10182015000500003>
- Cunningham FG, Leveno KJ, Bloom SL, Haut JC, Gilstrap LC, Wenstrom Kd, editores. *Obstetricia de Williams* . 23ª ed. México DF: Mc Graw Hill; 2011.
- Polin R, Committee On Fetus and Newborn . Management of neonates with suspected or proven early-onset bacterial sepsis. *Pediatrics* [Internet].

- 2012 [Consultado el 5 de agosto del 2016]; 129 (5):1006 -1015. Disponible en: <http://pediatrics.aappublications.org/content/129/5/1006>
14. Klinger G, Levy I, Sirota L, Boyko V, Reichman B, MBChB, and collaboration with the Israel Neonatal Network. Outcome of early-onset sepsis in a national cohort of very low birth weight infants. *Pediatrics* [Internet]. 2010 [Consultado el 14 de agosto del 2016];125(4):736-740. Disponible en: <http://pediatrics.aappublications.org/content/125/4/e736?download=true>
 15. López Sastre J, Coto Cotallo GD, Fernández Colomer B, Pérez Solís D. Diagnóstico de sepsis vertical en el recién nacido. XVIII Congreso Español de Medicina Perinatal [Internet] 2009. [consultado 12 de agosto 2016]; 25(4):e736-740. Disponible en: <http://www.se-neonatal.es/Portals/0/13-17ponencias.pdf>
 16. CostaRomeroM. Marcadores biológicos de infección neonatal. *Bol Pediatr* [internet]. 2011 [consultado el 13 de agosto del 2016]; 51:114-117. Disponible en: http://sccalp.org/documents/0000/1734/BolPediatr2010_51_114-117.pdf
 17. Hofer N, Zacharias E, Müller W, Resch B. An Update on the Use of C-reactive protein in early onset neonatal sepsis: current insights and new tasks. *Neonatology* [Internet]. 2012 [consultado el 13 de agosto del 2016];102:25-36 Disponible en: <http://www.karger.com/Article/Pdf/336629>
 18. Edgar JD, Gabriel V, Gallimore JR, McMillas SA, Grant J. A prospective study of the sensitivity, specificity and diagnostic performance of soluble intercellular adhesion molecule 1, highly sensitive C-reactive protein, soluble E-selectin and serum amyloid A in the diagnosis of neonatal infection. *BMC Pediatric* [internet]. 2010 [consultado el 4 de agosto del 2016]; 10:22. Disponible en <http://www.biomedcentral.com/1471-2431/10/22>
 19. Kocabaş E, Sarıkçıoğlu A, Aksaray N, Seydaoğlu G, Seyhun Y, Yaman A. Role of procalcitonin, C-reactive protein, interleukin-6, interleukin-8 and tumor necrosis factor- α in the diagnosis of neonatal sepsis. *Turk J Pediatr*. [internet]. 2007 [Consultado el 21 de noviembre 2017];49(1):7-20. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17479639>
 20. Reis Machado J, Figueiredo Soave D, da Silva MV, Borgues de Menezes L, Etchebehere FM, Gonçalves dos ReisMonteiro ML, et la. Neonatal Sepsis and Inflammatory Mediators. *Mediators of Inflammation* [internet]. 2014 [Consultado el 13 de agosto de 2016]; 2014 : 1-10. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1155/2014/269681>
 21. Brady MT, Polin RA. Prevention and management of infants with suspected or proven neonatal sepsis. *P ediatric* [Internet]. 2013 [Consultado el 15 de agosto del 2016];132(1):166. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/237097424_Prevention_and_Management_of_Infants_With_Suspected_or_Proven_Neonatal_Sepsis

SENO PREAURICULAR, DIFERENTES TÉCNICAS QUIRÚRGICAS**Preauriculares Sinus, different surgical techniques**Iliana Durón Tábora¹, Javier A. Durón Tábora ¹, Javier A. Durón Martínez²**RESUMEN**

El seno preauricular es una malformación congénita que se presenta como un pequeño orificio en el oído externo, usualmente cercano al borde anterior de la rama ascendente del hélix. La mayoría son asintomáticos y no requieren tratamiento, sin embargo, una vez infectados se vuelven inflamaciones dolorosas, con secreción fétida que presentan exacerbaciones agudas recurrentes. **Objetivo:** brindar información actualizada sobre las ventajas de las diferentes técnicas quirúrgicas utilizadas para resolver en forma adecuada este problema congénito. **Material y Métodos:** el presente estudio se realizó mediante una búsqueda comprensiva de artículos con menos de 10 años de publicación en las bases de datos de MEDLINE/PubMed, Google Académico e HINARI. Se seleccionaron un total de 20 artículos, en español e inglés, entre ellos trabajos originales y metanálisis sobre el tema. **Conclusión:** la técnica supraauricular ha demostrado, en términos estadísticos, una tasa de recurrencia menor que la técnica clásica de sinectomía.

Palabras Clave: Seno preauricular, enfermedades del oído, malformación congénita, técnica sinectomía, técnica supraauricular.

ABSTRACT

Preauricular sinus is a congenital malformation that presents itself as a small orifice in the external ear, usually close to the anterior border of the ascending limb of the helix. Most are asymptomatic and do not require treatment, however, once infected they become painful inflammations, with fetid secretion that present recurrent acute exacerbations. **Objective:** provide updated information on the advantages of different surgical techniques used to adequately solve this congenital

problem. **Material and Methods:** the present study was conducted through a comprehensive search of articles with less than 10 years of publication in the MEDLINE / PubMed, Academic Google and HINARI databases. A total of 20 articles were selected, in Spanish and English, including original papers and meta-analyses on the subject. **Conclusion:** the supraauricular technique has demonstrated, in statistical terms, a rate of recurrence lower than the classic technique of sinectomy.

Key words: Preauricular sinus, ear diseases, congenital malformation, sinectomy technique, supraauricular technique

INTRODUCCIÓN

Seno Preauricular (SPA) es una malformación congénita benigna de los tejidos blandos preauriculares, que se manifiesta como un pequeño orificio (abertura) en el oído externo, usualmente cercana a la rama anterior ascendente del hélix.⁽¹⁾ La describió por primera vez Van Heusinger en 1864.⁽²⁾ También se le conoce como fosa preauricular, hoyuelo preauricular, fistulas preauriculares, trayectos preauriculares y quistes preauriculares.⁽³⁾ Usualmente son asintomáticos y aislados y no requieren tratamiento, sin embargo una vez infectados, estos senos se vuelven masas dolorosas, inflamadas y con descarga de mal olor.⁽⁴⁾ El diagnóstico del SPA es un hallazgo incidental al examen físico. El SPA cuando presenta síntomas el diagnóstico es clínico, también puede realizarse un estudio ecográfico de la región. La completa extirpación del seno preauricular y todos sus elementos es el pilar en el tratamiento. Existen diferentes técnicas y métodos quirúrgicos para delinear el trayecto fistuloso y ramificaciones. **Objetivo:** brindar información actualizada sobre las ventajas de las técnicas quirúrgicas utilizadas para resolver en forma adecuada esta patología.

MATERIAL Y MÉTODOS

El presente estudio se realizó mediante una búsqueda comprensiva de artículos con menos de 10 años de publicación en las bases de datos de MEDLINE/PubMed,

1 Doctor en Medicina y Cirugía. UNAH

2 Médico especialista Otorrinolaringólogo Pediatra. Honduras Medical Center, Tegucigalpa

Autor correspondiente: Iliana Durón, Correo electrónico: ilianaduront@gmail.com

Ingreso: 28/02/2017 Aprobado: 18/07/2017

Google Académico e HINARI. Se seleccionaron un total de 20 artículos, en español e inglés, entre ellos trabajos originales y metanálisis sobre el tema.

DESARROLLO Y DISCUSIÓN

Epidemiología

No existen estudios epidemiológicos a larga escala para determinar la prevalencia de esta anomalía congénita. Estados Unidos tiene prevalencia de 0.1% a 0.9%, Inglaterra 0.9%, Hungría 0.47%, Taiwán 1.6% a 2.5% y de 4 a 10% en algunas áreas de África.^(1,2,4,5) En Nigeria entre abril 2008 y mayo 2010 se reportó una prevalencia de 9.3%⁽⁵⁾ y en Corea del Sur de 1.9% entre julio 2008 y diciembre 2012.⁽²⁾ La variación en prevalencia reportada de diferentes partes del mundo sugiere la probabilidad de diferencias entre grupos étnicos,⁽¹⁾ en Asia, por ejemplo, 1.36%, 0.69% y 0.17% en Chinos, Malayos e Hindúes respectivamente.^(1,2)

SPA puede ser esporádico o heredado. Generalmente las lesiones bilaterales son heredadas, con un patrón autosómico dominante incompleto con una penetrancia reducida y expresión variable. También se han descrito como parte de múltiples síndromes congénitos. El más conocido es el Síndrome Branquio-oto-renal, una condición autosómica dominante que consiste de SPA, otros defectos del oído resultando en pérdida de audición, defectos renales, fistulas, quistes, senos cervicales laterales y estenosis, y fistula nasolacrimal.⁽¹⁾ Sin embargo hoy en día esto permanece controversial ya que algunos estudios no han reportado asociación.⁽⁵⁻⁸⁾ Recientemente el cromosoma 8q11.1-q13.3 fue mapeado como el posible lugar para el SPA.⁽⁸⁾

SPA unilateral ocurre más frecuentemente en el lado derecho y se ha reportado ser más frecuente en mujeres,⁽⁴⁻⁶⁾ aunque no se conoce la razón exacta de dicha incidencia.

Embriología

El SPA está estrictamente relacionado con la embriología de la oreja, se forma entre la cuarta y octava semana de gestación en el primer y segundo arco branquial. El tejido derivado de ambos arcos desarrolla dos pares de montículos auriculares (tres montículos sobre el borde inferior del primer arco y tres montículos sobre el borde superior del segundo arco) separados entre sí por el primer surco branquial. Éstos son llamados montículos de His y cada uno contiene mesodermo y una cubierta de ectodermo. La unión de estos seis montículos da origen a la oreja. La teoría más citada y aceptada, atribuida al desarrollo de SPA, es que se debe a la incompleta o

defectuosa fusión de los seis montículos de His durante el desarrollo auricular, por atrapamiento de ectodermo en el espesor del mesodermo. Por esto, este seno, a pesar de su proximidad anatómica, no depende directamente de una evolución anormal o de persistencia de elementos branquiales, por tanto no constituye una verdadera anomalía branquial.^(9,10) Existe otra teoría menos aceptada, atribuida al desarrollo de SPA, que se debe al doblamiento aislado del ectodermo en el desarrollo embrionario auricular.^(10,11)

Localización anatómica

Clásicamente, el SPA se manifiesta como un orificio cerca de la rama anterior ascendente del hélix, aunque muchos están localizados anterior al conducto auditivo externo. Una pequeña porción de SPA han sido reportados en áreas como el borde superior del hélix, el trago, el lóbulo, la prolongación ascendente del hélix, área supraauricular y el área postauricular.^(12,13) Choi y colaboradores, dividen el SPA en dos tipos dependiendo de la relación de la abertura del seno, con una línea imaginaria vertical trazada del borde posterior del trago y la parte posterior de la rama ascendente del hélix. El SPA es clasificado como preauricular si la abertura es anterior a la línea y postauricular (también llamados forma variante SPA) si se encuentra por detrás de la misma (figura 1).⁽¹⁴⁾

Figura 1. Clasificación del SPA según localización



Fuente: adaptación propia

En el SPA el tracto fistuloso, al igual que su abertura, está claramente localizado anterior al conducto auditivo externo; en cambio, en la forma variante SPA, el sitio común del orificio es el piso del hélix con el trayecto fistuloso hacia la porción posterior o postero-inferior de la oreja, por lo que típicamente presenta inflamación postauricular, requiriendo para su remisión un abordaje postauricular y preauricular.⁽¹²⁻¹⁴⁾

Cuadro clínico

El SPA usualmente es asintomático, solo el 25% de los pacientes experimenta síntomas. El síntoma común es secreción intermitente del orificio que consiste en material caseoso (aspecto de queso seco), lo que predispone a la infección, y en algunas ocasiones a la formación de abscesos. Por lo común se aísla *Staphylococcus aureus* y con menos frecuencia, especies de *Streptococcus*, *Proteus* y *Peptococcus*.^(5,9,11,15)

Una vez ocurrida la infección se producen cuadros recidivantes que pueden complicarse con celulitis facial o con ulceraciones próximas a la oreja.⁽¹⁴⁾ El orificio cutáneo data desde el nacimiento y permanece como un fino trayecto que puede terminar en forma ciega o dividirse en un ramillete de pequeños quistes, que están en íntimo contacto con el pericondrio de los cartílagos auriculares. Es posible que estas pequeñas dilataciones quísticas resulten de acumulación de material secretado por el epitelio del seno. El trayecto no es constante en los tejidos subcutáneos preauriculares, porque a menudo es tortuoso y con muchas ramificaciones que se dirigen hacia arriba y hacia la parte media. En 90% de los casos el orificio cutáneo se encuentra en el borde anterior de la rama ascendente del hélix, el resto en sitios inusuales o variantes de SPA.⁽⁹⁾

El diagnóstico es básicamente clínico, también puede llevarse a cabo un estudio ecográfico de la región, en el que se puede demostrar la existencia de la fistula y su relación con la arteria temporal superficial, con la rama anterior del hélix y con el trago.^(9,16)

Tratamiento quirúrgico

El tratamiento ideal del SPA es su extirpación completa, sin embargo, aún si el procedimiento es practicado por cirujanos expertos pueden haber recurrencias. El porcentaje de recurrencia postoperatoria reportada por diferentes autores es entre el 0 y 42% de los casos y se incrementa hasta el 63% en escisiones secundarias. La diferencia observada en los porcentajes de recurrencia en las diferentes series de estudios se debe a: a) técnica quirúrgica utilizada, b) coexistencia de factores (presencia de infección activa durante la extirpación, drenaje múltiple por absceso, fracaso para remover la crura del hélix, anestesia local, magnificación, etc.); y c) método quirúrgico para delinear el trayecto fistuloso. No obstante, el factor de riesgo más consistente para desarrollar recurrencia e indicador de mal pronóstico, es la presencia residual de remanentes epiteliales por extirpación incompleta del SPA.⁽¹⁷⁾

En la literatura se describen tres técnicas quirúrgicas: la sinectomía clásica o sinosectomía, el abordaje

supraauricular y la técnica “inside-out” o “adentro hacia afuera”. En la técnica clásica de sinectomía, ya sea usando probador lacrimal o azul de metileno, se realiza una incisión elíptica paralela al borde anterior del hélix incluyendo el orificio del SPA, disecando meticulosamente las ramificaciones y extirpándolas.^(9,12) Con esta técnica el porcentaje de recurrencia informado es del 9% al 42%.⁽¹⁵⁾

La técnica supraauricular, descrita por Prasad en 1990, en la cual se realiza una incisión elíptica que incluye el orificio del SPA, es extendida hacia abajo del borde final del trago y hacia arriba paralela al borde anterior del hélix. La incisión es profundizada hasta identificar la fascia temporal que sirve como el límite medial y de profundidad de la disección (figura 2). La disección continúa hasta el cartílago anterior del hélix que es el margen posterior de la disección. En esta técnica el cirujano no sigue el trayecto fistuloso, en cambio todo el tejido superficial de la fascia temporal es resecado junto a los componentes del SPA. Al mismo tiempo se extirpa una porción de la raíz de la crura del hélix en la base del trayecto fistuloso, donde se adhiere estrechamente.^(9,11,17,18)

Figura 2. Incisión del abordaje supraauricular



Fuente: adaptación propia

Prasad y cols reportaron en 1990, recurrencia del 5% con la técnica supraauricular en comparación a 42% con la técnica clásica de sinectomía; en el 2001 Lam y cols reportaron 3.7% vs 32%.^(17,18) Bruijnzeel y cols en una revisión sistemática y metanálisis evaluando el efecto de las diferentes técnicas quirúrgicas sobre complicaciones y recurrencias de resección de SPA concluyeron que el porcentaje de complicaciones fueron similares entre técnicas; sin embargo, la aproximación supraauricular debe ser la técnica quirúrgica preferible sobre sinectomía para remoción de SPA ya que tiene menos recurrencias.⁽¹⁹⁾ El-Anwar y ElAasar, en su revisión de diversas bases de datos y la Biblioteca de Cochrane en septiembre

2015 analizaron 17 estudios incluyendo 1270 SPA que fueron extirpados por sinectomía en 937 oídos y por aproximación supraauricular en 333 oídos, encontraron que la recurrencia para sinectomía clásica fue de 8.1% (76 casos) y de 1.3% (4 casos) con la técnica supraauricular.⁽²⁰⁾

En 2005 Baatenburg de Jong describió la técnica “adentro hacia afuera”, introducida por Jesma en 1970 y no publicada en esa fecha. Esta consiste en una modificación de la técnica supraauricular en la cual es obligatorio la magnificación. Al igual que las otras técnicas, se abre la piel con una incisión elíptica alrededor del orificio del SPA, se visualiza la fístula y se sigue desde el exterior (como en la técnica clásica) y desde el interior. Cada ramificación se abre posteriormente y se extirpa. El autor de la técnica reporta que hubo 0% de recurrencia en 23 pacientes tratados de esta manera.^(9,17,18)

Uno de los autores utiliza la técnica supraauricular la cual le ha dado buenos resultados. No se encontraron datos nacionales sobre tratamiento quirúrgico del SPA.

Conclusión

A nivel mundial no se conoce la incidencia real del SPA, pero es importante conocerlo, debido a que puede ser asintomático o presentar síntomas de infección. Una vez que presentas síntomas la tasa de recurrencias con nuevas infecciones es alta. El tratamiento de elección es la extirpación total del mismo. Existen tres abordajes quirúrgicos que han ido evolucionando con el tiempo para lograr una extirpación exitosa y bajas recurrencias post-cirugía. Así mismo se puede decir que la técnica supraauricular ha demostrado, en términos estadísticos, una tasa de recurrencia menor que la técnica clásica de sinectomía. Existe un estudio que demuestra menos recurrencias con la técnica “inside-out”, pero existe mucha más evidencia sistematizada que respalda el uso de la técnica supraauricular.

No existe variabilidad entre los autores sobre este defecto congénito.

Declaración de financiamiento y de conflicto de intereses: El financiamiento fue provisto por los propios autores y declaran no tener conflicto de intereses.

BIBLIOGRAFÍA

- Huang XY, Tay GS, Wansaicheong GK, Low WK. Preauricular sinus: clinical course and associations. *Arch Otolaryngol Head Neck Surg.* 2007;133(1):65-68.
- Lee KY, Woo SY, Kim SW, Yang JE, Cho YS. The prevalence of preauricular sinus and associated factors in a nationwide population-based survey of South Korea. *Otol Neurotol.* 2014;35(10):1835-1838.
- Lee MJ, Yang HJ, Kim JH. Reconstruction techniques for tissue defects formed after preauricular sinus excision. *Arch Plast Surg.* 2014;41(1):45-49.
- Choi SJ, Choung YH, Park K, Bae J, Park HY. The variant type of preauricular sinus: postauricular sinus. *Laryngoscope.* 2007;117(10):1798-1802.
- Adegbiji WA, Alabi BS, Olajuyin OA, Nwawolo CC. Presentation of preauricular sinus and preauricular abscess in Southwest Nigeria. *Int J Biomed Sci.* 2013;9(4):260-263.
- Novoa A, Garrido J. Niños con apéndices y fositas preauriculares, enfoque práctico para el pediatra. *Arch Argent Pediatr.* 2006;104(2):185-88.
- Polleti ED, Muñoz Sandoval R, De la Cruz Reyes S. Fístula preauricular recurrente y abscedada. *Dermatología Rev Mex.* 2009;53(4):195-200.
- An SY, Choi HG, Lee JS, Kim JH, Yoo SW, Park B. Analysis of incidence and genetic predisposition of preauricular sinus. *Int J Pediatr Otorhinolaryngol.* 2014;78(12):2255-7.
- Simental Lara F, Arzoz Galvez JR, González Morales OS, Meza Mata E. Fístula preauricular. *Dermatología Rev Mex.* 2010;54(5):279-286.
- Kumar Chowdary KV, Sateesh Chandra N, Karthik Madesh R. Preauricular sinus: a novel approach. *Indian J Otolaryngol Head Neck Surg.* 2013;65(3):234-36.
- Leopardi G, Chiarella G, Conti S, Cassandro E. Surgical treatment of recurring preauricular sinus: supra-auricular approach. *Acta Otorhinolaryngol Ital.* 2008;28(6):302-5.
- Kumari R, Jain RK, Chakraborty P, Pradhan S, Joshi P. Fistular Opening below the Intertragic Notch: a Rare variant of pre-auricular sinus. *J Clin Diagn Res.* 2016;10(9): MJ01-MJ02.
- Kim JR, Kim DH, Kong SK, Gu PM, Hong TU, Kim BJ, et al. Congenital periauricular fistulas: possible variants of the preauricular sinus. *Int J*

- Pediatr Otorhinolaryngol. 2014;78(11):1843-8.
14. Bae SC, Yun SH, Park KH, Chang KH, Lee DH, Jeon EJ, et al. Preauricular sinus: advantage of the drainless minimal supra-auricular approach. *Am J Otolaryngol.* 2012;33(4):427-31.
 15. Dunham B, Guttenberg M, Morrison W, Tom L. The histologic relationship of preauricular sinuses to auricular cartilage. *Arch Otolaryngol Head Neck Surg.* 2009;135(12):1262-65.
 16. Blasco-Morente G, Arias-Santiago S, Rey Nuñez de Arenas P, Kim KH. Fistula preauricular congénita complicada: características ecográficas. *Actas Dermosifiliogr.* 2015; 106(8): 674.
 17. Chávez Delgado ME, Castro Castañeda S, Ramírez Jaime GC, Celis de la Rosa A, Real Márquez E, González Fuentes VM. Manejo quirúrgico y recurrencia de la fistula preauricular congénita. *Cir Pediatr.* 2008;21(2):73-78.
 18. Gan EC, Anicete R, Tan HK, Balakrishnan A. Preauricular sinuses in the pediatric population: techniques and recurrence rates. *Int J Pediatr Otorhinolaryngol.* 2013;77(3):372-8.
 19. Bruijnzeel H, van den Aardweg MT, Grolman W, Stegeman I, van der Veen EL. A systematic review on the surgical outcome of preauricular sinus excision techniques. *Laryngoscope.* 2016;126(7):1535-44.
 20. El-Anwar MW, ElAassar AS. Supra-auricular versus sinusectomy approaches for preauricular. *Int Arch Otorhinolaryngol.* 2016;20(4):390-3.

HISTOPLASMOSIS DISEMINADA EN UNA PACIENTE CON HIPOTIROIDISMO.

Disseminated histoplasmosis in a patient with hypothyroidism.

Rocío Iveth Alvarado-Urbina¹, Nashxielly Alejandra Guevara-Mena¹, Renán Alejandro Mendoza-Funes¹, Samuel Antonio Salazar-Álvarez¹, Efraín Bu-Figueroa²

RESUMEN

La histoplasmosis es una infección causada por el hongo *Histoplasma capsulatum*, la incidencia de la enfermedad oscila entre 0.1 a 0.29 casos por cada 100 000 habitantes y de estos 1 de cada 2 000 casos se presenta de forma diseminada, manifestándose en personas con inmunosupresión y de forma infrecuente en personas inmunocompetentes. **Objetivo:** mostrar la relación existente entre hipotiroidismo e histoplasmosis diseminada. **Presentación del caso clínico:** paciente de 33 años, procedente de Talanga, Francisco Morazán, Honduras, tratada por hipotiroidismo de 3 años de evolución con levotiroxina 100ug cada día, con tumoración en axila izquierda de hace 2 años, la cual 3 meses previos al ingreso fue tratada por adenitis aguda de forma ambulatoria sin mostrar mejoría. Al examen físico se encontró adenopatía de 2 sospecha de histoplasmosis confirmándose con tinción de Grocott; el examen para virus de inmunodeficiencia humana fue negativo y el perfil inmunológico resultó normal. **Conclusión:** En este caso la histoplasmosis diseminada se acompañó de hipotiroidismo, no se ha demostrado que conlleve a inmunosupresión, y aún faltan pruebas que establezcan el vínculo de hipotiroidismo como factor predisponente a esta enfermedad.

Palabras clave: Histoplasmosis, inmunocompetencia, hipotiroidismo, inmunosupresión.

ABSTRACT

Histoplasmosis is an infection caused by the fungus *Histoplasma capsulatum*, the incidence of the disease ranges from 0.1 to 0.29 cases per 100 000 inhabitants and of these 1 in 2 000 cases occur in disseminated form, manifesting itself in people with immunosuppression and

infrequently in immunocompetent persons. **Objective:** to demonstrate the relationship between hypothyroidism and disseminated histoplasmosis. **Presentation of the clinical case:** The case is of a 33 years old patient, from Talanga, Francisco Morazán, Honduras, treated for hypothyroidism of 3 years of evolution with 100ug of levothyroxine every day, with left axillary tumor diagnosed 2 years ago, which 3 months before admission was treated as an acute adenitis on an outpatient basis without any apparent improvement. A physical examination found lymphadenopathy 2cm in diameter in the left armpit, and mild hepatomegaly. A left axillary ganglion biopsy was performed establishing suspicion of Histoplasmosis confirmed with Grocott staining; the test for human immunodeficiency virus was negative and the immune profile was normal. **Conclusion:** In the present case the disseminated histoplasmosis was accompanied by hypothyroidism; it was not demonstrated that it can lead to immunosuppression, and there is still a lack of evidence establishing the hypothyroidism link as a predisposing factor to this disease

Key words: Histoplasmosis, immunocompetence, hypothyroidism, immunosuppression

INTRODUCCIÓN

La histoplasmosis es una infección causada por *Histoplasma capsulatum*, un hongo con dimorfismo térmico.⁽¹⁾ El conocimiento de la distribución del patógeno a nivel mundial es incompleta;⁽²⁾ no obstante, en base a estudios cutáneos de histoplasmina se estima que la prevalencia de infección en Latinoamérica oscila en un rango de 5 a 50%;⁽³⁾ en regiones de Estados Unidos que bordean los ríos Ohio y Mississippi llega la infección hasta el 80% en adultos jóvenes⁽⁴⁾ y en Honduras 49% de reactividad.⁽⁵⁻⁷⁾

La incidencia de la enfermedad oscila entre 0.1 a 0.29 casos por cada 100 000 habitantes⁽³⁾ y de estos 1 de cada 2 000 casos se presenta de forma diseminada.^(8, 9)

La enfermedad se manifiesta más en hombres que en mujeres en una proporción de 6:1.⁽¹⁰⁾ *Histoplasma* se encuentra en suelo enriquecido con excremento

1 Doctor en Medicina y Cirugía. Facultad de Ciencias Médicas, Universidad Nacional Autónoma de Honduras.

2 Doctor en Medicina y Cirugía, especialista en Medicina Interna, subespecialista en Infectología. Hospital Escuela Universitario, Facultad de Ciencias Médicas. Universidad Nacional Autónoma de Honduras.
Autor correspondiente: Rocío Iveth Alvarado Urbina. Correo Electrónico: roalvaaur@gmail.com

Recibido: 29/12/15 Aceptado: 03/08/2017

de pájaro y murciélago.⁽¹¹⁾ La infección se desarrolla cuando las microconidias se inhalan y producen una infección pulmonar primaria.⁽¹²⁾ La mayoría de los pacientes expuestos, permanecen asintomáticos o desarrollan síntomas leves y autolimitados.⁽¹³⁾ Las formas clínicas son: histoplasmosis pulmonar aguda, crónica y diseminada progresiva que se puede presentar como una infección latente, o el desarrollo de una nueva infección;⁽¹⁴⁾ los órganos afectados con frecuencia incluyen: pulmones, tracto gastrointestinal, mucosas, nódulos linfáticos, hígado, bazo, y piel y los síntomas constitucionales incluyen fiebre, anorexia, pérdida de peso y malestar general.^(15, 16)

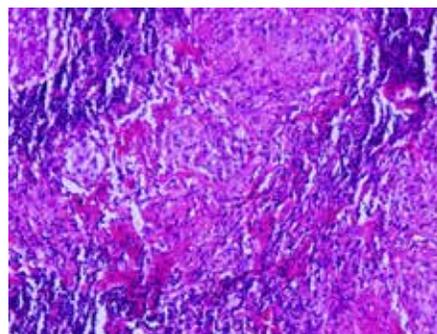
Existen factores de riesgo como vivir o visitar una zona endémica de la enfermedad, y otros relacionados a su forma clínica, siendo los más destacados, SIDA, neoplasias, glucocorticoides, y otros tipos de inmunosupresión; es importante mencionar que no se ha encontrado evidencia científica publicada que el hipotiroidismo predisponga a infecciones micóticas severas.^(14, 17) Los estudios para confirmar el diagnóstico son el cultivo, estudios histopatológicos, antígenos y anticuerpos.^(4, 18) El tratamiento de elección es anfotericina B a dosis de 1mg/kg diario por 2 semanas y continuándose con itraconazol oral 200mg oral tres veces al día por 12 meses. En las formas diseminadas leves a moderadas se requiere administrar solamente itraconazol.⁽¹⁰⁾

En el presente caso clínico se trata de mostrar la relación existente entre hipotiroidismo e histoplasmosis diseminada

PRESENTACIÓN DEL CASO CLÍNICO

Se presenta el caso de una paciente de 33 años, procedente de Talanga, Francisco Morazán, con antecedente patológico de hipotiroidismo desde el año 2012 tratada con levotiroxina 100ug; un año después (2013), presentó tos productiva, expectoración seropurulenta, fiebre subjetivamente alta, intermitente con escalofríos y diaforesis, cuyo cuadro remitió en 2 semanas sin atención médica; el mismo año (2013) manifestó tumoración axilar izquierda, de 2 años de evolución, que paulatinamente aumentó de tamaño hasta aproximadamente 2cm de diámetro, blanda, móvil, delimitada, dolorosa a la palpación, siendo tratada en abril 2015 con antibióticos y antiinflamatorios por adenitis aguda en el Hospital General San Felipe de la ciudad de Tegucigalpa, Honduras, sin mejoría; 2 semanas posterior al tratamiento, se solicitó biopsia el 24 de abril 2015 del ganglio axilar, cuyo estudio histopatológico reveló proceso granulomatoso necrotizante (Figura 1).

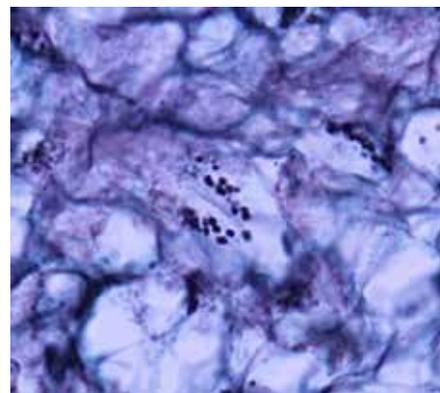
Figura 1. Acercamiento de granuloma de biopsia ganglionar de la paciente.



Microfotografía 20x

En la tinción de Grocott, se observaron numerosos microorganismos con apariencia de levaduras intracelulares, de 2 a 4 micras, sugerentes de *Histoplasma capsulatum* (Figura 2).

Figura 2. Microorganismos con apariencia de levadura, coloración de Grocott.



Tamaño de Microfotografía 100x

La realización de tinción de Zielh-Neelsen resultó negativa; siendo remitida la paciente al Hospital Escuela Universitario, ubicado en Tegucigalpa. Al examen físico se encontró adenopatía móvil de 2cm de diámetro en axila izquierda dolorosa a la palpación, bordes definidos sin adherencia a planos profundos; abdomen con hepatomegalia leve y cicatrices atróficas en tercio distal de muslo izquierdo y de ambas piernas desconociendo tiempo de evolución.

Los exámenes complementarios, hematocrito 40.8%; hemoglobina de 13.3 mg/dL; leucocitos de 7 320 células; plaquetas de 258 000; el examen general de orina, el análisis de heces, química sanguínea y niveles de función tiroidea, resultaron normales; la prueba de VIH negativa; el perfil inmunológico de ANA, C4, dsDNA, smD1, Scl70, SSA RO, SBLA Ig, snRNP, JO1

e Histonas, normales; en radiografía de tórax se observó adenopatía hiliar. Se realizó ultrasonido abdominal que reportó hepatomegalia leve.

Se interconsultó con el departamento de infectología quien apoyó el diagnóstico de histoplasmosis diseminada y manejo con anfotericina B 50mg en 1 000ml de Dextrosa 50%, pasar en 6 horas cada día e itraconazol 200mg cada día, omitido una semana después debido a que la paciente respondió adecuadamente al tratamiento; se dio alta médica y seguimiento por consulta externa de medicina interna.

DISCUSIÓN

La histoplasmosis diseminada es una enfermedad sistémica, diagnosticada por la presencia ya sea radiográfica, histológica o microbiológica del hongo en al menos dos órganos.⁽¹²⁾ Menos del 5% de las personas sanas que han sido expuestas a un baja cantidad de esporas de conidias de histoplasma, presentarán síntomas pulmonares similares a influenza previo a su forma diseminada,^(5, 14) al igual que en este caso. En pacientes inmunocompetentes se han reportado pocos casos debido a que en ellos, la enfermedad suele ser subclínica o no manifestarse.^(10, 13)

En cuanto a los factores de riesgo conocidos para histoplasmosis diseminada,^(3,4,14,15) la paciente no presentó antecedentes clínicos de interés para el desarrollo de esta enfermedad; en el aspecto epidemiológico en un estudio realizado en la región de Talanga, Francisco Morazán, se encontró una reactividad positiva del 54% de histoplasmina;⁽¹⁷⁾ debido a que la paciente reside en dicha región, fue el único elemento destacable asociado a la enfermedad.

No se encontró en las diferentes bases de datos evidencia científica publicada, que el hipotiroidismo predisponga a este tipo de infección micótica severa, salvo un caso de histoplasmosis relacionado de forma indirecta con hipotiroidismo, en el cual la terapia con glucocorticoides para artritis reumatoide fue el factor de riesgo manifiesto por la inmunosupresión secundaria al tratamiento.⁽¹⁹⁾

Estudios en animales han demostrado que el hipotiroidismo conlleva a involución del bazo y nódulos linfáticos, así como disminución de la respuesta humoral y celular;⁽²⁰⁾ en humanos se ha descrito la relación entre bajos niveles de hormonas tiroideas y la disminución de interleucinas y células específicas que participan en la inmunidad mediada por células,^(21, 22) así como en el incremento de infecciones,⁽²³⁾ no obstante aún no se establece de forma precisa el rol del hipotiroidismo con la inmunosupresión celular.^(21, 22)

Un aspecto importante es la capacidad de este hongo de reactivarse mucho tiempo después de la infección primaria;^(3, 14) tal como se describe en este caso, por el antecedente de infección respiratoria previo al inicio de la aparición de la adenopatía axilar.

Las manifestaciones clínicas de la forma diseminada dependen principalmente de los órganos afectados, siendo síntomas comunes, fiebre, mal estado general, anorexia, pérdida de peso, hepatoesplenomegalia, linfadenopatía, pancitopenia y petequias.^(3, 4, 24) En la paciente, las manifestaciones presentadas fueron fiebre, tos seca, posteriormente adenopatía axilar y hepatomegalia detectada al examen físico.

Para realizar el diagnóstico, es necesario tener una alta sospecha clínica, el cultivo es el método de elección con una positividad que oscila entre 73-78%;^(1, 18) el estudio histopatológico cuenta con una sensibilidad de 76%;⁽¹⁸⁾ la detección de antígeno en orina es de 92%, mientras que en plasma es aproximadamente 50%;⁽⁴⁾ los niveles de anticuerpos son importantes en el diagnóstico de las formas severas, pero no son útiles en las demás presentaciones; en el análisis sanguíneo es característico encontrar pancitopenia; velocidad de eritrosedimentación, fosfatasa alcalina, proteína C reactiva y lactato deshidrogenasa elevadas.⁽⁴⁾ En los exámenes de imagen la radiografía de tórax puede ser normal o mostrar infiltrado reticulonodular difuso, aunque en muchas ocasiones se requiere otras formas de confirmación.⁽¹⁴⁾ En la paciente el estudio histopatológico de la adenopatía axilar estableció el diagnóstico a través de la tinción de Grocott. Si bien, métodos como el cultivo, detección antigénica en orina o sangre y titulación de anticuerpos son métodos utilizados para el diagnóstico, no se contó con ninguno de ellos por falta de recursos económicos de la paciente, y carencia de reactivos en la institución hospitalaria. Al análisis sanguíneo no hubo alteración y en la radiografía de tórax mostró adenopatía hiliar; se realizó ultrasonido abdominal el cual confirmó el hallazgo clínico de hepatomegalia. Como análisis complementarios se indicó perfil inmunológico y análisis de VIH con resultados negativos, corroborando así que no existía enfermedad autoinmune y/o inmunosupresión.

El tratamiento debe ser establecido en todos los casos de histoplasmosis diseminada, ya que de no tratarse puede ser letal. En general el fármaco de elección es anfotericina B e itraconazol.^(10, 12, 24, 25)

La histoplasmosis aunque es endémica en el país, su forma diseminada es infrecuente en personas no inmunosupresas que viven o han viajado a zonas endémicas y que no presentan factores de riesgo para

esta enfermedad; es necesario tener una alta sospecha clínica y epidemiológica para realizar el diagnóstico.

Conclusión

En el presente caso la histoplasmosis diseminada se acompañó de hipotiroidismo, no se ha demostrado que esta patología conlleve a inmunosupresión o que exista relación alguna, ya que faltan pruebas que establezcan el vínculo de hipotiroidismo como factor predisponente a esta enfermedad.

Agradecimientos

Los autores agradecen a la Dra. Juana A. Alvarado y al Dr. Danilo Alvarado, médicos patólogos por brindarnos las imágenes de histopatología para el informe final.

BIBLIOGRAFÍA

1. Tobón AM, Agudelo CA, Rosero D, Ochoa JE, De Bedout C, Zuluaga A, et al. Disseminated histoplasmosis: a comparative study between patients with acquired immunodeficiency syndrome and non-human immunodeficiency virus-infected individuals. *Am. J. Trop. Med. Hyg.* 2005; 73(3): 576-582
2. Antinori S. *Histoplasma capsulatum*: More Widespread than Previously Thought. *Am. J. Trop. Med. Hyg.* 90(6), 2014, pp. 982-983
3. Colombo AL, Tobón A, Restrepo A, Queiroz-Telles F, Nucci M. Epidemiology of endemic systemic fungal infections in Latin America. *Med Mycol.* 2011; 49: 785-798.
4. Kauffman CA. Histoplasmosis: a clinical and laboratory update. *Clin Microbiol Rev.* 2007; 20 (1): 115-132.
5. Galo C, Sánchez A, Fontecha G. Inmunobiología de *Histoplasma Capsulatum*. *Revista Portal de la Ciencia, Dirección de Investigación Científica y Post Grados UNAH* 2011; 1: 27-40.
6. Alvarado R. Resultado Epidemiológico de la Histoplasmosis y Coccidioidomycosis realizados en la República de Honduras C.A. 1962-1965. *Rev Med Hondur.* 1966; 4(34): 250-258.
7. Durón RA. Primer caso de histoplasmosis informado en Honduras. *Rev Med Hondur.* 1966; 1(34): 7-11.
8. Vargas HI, Luna RL, Molano VM, Salinas DF. Histoplasmosis progresiva diseminada en un paciente sin VIH. *Revista Facultad de Salud - RFS Julio-Diciembre* (2011) 3-2: 59-66.
9. Vargas LF, Ramírez A, De Leija MA, Ayala-Gaytán JJ. Histoplasmosis adrenal bilateral: presentación de un caso y revisión de literatura. *Enf Inf Microbiol* 2014 34 (1): 37-42
10. Tobón A. Protocolo de estudio y manejo de histoplasmosis. *Infectio.* 2012; 16(3): 126-128.
11. Tobón AM, Medina A, Orozco L, Restrepo C, Molina D, De Bedout C, et al. Histoplasmosis diseminada progresiva en una cohorte de pacientes coinfectados con el VIH. *Acta Med Colomb.* 2011; 36(2): 63-67.
12. Rosado-Odom VM, Daoud J, Johnson R, Allen SD, Lockhart SR, Iqbal N, et al. Cutaneous presentation of progressive disseminated histoplasmosis nine years after renal transplantation. *Transpl Infect Dis.* 2013; 15: E64-E69.
13. Yang B, Lu L, Li D, Liu L, Huang L, Chen L, et al. Colonic involvement in disseminated histoplasmosis of an immunocompetent adult: case report and literature review. *BMC Infect Dis.* 2013; 13 (143).
14. Ashbee HR, Evans GV, Viviani MA, Duponts B, Chryssanthou E, Surmont I, et al. Histoplasmosis in Europe: Report on an epidemiological survey from the European Confederation of Medical Mycology Working Group. *Med Mycol.* 2008; 46: 57-65.
15. Kathuria S, Rajinder M, Yadav S, Singh A, Ramesh V. Disseminated histoplasmosis in an apparently immunocompetent individual from north India: a case report and review. *Med Mycol.* 2013; 51: 774-778.
16. Lee AI, Koo S, Vaidya A, Katz JT, Loscalzo J. A Bird's-Eye View of Fever. *N Engl J Med* 2011; 365(18): 1727-32.
17. Alvarado R, Guzman B, Bouroncle C. Lucha Antituberculosa en el área rural de Honduras. *Rev Med Hondur.* 1964; 1(32): 80-99.
18. Hage CA, Ribes JA, Wengenack NL, Baddour LM, Assi M, Mckinsey DS, et al. A Multicenter Evaluation of Tests for Diagnosis of Histoplasmosis. *Clin Infect Dis.* 2011; 53(5): 448-454.
19. Negri M, Gontero R, Benavente, Zunino A, Ceccato F, Paira S. Manifestaciones inusuales de histoplasmosis en enfermedades del tejido conectivo. *Rev Arg Reumatol.* 2012; 23(2): 26-39.

20. De Vito P, Incerpi S, Pedersen JZ, Luly P, Davis FB, Davis PJ. Thyroid hormones as modulators of immune activities at the cellular level. *Thyroid*. 2011; 8(21): 879-890.
21. Klecha AJ, Genaro AM, Gorelik G, Barreiro ML, Silberman DM, Schuman M, et al. Integrative study of hypothalamus-pituitary-thyroid-immune system interaction: thyroid hormone-mediated modulation of lymphocyte activity through the protein kinase C signaling pathway. *J Endocrinol*. 2006; 189: 45-55.
22. Botella-Carretero JJ, Prados A, Manzano L, Montero MT, Escribano L, Sancho J, et al. The effects of thyroid hormones on circulating markers of cell-mediated immune response, as studied in patients with differentiated thyroid carcinoma before and during thyroxine withdrawal. *Eur J Endocrinol*. 2005; 153: 223-230.
23. Cano-Europa BVV, Margarita FC, Rocío OB. The relationship between thyroid states, oxidative stress and cellular damage. In: Lushchak VI, Gopodaryov DV, editors. *Oxidative stress and diseases*. Rijeka: InTech; 2012. 413-436.
24. Canales-Beltran M, Palou EY. Histoplasmosis diseminada en pacientes HIV/SIDA. *Revista Médica de los Post Grados de Medicina UNAH*. 2006; 9(1): 58-64.
25. Botero MC, Puentes-Herrera M, Cortes JA. Formas lipídicas de anfotericina. *Rev Chilena Infectol*. 2014; 31(5): 518-527.

SÍNDROME DE RAMSAY HUNT TIPO II EN MUJER MAYOR DE 90 AÑOS

Ramsay Hunt Syndrome type II in women older than 90 years of age

Mónica Marcela Macías Ortega¹, Andrea M. Agurcia², Jovanna R. Andrade-Romero²,

RESUMEN

El Síndrome de Ramsay Hunt o Herpes Zóster Ótico, se define por la asociación de parálisis facial periférica con la presencia de erupción eritemato-vesicular en el oído externo, por el virus de la Varicela-Herpes Zóster.

Objetivo: Establecer la evolución de la reactivación del virus de la varicela en personas mayores de 90 años.

Presentación del Caso clínico: paciente femenina de 91 años, con antecedente de artritis reumatoide e hipertensión arterial no controlada; inicia con erupción maculo papular en hemicara izquierda que evoluciona a vesículas, acompañada de fiebre y mal estado general; concomitante presenta otalgia. Es ingresada por el servicio de Medicina Interna al Hospital Escuela Universitario donde se instaura tratamiento: Aciclovir 500mg intravenoso cada 8 horas, Pregabalina 1 cápsula vía oral cada 12 horas y Prednisona 50mg vía oral cada día, con buena respuesta terapéutica; se da de alta con mejoría de sus síntomas y resolución de lesiones faciales.

Conclusión: Para la aparición del síndrome de Ramsay Hunt II en esta paciente, el principal factor de riesgo fue la edad; su evolución fue favorable y sin secuelas al instaurarse el tratamiento en forma oportuna.

Palabras Claves: Herpes Zóster, Herpes Zóster Otico, parálisis facial, herpes virus humano 3

ABSTRACT

Ramsay Hunt syndrome or Otic Herpes Zoster is defined by the association of peripheral facial paralysis and the presence of erythematous-vesicular eruption in the outer ear due to Varicella-Herpes Zoster Virus. **Objective:** to establish the evolution of the reactivation of the varicella virus in people older than 90 years of age. **Case report:**

91-year-old female patient with a history of rheumatoid arthritis and uncontrolled arterial hypertension; which begins with papular macular rash in left hemicara that evolves into vesicles, accompanied by fever and poor general condition; concomitantly she presents otalgia. She is admitted by the Internal Medicine service to the University School Hospital where treatment is instituted: Aciclovir 500 mg intravenously every 8 hours, Pregabalin 1 capsule orally every 12 hours and Prednisone 50 mg orally every day, with good therapeutic response; is discharged with improvement of her symptoms and resolution of facial injuries. **Conclusion:** For the appearance of Ramsay Hunt II syndrome in this patient, the main risk factor was age; her evolution was favorable and without sequels once the treatment was established in a timely manner.

Keywords: Herpes Zoster, Herpes Zoster Oticus, facial paralysis, herpesvirus 3 human.

INTRODUCCIÓN

El síndrome de Ramsay Hunt descrito por el autor del mismo nombre en 1907, existen 3 tipos: tipo I un síndrome cerebeloso poco frecuente que causa la degeneración del cerebelo y conduce a ataxia, mioclonos, temblores y convulsiones; tipo II o herpes zóster ótico, el más común de los 3 tipos; el tipo III o enfermedad de Hunt una neuropatía del nervio cubital.⁽¹⁾

El síndrome de Ramsay Hunt tipo II, se define por la asociación de parálisis facial de características periféricas y la presencia de una erupción eritemato-vesicular en el oído externo, consecuencia de la reactivación de la réplica del virus Varicela Herpes Zóster (VVZ) en el ganglio geniculado del nervio facial después de un microbismo latente a largo plazo.⁽²⁾ VVZ acecha subclínicamente en el ganglio geniculado después de la varicela a través del nervio de la cuerda timpánica, se reactiva y se replica bajo estímulos extrínsecos (ejemplo, estimulación mecánica de la piel, exposición a la luz solar) y factores intrínsecos (ejemplo, diabetes, deficiencia inmunitaria).⁽³⁾

El principal factor de riesgo para el herpes zóster es la edad avanzada ya que con el aumento del tiempo

1 Doctora en Medicina y cirugía General; y Médico residente del segundo año del posgrado de Medicina Interna, UNAH.

2 Estudiante de 6to año, carrera de Medicina UNAH. Miembro de la Asociación Científica de Estudiantes de Medicina de la Facultad de Ciencias Médicas. Universidad Nacional Autónoma de Honduras. Tegucigalpa, Honduras.

Autor de correspondencia: Mónica Macías Ortega
ortega.3mmm@gmail.com

Recibido: 09/11/16 Aceptado: 08/08/17

después de la infección de la varicela, hay una reducción en el nivel de inmunidad de células T al VVZ. El riesgo también es mayor para las mujeres que para los hombres, mayor en los blancos que en los negros y para las personas con historia familiar de herpes zóster.⁽⁴⁾ Toda persona con antecedente de varicela primaria tiene la probabilidad de 20% de desarrollar herpes zóster.⁽⁵⁾ La incidencia del síndrome de Ramsay Hunt del herpes zóster es uno por cada mil casos. Es la segunda causa de parálisis facial periférica no traumática, y de todos los casos de parálisis facial, entre 4.5 y 8.9% se relacionan con el herpes zóster ótico.⁽¹⁾

La parálisis facial que caracteriza al síndrome es periférica, puede preceder a las manifestaciones cutáneas y se manifiesta en el 60 al 90% de los casos.⁽⁶⁾

En la mayoría de los casos el diagnóstico es clínico, mediante la historia clínica y la exploración física, basándose en la presencia de parálisis facial, erupción herpética y alteraciones auditivas o vestibulares, sin embargo, la confirmación por el laboratorio está indicada cuando se pretende instaurar un tratamiento o profilaxis. El método de elección es el aislamiento del virus en cultivos celulares a partir del líquido vesicular de lesiones recientes, esto es, por el método de Tzanck, que permite la búsqueda de células gigantes multinucleadas cuya presencia indica una infección herpética. El diagnóstico por aislamiento viral es relevante en las formas clínicas atípicas, como en el caso de pacientes inmunocomprometidos, en que la infección herpética puede mostrarse en forma de úlceras de evolución tórpida en lugar de las vesículas clásicas. En caso de duda, se considera que la inmunofluorescencia directa del material tomado de las vesículas es la prueba de laboratorio fidedigna; sin embargo, las pruebas moleculares de alta sensibilidad, como la reacción en cadena de la polimerasa se están convirtiendo en las pruebas diagnósticas indicadas.^(1,3,4)

Respecto al tratamiento, continúa la controversia sobre el uso clínico de corticoides en esta enfermedad, pero en general se recomienda su utilización basados en que los glucocorticoides son efectivos en los pacientes con parálisis de Bell, mostrando una mejoría significativa. Aunque la mayoría de los pacientes con parálisis de Bell mejoran espontáneamente, el uso de prednisolona dentro de 72 horas, después del inicio de los síntomas disminuye la desfiguración facial permanente;⁽⁷⁾ en el síndrome de Ramsay Hunt los corticoides están prescritos durante al menos 10 días por su efecto antiinflamatorio.

El aciclovir administrado durante 7 días ha demostrado una mejoría en el pronóstico de la parálisis facial debida

al VVZ, siempre y cuando se inicie el tratamiento en las primeras 72 horas desde el comienzo de la sintomatología clínica. Es fundamental realizar medidas de protección ocular para evitar complicaciones como las úlceras corneales que, aparte de dolorosas, pueden dejar secuelas visuales permanentes o definitivas.⁽²⁾

Entre las complicaciones comunes se encuentra la neuralgia postherpética que se desarrolla en 10 a 50% de las personas con herpes zóster; la edad es el factor principal para predecir su aparición, puede desarrollarse en pacientes mayores de 50 años y se ha visto que después de los 60 años de edad, más del 40% la desarrollan. Se incrementa el riesgo de neuralgia post herpética entre las personas con dolor intenso al inicio del herpes zóster o con una erupción cutánea grave con muchas lesiones. La neuralgia postherpética se manifiesta como un dolor que persiste durante 90 días o más después de la aparición de la erupción,⁽³⁾ puede limitar generalmente las actividades diarias. No se ha demostrado que la terapia antiviral disminuya la incidencia de la neuralgia postherpética, también pueden aparecer neuropatías, mielitis y meningoencefalitis como complicaciones que suelen revestir mayor gravedad en los pacientes inmunodeprimidos.^(2,9)

El síndrome de Ramsay Hunt no es contagioso, cualquier persona que haya padecido varicela es susceptible de presentarlo. Sin embargo, la reactivación del VVZ puede causar varicela en los contactos, si estos no han padecido varicela o no han sido vacunados previamente. La infección puede ser grave para las personas con inmunodeficiencias, por ello es recomendable evitar el contacto físico con personas que no hayan cursado con la infección ni estén vacunadas, inmunodeprimidos, recién nacidos o embarazadas.⁽¹⁰⁾ Por lo planteado anteriormente presentamos el siguiente caso con el objetivo de establecer la evolución de la reactivación del virus de la varicela en personas mayores de 90 años.

PRESENTACIÓN DEL CASO CLÍNICO

Paciente femenina de 91 años, viuda, ama de casa, originaria de San Marcos de Colón, Choluteca, Honduras, con antecedente de Artritis Reumatoide (AR) e hipertensión arterial no controlada. acudió a consulta externa de dermatología del Hospital Escuela Universitario (HEU), por presentar fiebre de 5 días de evolución no cuantificada (subjetivamente elevada), con diaforesis y escalofríos, atenuada con acetaminofén. Además, presentó síntomas gripales caracterizados por rinorrea hialina y estornudos, atenuados con antigripales. Un día después de presentar fiebre inicia en hemicara izquierda con vesículas dolorosas y pruriginosas (Figura

1), que afectan al oído del mismo lado con hipoacusia; además, disminución de los movimientos faciales de hemicara izquierda y disfagia. Es referida a emergencia de medicina interna del HEU para su ingreso debido a su edad y condiciones mórbidas.

Figura 1. Paciente al ingreso al Hospital Escuela Universitario



Se observan vesículas con base eritematosa, de bordes c/irregulares, dolorosas y pruriginosas en hemicara izquierda, de aproximadamente 0.5 a 1 cm de tamaño cada una.

Al examen físico se observó presencia en hemicara izquierda de vesículas dolorosas y pruriginosas que siguen el dermatoma del V par craneal y producen cierre incompleto del párpado del ojo izquierdo; además afectan al oído del mismo lado (Figura 1), con disminución de la audición.

Y al evacuar una vesícula se observa secreción purulenta. Al examen de cavidad oral se observan vesículas en paladar duro y lengua. Al examen neurológico se encontró parálisis del nervio facial, afectación del quinto nervio y afectación del glosofaríngeo. De acuerdo a los signos y síntomas que presenta la paciente, en la evaluación inicial se consignó el diagnóstico de Síndrome de Ramsay Hunt tipo II, por lo cual no fue necesario realizar exámenes laboratoriales; el diagnóstico final se estableció por clínica.

En la evolución clínica, al cuarto día de iniciado el tratamiento con aciclovir 500mg intravenoso cada 8 horas, pregabalina 1 cápsula vía oral cada 12 horas y prednisona 50mg vía oral cada día, la paciente mostró evidente mejoría de las lesiones vesiculares (Figura 2) y los síntomas relacionados a éstas, refirió menor malestar

en oído izquierdo y disminución de la disfagia. Se completó el esquema antiviral y antineurálgico durante 7 días, por lo cual fue dada de alta con prescripción de valaciclovir y Pregabalina para continuar el tratamiento, se envía al Servicio de Neurología para seguimiento.

Figura 2 Paciente al tercer día de tratamiento



Se observan lesiones costrosas de base eritematosa en resolución.

DISCUSIÓN

El síndrome de Ramsay Hunt tipo II, es consecuencia de la reactivación de la replicación del virus VVZ,⁽²⁾ siendo una patología de etiología viral, no contagiosa;⁽¹²⁾ en éste caso se presenta una paciente que inicia con fiebre y síntomas gripales persistentes hasta que presenta el inicio de lesiones faciales maculopapulares que evolucionan a vesículas de bordes irregulares, base eritematosa, dolorosas y pruriginosas e hipoacusia en oído izquierdo; concomitante presenta afectación del nervio facial, tal como lo menciona la literatura. La característica principal de esta reactivación es la parálisis facial periférica la cual precede a las manifestaciones cutáneas y se manifiesta en el 60 al 90% de los casos.⁽⁶⁾

Actualmente en Honduras, no se conoce la prevalencia e incidencia del síndrome de Ramsay Hunt, por lo que se toma la literatura internacional que indica que la incidencia es de uno por cada mil casos en América Latina y de cinco por cada 100 000 personas en Estados Unidos,⁽¹²⁾ es la segunda causa de parálisis facial periférica no traumática, y de todos los casos de parálisis facial entre 4.5 y 8.9% se relacionan con herpes zóster ótico,^(1,11) tanto la incidencia como la severidad de la enfermedad, son dependientes de la inmunidad celular

del paciente;⁽¹²⁾ en el país, según la búsqueda en las distintas bases de datos éste es el primer caso informado.

El Centro de Control de Enfermedades de los Estados Unidos, estima que el 32% de su población, tendrá herpes zóster durante su vida, en cambio el síndrome de Ramsay Hunt tiene una incidencia menor, presentando el 0,2% de todos los casos herpes zoster.⁽¹⁴⁾

El síndrome es de rara aparición en niños y frecuente en adultos de edad avanzada, siendo éste el factor de riesgo más importante^(12,14) (especialmente después de los 50 años de edad), el riesgo también aumenta entre las personas con dolor severo al inicio del herpes zóster o con un sarpullido severo y lesiones.⁽⁴⁾ El riesgo es mayor para las mujeres que para los hombres, aunque alguna literatura menciona que el síndrome tiene distribución equitativa entre varones y mujeres.^(4,12)

El síndrome de Ramsay Hunt tiene varios precipitantes, entre ellos: radioterapia, quimioterapia, afección por VIH, estrés físico y emocional y fármacos. La infección puede ser grave para las personas con inmunodeficiencias; por ello es recomendable evitar el contacto físico con personas que no hayan cursado con la infección ni que estén vacunadas e inmunodeprimidos;⁽¹⁰⁾ se ha establecido relación entre el síndrome de Ramsay Hunt y pacientes con AR tratados con infliximab, éste es el primer agente biológico inducido para el tratamiento de la AR. Nagayama et al, reportaron el caso de una paciente de 39 años, quien recibió una dosis de 3mg/kg de infliximab durante tres ocasiones, mostrando mejoría significativa para la AR, pero presentando 10 días después de la última dosis odinofagia, disfagia y otalgia izquierda, con desarrollo de vesículas en el pabellón izquierdo y tres días después parálisis motora del mismo lado, diagnosticada por otorrinolaringología con Síndrome de Ramsay Hunt. El uso de fármacos inmunosupresores tales como infliximab o etanercept tienen como principales efectos adversos el desarrollo de infecciones bacterianas, virales y fúngicas y la reactivación de infecciones antiguas o resueltas como la tuberculosis, el virus herpes zóster, citomegalovirus y el virus del Epstein Barr.⁽¹⁵⁾

Las manifestaciones clínicas dependen de la estructura neuronal donde ocurre la reactivación viral. Dado lo variado de la presentación clínica algunos autores han propuesto 4 estadios;^(1,12)

Estadio I: Otalgia y erupción de vesículas en el territorio del nervio facial.

Estadio II: Además de lo anterior, incluye, parálisis

facial periférica.

Estadio III: Tríada de dolor-erupción-parálisis facial periférica homolateral, acúfenos e hipoacusia perceptiva de difícil recuperación y más adelante una crisis vertiginosa.

Estadio IV: Afectación de otros pares craneales, en particular del V par.

La paciente presentó hipoacusia, afectación del nervio facial y posteriormente afectación de los nervios trigémino y glossofaríngeo, se considera un Síndrome de Ramsay Hunt en estadio IV.

En la mayoría de los casos el diagnóstico es clínico, mediante la historia clínica y la exploración física basándose en la presencia de parálisis facial, erupción herpética y alteraciones auditivas o vestibulares,^(1,3,4) en éste caso se utiliza la anamnesis y la exploración física como principal método diagnóstico ya que la literatura recomienda que solo en aquellos casos atípicos se busque realizar aislamiento del virus en cultivos celulares (método Tzanck),⁽⁴⁾ y las pruebas moleculares de alta sensibilidad como la reacción en cadena de la polimerasa en muestra de piel, saliva o secreción del oído medio,⁽¹²⁾ que es de elección para diagnosticar el síndrome; no se realiza en el HEU y además la prueba carece de aplicabilidad clínica.⁽¹²⁾

Al evaluar lo anterior el Servicio de Medicina Interna, decide iniciar manejo terapéutico con aciclovir y esteroides con posterior mejoría clínica, por lo que se mantiene el manejo hasta la curación de las lesiones. La literatura plantea que el aciclovir, fármaco conocido por su efecto viroestático impidiendo la replicación del virus a través de la polimerasa del ADN,⁽¹³⁾ administrado durante 7 días ha demostrado una mejoría en el pronóstico de la parálisis facial debida al VVZ, el manejo con esteroides como el uso de prednisona dentro de 72 horas⁽⁷⁾ después del inicio de los síntomas disminuye la desfiguración facial permanente; en el síndrome de Ramsay Hunt los corticoides están prescritos durante al menos 10 días por su efecto antiinflamatorio.⁽²⁾ También se ha demostrado que el esquema aciclovir-prednisona dentro de los primeros 7 días ha mostrado que mejora el resultado de la parálisis facial.⁽¹¹⁾ en éste caso la pronta recuperación de la paciente, la evolución de las lesiones vesiculares a lesiones costrosas y la literatura antes mencionada acerca del tratamiento avala el manejo dado. Se conoce que entre las complicaciones comunes se encuentra la neuralgia postherpética, que se desarrolla en 10 a 50% de las personas con reactivación del virus varicela herpes zóster, y que la edad es el factor más

importante para predecir su aparición, ya que se ha visto que después de los 60 años, más del 40% la desarrollan, aunado a esto el riesgo se incrementa entre las personas con dolor intenso al inicio del herpes zóster o con una erupción cutánea grave con muchas lesiones; en vista que la paciente presentaba los factores de riesgo mencionados se remitió al Servicio de Neurología para seguimiento.

Conclusión

El Síndrome de Ramsay Hunt tipo II es el más común de los 3 tipos, se presenta en población de edad avanzada y predomina en mujeres. En la paciente se estableció el diagnóstico por el estudio de los factores de riesgo presentes en su cuadro clínico y los hallazgos al examen físico; la evolución del síndrome en esta paciente fue satisfactorio hacia la remisión de las lesiones ya que se estableció el tratamiento oportuno; al alta hospitalaria se remitió a consulta externa de neurología para control y seguimiento.

BIBLIOGRAFÍA

- Balcazar Rincon LE, Ramirez Alcantara YL. Síndrome de Ramsay Hunt: informe de dos casos de revisión de la bibliografía. *Rev Esp Méd Quir*[Internet]. 2014[Consultado 12 de mayo de 2016]; 19(2):192-199. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=47331518010>
- Pino Rivero V, Coma Aragón J, Montero García C, Marqués Rebollo LE, Rodríguez Carmona M, Rejas Ugena E. Síndrome de Ramsay-Hunt casuística en pacientes ingresados y revisión de la literatura. *O.R.L. Aragón* [Internet]. 2011[Consultado 12 de mayo de 2016]; (2): 22-24. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3767856>
- Haginomori S, Ichihara T, Mori A, Kanazawa A, Kawata R, Tang H, et al. Varicella zoster virus specific cell mediated immunity in Ramsay Hunt syndrome. *Laryngoscope* [Internet]. 2016[Consultado 12 de mayo de 2016]; 126(1):E35-E39. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26183571>
- Cohen J. Herpes Zoster. *N Engl J Med* [Internet]. 2013[Consultado 12 de mayo de 2016]; 369 (3): 255-263. Disponible en: <http://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMc1302674#t=article>
- García Torres Z, Flores García RA, Oliaman Hoyos Z, Rodríguez Pérez A., Pérez Barba G. Síndrome de Ramsay Hunt: reporte de un caso. *Rev mex cir bucal maxilofac* [Internet]. 2010[Consultado el 12 de mayo de 2016]; 6 (2): 57-60. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/cirugiabucal/cb-2010/cb102e.pdf>
- Murillo Rodriguez C, Vargas Roman C. Manejo del Síndrome de Ramsay Hunt. *Rev Méd Costa Rica Centroamérica*[internet]. 2015[Consultado 12 de mayo de 2016]; 72(614):37-40. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/revmedcoscen/rmc-2015/rmc151g.pdf>
- Gilden DH, Tyler K. Bell's Palsy-Is glucocorticoid treatment enough. *N Engl J Med*[internet]. 2007[Consultado 12 de mayo 2016]; 357 (16): 1653-1655. Disponible en: <http://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMe078188>
- Gilden DH, Kleinschmidt-DeMasters BK, LaGuardia JJ, Mahalingam R, Cohrs RJ. Neurologic complications of the reactivation of Varicella-Zoster virus. *N Engl J Med* [Internet]. 2000[Consultado el 12 de mayo de 2016]; 342 (9):635-645. Disponible en: <http://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJM200003023420906>
- Cunningham AL, Lal H, Kovac M, Chlibek R, Hwang SJ, Diez Domingo J, et al. Efficacy of the Herpes Zoster subunit vaccine in adults 70 years of age or older. *N Engl J Med* [Internet]. 2016[Consultado el 12 de mayo de 2016]; 375(11):1019-1032. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27626517>
- Orgaz Gallego MP, Curbelo del Bosco J, Tricio Armero MA, Pérez Sanchez S. Síndrome de Ramsay Hunt: a propósito de un caso. *Rev Clín Med Fam* [Internet]. 2016[Consultado el 12 de mayo de 2016]; 9(2):119-122. Disponible en: <http://www.revclinmedfam.com/PDFs/0353ab4cbed5beae847a7ff6e220b5cf.pdf>
- Gilden D. Functional anatomy of the facial nerve revealed by Ramsay Hunt syndrome. *Clev Clin J Med* [Internet]. 2013 [Consultado el 12 de mayo 2016]; 80(2):78-79. Disponible en: <http://www.mdedge.com/ccjm/article/95933/dermatology/functional-anatomy-facial-nerve-revealed-ramsay-hunt-syndrome>
- Barrios Herrera J, Gaviria Orozco L, Montoya Jaramillo M. Síndrome de Ramsay Hunt. *Rev*

- cienc biomed [Internet]. 2014 [Consultado el 12 de mayo 2016]; 5(1): 139-143. Disponible en: http://www.revista.cartagenamorros.com/pdf/5-1/20_RAMSAAY.pdf
13. Carrillo Ibarra J, Martínez Coronado J, Valdez Talavera LA, Cantú Maltos H, Vásquez Urbano H. Importancia del diagnóstico oportuno y el tratamiento apropiado del síndrome de Ramsay Hunt: análisis clínico de 12 casos. Rev Mex Neuroci [internet]. 2009[Consultado el 12 de mayo de 2016]; 10(2): 137-139. Disponible en: <http://revmexneuroci.com/wp-content/uploads/2014/05/Nm092-11.pdf>
 14. Worme M, Chada R, Lavallee L. An unexpected case of Ramsay hunt syndrome: case report and literature review BMC Research Notes[Internet]. 2013[Consultado el 12 de mayo de 2016]; 6:337. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3847606/pdf/1756-0500-6-337.pdf>
 15. Nagayama Y, Matsushiro N, Nampei A, Hashimoto H, Shi K. Ramsay Hunt syndrome in a patient with rheumatoid arthritis after treatment with Infliximab. Case Rep Rehumatol[Internet]. 2014 [Consultado el 12 de mayo de 2016]; 2014: 897647. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3934085/>

HINARI INFORMACIÓN PARA LA INVESTIGACIÓN EN SALUD: EXPERIENCIA EN HONDURAS

Martha Cecilia García,¹ Ovidio Padilla,² Lourdes Ramirez,³ Jackeline Alger.⁴

INTRODUCCIÓN

El acceso a la información sobre salud en Honduras, ha sido condicionado principalmente por dos factores: el alto costo de los recursos (libros y suscripciones de revistas) y el bajo presupuesto asignado a las unidades de información encargadas de proveer los servicios. Como respuesta, la incursión tecnológica orientaba hacia el uso de los recursos electrónicos al igual que en otras partes del mundo. En el 2002, la Organización Mundial de la Salud (OMS), permitió a los países de bajos y medianos ingresos, acceder a una de las mayores colecciones del mundo de literatura biomédica y salud a través de HINARI (Programa de Acceso a la Investigación para la Salud); el cual se ofrece gratuito y/o a bajo costo, sin fines de lucro a instituciones locales. Se inició con aproximadamente 1500 revistas de 6 importantes editoriales: Blackwell, Elsevier Science, The Harcourt Worldwide STM Group, Wolters Kluwer

International Health & Science, Springer Verlag y John Wiley; a partir de ese año, el número de editoriales, revistas y otros recursos a texto completo se incrementan continuamente.⁽¹⁾ Posteriormente se sumaron tres programas más, que constituyen la iniciativa **Research4Life**, nombre colectivo de cuatro programas sobre diferentes temáticas: HINARI (salud, apoyado por la OMS), AGORA (agricultura apoyado por la FAO), OARE (medio ambiente, apoyado por Programa de las Naciones Unidas para el Medio Ambiente), ARDI (ciencia aplicada y tecnología, apoyado por la Organización Mundial de Propiedad Intelectual). Todos proporcionan acceso gratuito o a bajo costo a contenidos académicos en línea.⁽²⁾

DESARROLLO

La Biblioteca Medica Nacional (BIMENA, <http://www.bimena.bvs.hn/>) de la Universidad Nacional Autónoma de Honduras (UNAH), fue la primera institución nacional en inscribirse en HINARI, que representó una excelente oportunidad para mejorar y expandir la oferta de información, ya que se habían cancelado varias suscripciones de revistas y la actualización no era posible para satisfacer la demanda. Gradualmente se fueron incorporando otras instituciones nacionales: Biblioteca de la UNAH, Facultad de Odontología UNAH, Hospital Escuela (hoy Universitario), Secretaría de Salud, y otras universidades públicas y privadas.

El personal de BIMENA se familiarizó con los recursos HINARI y diseñó una estrategia de promoción y formación dirigida a docentes, asociaciones de investigación y autoridades. Se inició un plan de capacitación con talleres cortos, que incluían el uso de internet y puntos básicos de HINARI, los cuales se ofrecían de acuerdo a horarios y disponibilidad del tiempo de los usuarios. Con el apoyo de la representación nacional de la Organización Panamericana de la Salud (OPS), el Instituto de Enfermedades Infecciosas y Parasitología Antonio Vidal (IAV), autoridades de la Facultad de Ciencias Médicas (FCM-UNAH), el Colegio Médico de Honduras y la coordinación de la Biblioteca Virtual en Salud (<http://www.bvs.hn/>), se extendieron las capacitaciones a bibliotecarios y usuarios de otras instituciones, con el objetivo de maximizar el uso de los recursos,⁽³⁾ así mismo se formularon otras iniciativas para ampliar su cobertura. (Figura 1)

Figura 1. Taller de capacitación realizado en Tegucigalpa



- 1 Especialista en Gestión de Servicios de Información. Coordinadora de la Biblioteca Médica Nacional, Sistema Bibliotecario, UNAH.
- 2 Máster en Tecnologías de Información. Coordinador Tecnologías de Información. Biblioteca Médica Nacional, Sistema Bibliotecario, UNAH.
- 3 Ingeniera Industrial. Coordinadora del Centro de Gestión de Conocimiento y Comunicación. Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud, Representación en Honduras.
- 4 Médico Especialista en Parasitología. Unidad de Investigación Científica, Facultad de Ciencias Médicas, UNAH; Instituto de Enfermedades Infecciosas y Parasitología Antonio Vidal; Tegucigalpa, Honduras.

En el 2004, el Servicio de Parasitología, Departamento de Laboratorio Clínico, el Departamento de Pediatría del actual Hospital Escuela Universitario y la Biblioteca Médica Nacional, presentaron un proyecto al TDR/OMS (Tropical Diseases Research and Training de OMS) para interconectar al Departamento de Pediatría con la Biblioteca Medica Nacional y se creó la Unidad de Información vía Internet Materno Infantil (UNIMAI) y así acceder a la información HINARI, la cual está en funciones actualmente.

Adicional, se fortaleció la formación del personal de BIMENA con cursos en el extranjero y la participación en congresos regionales de información en salud; esto último permitió enriquecerse con las experiencias de otros colegas y a la vez dar a conocer el trabajo realizado en el país.

HINARI fue aumentando y diversificando su oferta de recursos, proporcionando acceso a una gran cantidad de libros electrónicos y otros recursos, aunado a ello su alianza con otros programas del colectivo RESEARCH4Life, que en conjunto ofrecen en la actualidad cerca de 69,000 recursos de información.⁽²⁾

En el 2014, Honduras a través del trabajo de BIMENA, fue el único país de América presente en la publicación de **“Unsung Heroes: Stories from the Library” : Designing the One-Stop Medical Library**, en esta publicación, la alianza Research4Life (HINARI, AGORA, OARE, ARDI), presenta las experiencias de bibliotecarios provenientes de diferentes países en desarrollo, resaltando el importante papel que tienen en el fortalecimiento de las capacidades institucionales y el apoyo fundamental que ofrecen a la investigación.⁽⁴⁾

En vista de la experiencia y la formación en HINARI, BIMENA fue denominada por el representante de HINARI en suiza, como punto focal para la UNAH y posteriormente también para el país, brindando apoyo a las instituciones inscritas para capacitaciones, resolución de problemas y motivando a otras a inscribirse.

HINARI seleccionó a profesionales de BIMENA, para la capacitación de otras organizaciones a nivel regional; en el 2015 se desarrolló el taller denominado **“Facilitando facilitadores”** del 27 al 29 de octubre en Quito, Ecuador, con la participación de representantes de las distintas instituciones de salud de América Latina adscritas al HINARI, entre ellas la Planta Central del Ministerio de Salud Pública y sus hospitales acreditados en ese país y docentes de las Universidades que forman parte de la Red del Programa Ampliado

de Libros de Texto y Materiales de Instrucción;⁽⁵⁾ en abril de 2017, se impartió el **Taller “Uso Avanzado de las Herramientas de Búsqueda en la Fuente Virtual HINARI”** en Managua, Nicaragua, al cual asistieron 41 participantes: responsables de bibliotecas, secretarías académicas, médicos especialistas, médicos subdirectores docentes, informáticos y médico director general. Los objetivos de esta reunión fueron ampliar la cobertura de HINARI, mejorar su uso, propiciar la réplica de los talleres a otras instituciones beneficiarias y profesionales del área de salud para que compartan la herramienta con todas sus instancias.

En 2016, se obtuvo de forma competitiva una subvención de Medical Library Association (MLA), mediante el proyecto **E-Library Training and Access Enhancement to Research for Health Resources, UNAH 2016-2017**, presentado conjuntamente con la representación de la OPS, Unidad de Investigación Científica-FCM-UNAH e IAV, para apoyar actividades de capacitación HINARI/Research4Life. El proyecto propuso los objetivos de 1) entrenar entrenadores en recursos HINARI/R4L sobre gestión de referencias bibliográficas y herramientas de organización del conocimiento 2) capacitar usuarios (estudiantes de grado y posgrado, docentes, investigadores y trabajadores de la salud) en recursos HINARI/R4L y 3) establecer una red de centros de entrenamiento de bibliotecas, dedicados a promover y capacitar en los recursos HINARI/R4L.⁽⁶⁾ A diciembre de 2017 aproximadamente 100 personas de instituciones públicas y privadas, en Tegucigalpa, San Pedro Sula y La Ceiba, se han beneficiado con las capacitaciones. (Figura 2)

Figura 2. Capacitación a usuarios de San Pedro Sula y La Ceiba



Además como parte del proyecto, se realizaron importantes actividades de promoción, incluyendo la presentación del trabajo libre, **“HINARI: Información para la Investigación en Salud en el Campo de las Enfermedades Infecciosas:**

Experiencia en Honduras”, en el XIII Congreso Centroamericano y del Caribe de Parasitología y Medicina Tropical y un stand promocional, Tegucigalpa 22 al 26 de agosto de 2017 (<http://www.bvs.hn/RMH/pdf/2017/pdf/Vol85-S2-2017-13.pdf>); stand promocional en Congreso de Gastroenterología, Tegucigalpa 30 y 31 de agosto de 2017; Taller pre-jornada de la XXIV Jornada Científica de Medicina: Recursos de Información en salud, HINARI/CITAVI. 21 de septiembre de 2017; presentación de trabajo libre titulado “HINARI: información para la investigación en salud: experiencia en Honduras” en la XXIV Jornada Científica y XI Congreso de Investigación en Ciencias de la Salud y stand promocional. Tegucigalpa 27-29 de septiembre de 2017 (<http://www.bvs.hn/RFCM/pdf/2017/pdf/RFCMVol14-S-2017-12.pdf>); stand promocional de recursos HINARI RESEARCH4LIFE, en VI Congreso Multidisciplinario de los Posgrados de la Facultad de Ciencias Médicas de la UNAH, Tegucigalpa, 24-26 octubre de 2017; reunión para la Red de Centros de Información HINARI: RESEARCH4Life, Biblioteca Médica Nacional, 29 de noviembre con la participación de UNAH, Universidad Católica de Honduras y LA Universidad Tecnológica Centroamericana (UNITEC). En estas actividades participaron representantes de las diferentes instituciones responsables de la subvención, incluyendo a la Dra. Jackeline Alger, Coordinadora de la BVS-HN y representante del IAV y la Ing. Lourdes Ramírez, funcionaria de la representación nacional de la OPS.

Según las estadísticas disponibles en mayo de 2017, en Honduras, 98 instituciones se benefician de la fase I (acceso gratuito) de esta iniciativa. En la actualidad 14 000 revistas, 56 000 libros y 120 fuentes de información, se encuentran disponibles a las instituciones de salud en más de 115 países.⁽¹⁾

En Febrero de 2017, se realizó una convocatoria para elegir un representante de usuarios ante el Consejo Ejecutivo de Research4Life, que se reúne de manera presencial y virtual, por las Américas se presentó la candidatura de Jackeline Alger, propuesta por el Equipo HINARI de la OMS, Ginebra, Suiza; aunque la representación de usuario fue concedida a un candidato de Nepal, la Dra. Alger es miembro voluntario del Consejo y la participación en este proceso global, es un reflejo de la visibilidad regional que ha alcanzado la Biblioteca Médica Nacional con el apoyo de su comunidad.

A partir de 2018, Honduras pasará a ser parte de los países elegibles para la fase II (bajo costo) de HINARI, por lo que las instituciones nacionales podrán inscribirse, realizando un pago único al año para tener acceso a todos los recursos de información.

Conclusiones:

1. En los últimos dos años 2016-2017, la Biblioteca Médica Nacional, brinda un promedio anual de 70 capacitaciones a bibliotecarios, estudiantes, docentes e investigadores.
2. HINARI/Research4Life, además de brindar colecciones, ha propiciado mayor visibilidad a BIMENA, a la UNAH y al país.
3. Ha sido invaluable el apoyo de la representación de la OPS/OMS, Facultad de Ciencias Médicas/ UNAH, Unidad de Investigación Científica FCM UNAH, Instituto de Enfermedades Infecciosas y Parasitología Antonio Vidal y el Colegio Médico de Honduras, que propician espacios en otros eventos del sector salud para demostrar las bondades del recurso.
4. Es necesario concientizar a las autoridades de las diferentes instituciones que utilizan HINARI/Research4Life, para mantener al día su suscripción.
5. En Honduras son muchos los usuarios que se benefician de la valiosa iniciativa HINARI/Research4Life, pero es necesario continuar promoviendo su uso y expansión.

BIBLIOGRAFÍA

1. Organización Mundial de la Salud. Acerca de Hinari [Internet]. Washington D.C.: OMS, 2010. [Consultado el 20 de octubre de 2017]. Disponible en : <http://www.who.int/hinari/es/>
1. Research4Life.org. Qué es Research4life?. [Internet]. Washington D.C.: OMS, 2010. [Consultado el 20 de octubre de 2017]. Disponible en : <http://www.research4life.org/en-espanol/>
2. Organización Panamericana de la Salud. Taller HINARI/OARE/AGORA: estrategias para maximizar su uso. [Internet]. Tegucigalpa D.C.: OPS, 2010. [Consultado el 20 de octubre de 2017]. Disponible en : http://www.paho.org/hon/index.php?option=com_content&view=article&id=318:taller-hinari-oare-adora-estrategias-maximizar-uso&Itemid=226
3. Research4Life.org, “Unsung Heroes: Stories from the Library” [Internet]. Research4life; 2014. [Consultado el 23 de mayo de 2017] Disponible en: <http://www.research4life.org/wp->

[content/uploads/2014/05/Unsung-heroes-v11.1-webversion.pdf](#)

4. Vargas Y. Biblioteca Médica Nacional capacita a médicos y bibliotecólogos en Ecuador. [Internet]. Presencia universitaria. 5 nov. de 2015. [Consultado el 23 de febrero de 2017]. Disponible en: <https://presencia.unah.edu.hn/academia/articulo/biblioteca-medica-nacional-capacita-a-medicos-y-bibliotecologos-en-ecuador>
5. Medical Library Association. MLA Librarians without Borders®/ Elsevier Foundation/ Research4Life Grants. 2016 Grant Recipients. Disponible en: <http://www.mlanet.org/p/cm/ld/fid=949>

ASFIXIA MECÁNICA: SIGNO DE AMUSSAT

Mechanical asphyxiation: amussat sign

Darwin A. Pineda Montalva¹, Bertha C. Beltrán Matute², Sandra R. Cerna Cardona³

Signo de Amussat



Signo de Amussat: signo vascular que produce desgarro transversal de la túnica íntima en la arteria carótida primitiva, ⁽¹⁾ encontrado en la disección del cuello practicada al cadáver.

Masculino desconocido de 20-25 años, encontrado sin vida en colonia de Comayagüela dentro de saco de nylon, con lazo alrededor del cuello, atado de manos y pies hacia atrás. Su causa de muerte fue asfixia por estrangulación, los hallazgos en la autopsia fueron: un surco blando, horizontal de bordes dérmicos por debajo del cartílago tiroides, congestión ocular, visceral,

cianosis ungueal y peribucal. Durante la disección de cuello, se encontró contusión de los músculos, Signo de Amussat. El signo de Amussat es un signo característico de las asfixias mecánicas producidas por la compresión del cuello mediante una cuerda que lo rodea. La prevalencia del signo de Amussat oscila según las series entre el 61% hasta el 5% de algunos estudios.⁽²⁾

BIBLIOGRAFÍA

1. Vargas Alvarado E. Medicina Legal. 5a ed. México: Trillas; 2014.
2. Ruiz PE. Valoración médico legal de las asfixias, estudio especial de las ahorcaduras. [Tesis en internet]. Valencia: Universidad de Valencia; 2015. [Consultado el 13 de octubre del 2017]. Disponible en: <http://roderic.uv.es/bitstream/handle/10550/50525/TESIS%20PALOMA%20HEVIA%20RODERIC.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

¹ Médico autopsiante Dirección de Medicina Forense y Universidad Nacional Autónoma de Honduras

² Médico General

³ Médico Pediatra

Autor Corresponsal: Darwin A. Pineda Montalvan.
Correo daalpm@hotmail.com

FORMULARIO PARA PUBLICACIÓN DE ARTÍCULOS CIENTÍFICOS

El Consejo Editorial de la Revista de la Facultad de Ciencias Médicas, recibirá artículos que su contenido sea original e inédito y que no haya sido publicado previamente en cualquier soporte físico o electrónico, excepto en los casos citados por la recomendación de la International Committee of Medical Journal Editors-ICMJE (<http://www.icmje.org> > Overlapping Publications > Acceptable Secondary Publication), es decir, ciertos tipos de artículos como directrices/guías producidas por agencias gubernamentales u organizaciones profesionales que pueden necesitar de amplia divulgación. La republicación de artículos por varias otras razones, en la misma o otra lengua, especialmente los publicados en revistas de otros países es justificable y puede traer beneficios, siempre que las condiciones apuntadas en el ICMJE sean atendidas.

Los autores firmantes del trabajo deben ser los mismos que han contribuido a su concepción, realización, desarrollo, ejecución, redacción y revisión, según la normativa ICMJE:

1.- Que exista una contribución sustancial a la concepción o diseño del artículo o a la adquisición, análisis o interpretación de los datos.

2.- Que haya participado en el diseño del trabajo de investigación o en la revisión crítica de su contenido intelectual.

3.- Que haya intervenido en la aprobación de la versión final a ser publicada.

4. Que se tenga capacidad de responder de todos los aspectos del artículo, para asegurar que lo relacionado con la exactitud o integridad de cualquier parte del trabajo están adecuadamente investigadas y resueltas. Quienes no los cumplan deben ser reconocidos en el apartado de agradecimientos.

Se identificará un autor de correspondencia del artículo, quien deberá completar el formulario de declaración de responsabilidad y firmarlo junto con los otros autores, adjuntar este formulario debidamente completo, cuando se envíe a la revista el artículo propuesto.

Declaración adaptada de: Consejo Superior de Investigación (CSIC).
Declaración de autoría, buenas prácticas y cesión de derechos.
España: Editorial CSIC;2017.

Título del trabajo:

Autor corresponsal:

Declaración de originalidad

- Este trabajo es original, no se ha enviado ni se enviará a otra revista para su publicación, ni será difundido en otros medios, impresos o electrónicos, antes de ser publicado en esta Revista, salvo que sea rechazado por este Consejo Editorial con carta oficial.
- No he incurrido en fraude científico, plagio o vicios de autoría; en caso contrario, eximo de toda responsabilidad a la Revista de la Facultad de Ciencias Médicas y me declaro como el único responsable.
- Se identifican y citan las fuentes en las que se basa la información contenida en el artículo, así como las teorías y los datos procedentes de otros trabajos previamente publicados.
- Se cita adecuadamente en el artículo la procedencia de las figuras, cuadros, fotografías, etcétera, previamente publicados, y se aportan los permisos necesarios para su reproducción en cualquier soporte.
- Presenta copia de la constancia del Comité de Ética, Asentimiento y consentimiento informado del paciente u otras que amerite el caso.
- Presenta el consentimiento de quienes han aportado datos no publicados obtenidos mediante comunicación verbal o escrita, y se identifica adecuadamente dicha comunicación y autoría.

Declaración de duplicación parcial o total *Marcar las casillas si es necesario*

- Partes o en su totalidad de este manuscrito, u otro trabajo con contenido sustancialmente similar han sido publicados anteriormente (Completar la información pertinente en el apartado de observaciones y aportar dichos textos).
- Este trabajo es la traducción de otro publicado previamente y cuenta con el consentimiento de los editores de dicha publicación. Esta circunstancia se reconocerá expresamente en la publicación final. (Completar la información pertinente en el apartado de observaciones y aportar dicho texto).

Autoría

- Todas las personas que firman este trabajo han participado en su planificación, diseño, ejecución, e interpretación de los resultados. Asimismo, revisaron críticamente el trabajo, aprobaron su versión final y están de acuerdo con su publicación.
- No se ha omitido ninguna firma responsable del trabajo y se satisfacen los criterios de autoría científica.

Obtención de datos e interpretación de resultados

- Este trabajo cumple con los requerimientos definidos en la metodología de investigación, en el diseño experimental o teórico, en todas sus etapas. En caso de que descubrieran cualquier error en el artículo, antes o después de su publicación, alertarán inmediatamente a la Dirección de la revista para los ajustes respectivos.
- Los resultados de este estudio se han interpretado objetivamente.

Agradecimientos *En caso en que exista el apartado de agradecimiento:*

- Se reconocen todas las fuentes de financiación concedidas para este estudio, indicando de forma concisa y el organismo financiador
- En los agradecimientos se menciona a las personas que habiendo colaborado en la elaboración del trabajo, no figuran en el apartado de autoría ni son responsables de la elaboración del manuscrito.

Conflicto de intereses

- Los firmantes del texto aseveran no tener ningún conflicto de intereses con institución o persona alguna relacionada con el manuscrito propuesto. En caso de existir será declarado en el documento a ser publicado.

Cesión de derechos y distribución

- Al envío de las primeras observaciones al autor por parte del Consejo Editorial producto de la revisión, los autores se comprometen a continuar con el proceso de publicación del artículo en la Revista de la Facultad de Ciencias Médicas.
- En caso de aceptación del artículo, estoy de acuerdo en que los derechos de autor se tornarán parte exclusiva de la Revista de la Facultad de Ciencias Médicas y quedará vedada cualquier reproducción, total o parcial, en cualquier otra parte o medio de divulgación impresa o electrónica, sin la previa autorización de esta revista.

Declaración de Responsabilidad

Todas las personas relacionadas como autores deben firmar la declaración de responsabilidad, especificando el(os) tipo(s) de participación de cada autor, conforme se especifica a continuación:

Certifico que (1) Contribuí substancialmente para la concepción y planeación del proyecto, obtención de datos o análisis e interpretación de los datos; (2) Participé significativamente en la elaboración del borrador o en la revisión crítica del contenido; (3) Intervine de la aprobación de la versión final del manuscrito; (4) Tengo la capacidad de responder de todos los aspectos del artículo, para asegurar que lo relacionado con la exactitud o integridad de cualquier parte del trabajo están adecuadamente investigadas y resueltas.

Tipo de artículo: _____

Nº	Nombre completo del autor	Contribución en el artículo (Colocar el número que corresponde)	Fecha	Firma
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				

Observaciones: _____

* Aplicado con artículos que ingresan en el 2018

INSTRUCCIONES PARA LOS AUTORES**Revista de la Facultad de Ciencias Médicas**

La Revista de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional Autónoma de Honduras (UNAH), dio inicio en 2004 y es una publicación semestral que fortalece la investigación, comunicación, análisis y debate en el campo de la salud. En ella se publican artículos científicos originales, editoriales, revisiones bibliográficas, casos clínicos, reseñas históricas, galerías biográficas, cartas al editor, artículos de opinión e imágenes. Además cuenta con la publicación de suplementos que abarcan temas de trascendencia en el área de la salud.

La Revista se ajusta al acuerdo de las “Recomendaciones para la realización, presentación, edición y publicación de trabajos académicos en revistas médicas” elaborado por el Comité Internacional de Directores de Revistas Médicas, disponible en: <http://www.icmje.org>

Normas Generales

Los artículos a publicarse deben adaptarse a las siguientes normas:

- Tratar sobre temas biomédico sociales
- Redactar en español, imprimir en tamaño carta, numerar en la parte inferior de página, con márgenes de 2.5 cm, interlineado de 1.15, con excepción de las notas a pie de página que irán a espaciado sencillo.
- Entregar la versión impresa y electrónica del texto en MS Word, las tablas y gráficos en Excel y las figuras con buena resolución JPG.
- Envío del artículo a revistafcm@unah.edu.hn
- Utilizar fuente Times New Roman, 11 puntos para el cuerpo del texto, 13 para el título, 12 para subtítulos de primer nivel, 11 para subtítulos de segundo nivel, 10 para nombres de autores y títulos de figuras/cuadros y 8 para la información que se consigna a pie de los mismos. Los trabajos no

deben exceder de 15 páginas.

- Incluir copia del consentimiento/asentimiento informado y el permiso institucional correspondiente. En caso de utilizar fotografías y/o datos que puedan identificar a las personas presentar la autorización escrita.

El artículo a publicar incluye:

-Título: debe ser indicativo del contenido del artículo; sin abreviaturas, siglas, jergas, máximo 15 palabras.

-Autor(es) en el orden siguiente: nombre completo, a pie de página indicar grado académico máximo del autor, departamento, institución o entidad donde presta servicio y el correo electrónico del autor corresponsal (persona encargada de toda la correspondencia relacionada con el manuscrito).

- Abreviaturas, siglas y símbolos: usar solamente abreviaturas estándares. La primera vez que se use siglas o acrónimos, deben ir precedidas por la palabra sin abreviar; seguido, la abreviatura entre paréntesis, a menos que sea una unidad de medida estándar. La sigla que se utilice en otro idioma, debe especificar el idioma de origen. Evitar su uso en el título y resumen.
- Los valores obtenidos en las pruebas laboratoriales deben acompañarse de la unidad de medida correspondiente.
- Las figuras, gráficos, fotografías, cuadros u otros, numerarlas separadamente en el orden presentado, usar números arábigos (Figura1, Gráfico 3, Cuadro 2), asignar título que conste de 15 palabras o menos; hacer referencia de ellos en el texto, consignar fuente y notas explicativas a pie de figuras, usar fuente tamaño 8. Para fotografías de personas, utilizar un cintillo para evitar su identificación.

Información general de presentación según tipo de artículo

Tipo de artículo	Resumen Extensión en palabras	Máximo Figuras	Referencia	Número de autores (máximo)	Número de páginas (máximo)
Art. original	300	6	15-30	15	15
Revisión Bibliográfica	150-250	4	20-40	4	15
Caso clínico	150-250	5	10-20	3	10
Art. de opinión	--	1	5	2	2-5
Reseña histórica	150	4	5-10	3	10
Imágenes	150 - 200	3	0-3	2	1
Artículo Biográfico	--	1	5-10	2	2-4
Editorial	1000 - 2000	2	5-10	2	4
Carta al Editor	1000	1	1-5	3	3

ARTÍCULOS ORIGINALES

Son trabajos de investigación que incluyen las siguientes secciones:

Resumen- Abstract. Presentar en español e inglés, no más de 300 palabras; redactar en un solo párrafo en pretérito pasado, incluir objetivo, material y métodos, resultados principales y conclusiones. No usar referencias bibliográficas.

Palabras Clave - Key Words. Colocar un mínimo de tres palabras clave (español e inglés). Utilizar para este propósito el DECS (Descriptores en Ciencias de la Salud) en: <http://decs.bvs.br>

Introducción. Redactar de forma clara y precisa en tiempo presente. Exponer y argumentar bibliográficamente el problema, justificar la investigación o las razones que motivaron el estudio y enunciar el objetivo del mismo. No debe ser extensa; ubicar el problema partiendo de conceptos generales hasta llegar al problema en sí.

Material y Métodos. Redactar en tiempo pasado. Describir tipo de estudio, duración, lugar, población, muestra, técnicas de recolección de datos, procedimientos, instrumentos, equipos, fármacos y otros insumos o herramientas y mencionar las pruebas

estadísticas utilizadas.

Resultados. Redactar en tiempo pasado, presentar los resultados más importantes en forma clara, precisa y concisa dentro del texto, utilizar gráficos o cuadros siguiendo una secuencia lógica para resaltar los mismos, los cuadros no deben redundar la información del texto.

Discusión. Redactar en tiempo pasado. Se recomienda iniciar con un resumen breve de los principales resultados y explicar los hallazgos obtenidos. Relacionar los resultados con datos de otros estudios pertinentes, las limitaciones del estudio, así como, sus implicaciones en futuras investigaciones. Enfatizar aspectos nuevos e importantes del estudio. Finalizar con las conclusiones propias del estudio, relacionándolas con el objetivo y respaldadas con los resultados. Las recomendaciones quedan a opción de los autores.

Agradecimientos. Consignar cuando sea necesario, incluya las personas que colaboraron pero que no cumplan los criterios de autoría, tales como: ayuda técnica recibida y en la escritura del manuscrito, apoyo general prestado por el jefe del departamento o institución colaboradores, incluir el apoyo con recursos financieros, materiales y otros.

Bibliografía. Citar los documentos referenciados dentro del texto.

CASO CLÍNICO

Ejercicios académicos de interpretación de la historia clínica, exámenes y estudios complementarios orientados a la exposición de casos difíciles, inusuales, de presentación atípica, importancia epidemiológica e implicaciones para la salud pública, que sugieren un reto diagnóstico y terapéutico. Consta de:

Resumen. Redactar en español e inglés. Consignar de manera breve: preámbulo, propósito del estudio, presentación del caso clínico, conclusiones e incluir las palabras clave.

Introducción. Plantear los elementos teóricos encontrados en la literatura relacionados al caso clínico, destacar la relevancia, magnitud, trascendencia e impacto (argumentar sobre dimensiones epidemiológicas, clínicas e implicaciones para la salud pública), así como la dificultad para su diagnóstico y la justificación del estudio de caso.

Presentación del caso clínico. Describir la secuencia cronológica de la enfermedad y la evolución del paciente; datos generales de importancia, anamnesis, examen físico, resultados de exámenes o pruebas diagnósticas; diagnóstico, manejo y tratamiento, complicaciones, evolución e interconsultas realizadas; puede acompañarse de figuras. Para proteger la confidencialidad del paciente, omitir nombre, número de historia clínica o cualquier otra información que pueda revelar la identidad del paciente.

Discusión. Analizar los datos más relevantes del caso clínico, contrastar con lo descrito en la literatura, destacar la importancia y el aporte del caso a la ciencia. Discutir cómo se establecieron los diagnósticos (presuntivo, diferencial, definitivo y otros) considerados en el caso y mencionar las implicaciones clínicas o sociales. Elaborar la conclusión destacando aspectos relevantes de la solución del caso, resaltar la aplicación clínica y enseñanza relacionada con el mismo.

Bibliografía: Citar los documentos referenciados dentro del texto.

REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

Estudio pormenorizado, selectivo, crítico que integra la información esencial en una perspectiva unitaria y de conjunto, recopila la información relevante de un tema específico; su finalidad es examinar la bibliografía publicada reciente y pertinente y situarla en cierta perspectiva desde la visión del autor. Consta de:

Resumen. Presentar en español e inglés, consignar los hallazgos recientes más importantes. Debe estructurarse: preámbulo, objetivo, material y métodos, conclusiones y palabras clave.

Introducción. Enfocar los elementos importantes de la revisión, comparar la información de diversas fuentes y analizar las tendencias de las diferentes fuentes bibliográficas consultadas.

Material y Métodos: Organizar la metodología; describir estrategia, términos, fecha e idioma de búsqueda, nombre de bases de datos consultadas, número de artículos encontrados, y los criterios de inclusión y exclusión. Se considera como materiales: libros, revistas, seminarios, entrevistas y otros. Métodos: procedimientos empleados para la búsqueda y localización de la información.

Desarrollo y discusión. Organizar y estructurar los datos, combinar resultados de diferentes fuentes y argumentación crítica de los resultados. Elaborar conclusiones coherentes basadas en los datos y artículos analizados. Aquí se pueden hacer propuestas de directrices para nuevas investigaciones, y sugerir nuevas iniciativas para resolver los problemas detectados.

Bibliografía. Citar los documentos referenciados dentro del texto.

ARTÍCULO DE OPINIÓN

Es un artículo en el cual el autor expone sus argumentos, perspectivas y razonamientos sobre un tema, con aportaciones originales. Su característica fundamental es analizar un hecho que oriente al lector e influya en su opinión sobre el tema en discusión. La estructura recomendada es:

- ◊ Introducción
- ◊ Desarrollo del tema (puede incluir figuras).
- ◊ Conclusiones
- ◊ Bibliografía

ARTÍCULO BIOGRÁFICO

Son datos descriptivos cuali-cuantitativos del proceso vital de una persona, que destaca su contribución al desarrollo de las ciencias y educación en salud. Puede utilizarse entrevistas, documentos personales e institucionales.

La estructura recomendada es:

Fotografía reciente de 2x2 pulg.

- ◊ Destacar: datos vitales; formación académica; desempeño profesional y laboral; investigaciones, publicaciones, reconocimientos proyección internacional, entre otras
- ◊ Bibliografía

RESEÑA HISTÓRICA DE UNA INSTITUCIÓN, DEPARTAMENTO/ UNIDAD ACADÉMICA

Es la descripción de eventos o circunstancias significativas de una institución, departamento/ unidad académica en el área de la salud.

Se recomienda incluir elementos básicos como los siguientes:

Contextualización de su creación, aspectos socioeconómicos, políticos, modelos académicos, tendencias educativas en el área de la salud y otros.

Marco legal de constitución, funciones y programas de inicio y vigentes.

Información general: misión, visión, políticas, propósitos, organigrama, directivos, horarios de atención, ubicación física y servicios.

Programas académicos: grado, posgrados, profesionalización, convenios y/o vinculación.

Eficiencia terminal: producción académica, social y de investigación, hechos y figuras relevantes. Directores, coordinadores y talento humano actual.

Bibliografía: Citar los documentos referenciados dentro del texto.

IMÁGENES

Puede publicar imágenes: clínicas, endoscópicas, radiográficas, microbiológicas, anato-patológicas y otras de enfermedades con características visuales específicas de interés para el aprendizaje. Es conveniente utilizar recursos gráficos como flechas, asteriscos u otros para su mayor visualización. El texto debe incluir una descripción o comentario entre 150 a 200 palabras; consignar referencias bibliográficas si es necesario.

CARTAS AL EDITOR

Son aquellas relacionadas con artículos publicados recientemente en la Revista, que contienen datos

científicos, opiniones, experiencias poco corrientes y observaciones clínicas excepcionales. La publicación de estas queda a discreción del Consejo Editorial.

EDITORIAL

Pueden ser de carácter científico o profesional referente a aspectos actuales del área de la salud. Es responsabilidad del Consejo Editorial su elaboración, pero en algunas ocasiones se solicitará a expertos en la temática la redacción del mismo.

COMENTARIOS BIBLIOGRÁFICOS

Son escritos críticos breves sobre libros en el campo de la salud.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Elaborar las referencias bibliográficas de acuerdo al estilo Vancouver:

Las referencias deben numerarse consecutivamente según el orden en que se mencionen por primera vez en el texto; se identificarán mediante números arábigos en superíndice entre paréntesis.

- El número original asignado a la referencia es reusado cada vez que la referencia sea citada en el texto.
- Cuando hay más de una cita, éstas deben separarse mediante comas sin espacios, pero si fueran correlativas, se menciona la primera y la última separadas por un guion. Ejemplo: ⁽¹⁻³⁾ o ^(2,5,8).
- Los documentos que se citen deben ser actuales; un 50% de los últimos cinco años. Se citarán documentos que tengan más años, por motivos históricos o como alternativa si no encontrase referencias actualizadas.
- Al consultar documentos se recomienda utilizar de preferencia más artículos de revista que libros debido a la actualidad y artículos originales que artículos de revisión.
- 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.
- Evitar citar resúmenes, excepto que sea un motivo muy justificado. Se consultarán los documentos completos. 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.

- Una vez finalizada la bibliografía, tiene que asegurarse de la correspondencia de las citas en el texto y el número asignado en la bibliografía.

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.

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; 2009.

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] 2011

[acceso 19 de octubre de 20012];26(3):124-129. 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;2010 [acceso 19 de diciembre de 2011]. 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; 2009.

Consideraciones:

- Los manuscritos pueden enviarse a la siguiente dirección: Unidad de Tecnología Educativa en Salud. (U T E S) o escribir a revistafcm@unah.edu.hn
- La Revista se reserva el derecho de rechazar los artículos que no reúnan los lineamientos antes descritos.
- El Consejo Editorial hará observaciones y sugerencias en los artículos aceptados para que alcancen los criterios de calidad de bases de datos internacionales a los que está suscrito la Revista.
- Si el Consejo Editorial, considera necesario someterá el artículo a revisión por pares.

Nuestras Publicaciones

Contienen:

- Investigaciones originales
- Casos clínicos
- Desarrollo profesional de las enfermeras
- Actualidad



Adquiérala en la Unidad de Tecnología Educativa en Salud
- UTES - UNAH -

Para adquirir la Revista debes pagar una boleta de Lps. 50.00, en el rubro 164, en la ventanilla de Tesorería General de la UNAH, después reclamarla en la Unidad de Tecnología Educativa en Salud, Facultad de Ciencias Médicas Contiguo al Hospital Escuela Universitario

Correo: revista fcm@unah.edu.hn

CONTENIDO

EDITORIAL

Privatización de los servicios de salud

German Leonel Zavala

ARTÍCULOS ORIGINALES

Enfermedades diarreicas agudas en menores de 5 años, Centro de Salud de Villa Adela

Israel Vargas

Violencia contra la mujer en la relación de pareja; caracterización en cinco comunidades de Honduras

German Leonel Zavala, David Alexander Montoya-Reales

ARTÍCULOS DE REVISIÓN

Caracterización general de sepsis neonatal temprana

German Edgardo Fajardo Dubón, Rut Elizabeth Flores Zelaya, Gloria Alicia Cárcamo Portillo

Seno preauricular, diferentes técnicas quirúrgicas

Iliana Durón Tábora, Javier A. Durón Tábora, Javier A. Durón Martínez

CASOS CLÍNICOS

Histoplasmosis diseminada en una paciente con hipotiroidismo.

Rocío Iveth Alvarado-Urbina, Nashxielly Alejandra Guevara-Mena, Renán Alejandro Mendoza-Funes, Samuel Antonio Salazar-Álvarez, Efraín Bu-Figueroa

Síndrome de Ramsay Hunt tipo II en mujer mayor de 90 años

Mónica Marcela Macías Ortega, Andrea M. Agurcia, Jovanna R. Andrade-Romero

ARTÍCULO ESPECIAL

HINARI información para la investigación en salud: experiencia en Honduras

Martha Cecilia García, Ovidio Padilla, Lourdes Ramirez, Jackeline Alger.

IMAGEN

Asfixia mecánica: Signo de Amussat

Darwin A. Pineda Montalva, Bertha C. Beltrán Matute, Sandra R. Cerna Cardona

DIRECTRICES DE PUBLICACIONES CIENTÍFICAS

Formulario para publicación de artículos científicos

Instrucciones para los autores

