



Honduras Pediátrica

Honduras Pediátrica Volumen 25 Número 2 Mayo, Junio, Julio, Agosto -2005



Editorial:
El Escrito Medico

Artículo:
**Infecciones de Transmisión
Sexual en niños y Adolescentes**

Artículo:
**El Origen de los Premios
Nóbel de Medicina o Fisiología**

Realizada con el apoyo de



CONTENIDO

I. EDITORIAL

El Escrito Médico

Doctor Carlos Rivera Williams

II. TRABAJO DE REVISIÓN Y CASO CLÍNICO

Síndrome e Inmunodeficiencia Combinada Primaria Con Hiperinmunoglobulinemia E (Enfermedad de Job):

Presentación De Caso y Revisión Bibliográfica de su Abordaje Clínico y Terapéutico

*Dr. José Samra, Dr. Wilfredo Argueta,
Br. Lía Suazo, Dr. Jorge Meléndez*

III. TRABAJO ORIGINAL

Infecciones de Transmisión Sexual en Niños y Adolescentes

Dra. Nerza Paz

IV. HISTORIA DE LA MEDICINA

El origen de los premios Nóbel de Medicina o fisiología

Dra. Patricia Villaseñor

V. FOTO-CLINICA

Derrame Pleural Bilateral en Paciente Pediátrico con Dengue Hemorrágico (Síndrome de Shock por Dengue)

Doctor José Samra

Doctor Jorge Meléndez

VI. SECCIÓN INFORMATIVA

Código de Ética del Colegio Médico de Honduras I Parte

Norma para el Fomento y Protección de la Lactancia Materna

El Puericultor Abril y Mayo 2005

Miembros Asociación Pediátrica Hondureña 2005

XVI Curso Internacional de Pediatría

INDICADOR

Director

Dr. Carlos Rivera Williams

Consejo Editorial

Dr. Víctor M. Vallejo L.

Dr. Guillermo Villatoro Godoy

Dr. José A. Samra Vásquez

Dr. Renato Valenzuela Castillo

Dra. Ileana Eguigurems

Dra. Zudora Berlioz B.

Dr. Fausto Varela

Diseño y Diagramación

Lic. Marcela Cerritos

UNICEF - Honduras

Tegucigalpa, M.D.C. Honduras, C.A.

Apartado Postal 3212

Tel./Fax: (504) 239-0484

E-mail: aspehon@yahoo.com

aspehon@hotmail.com

Aspehon@cablecolor.hn



Editorial

EL ESCRITO MEDICO

En abril de 1970 toma posesión como Director de la Revista Honduras Pediátrica el Dr. Danilo Castillo, eminente pediatra graduado con honores en la UNAM y perteneciente a una generación de hondureños que han descollado en diferentes campos de la medicina todos ellos procedentes de México. Como los doctores David Abraham Galo, Tristan Martines, Mario Valdez, Tomas Martines Ponce, Manuel Enrique Larios, Rafael Pavón, Dr. Juan Sabillon y otros que se escapan de mi memoria.

El Dr. Danilo Castillo es uno de los pioneros de la Pediatría hondureña habiendo realizado sus estudios de postgrado en el Hospital de Pediatría de Montevideo, Uruguay, incorporándose a nuestro país donde ha destacado tanto en el aspecto docente como en el e aspecto asistencial. Fue director del Instituto Hondureño de Seguridad Social IHSS, trabajando por muchos años en el Hospital Materno Infantil y en la UNAH de la cual es profesor emérito.

En su primer editorial en La Revista Honduras Pediátrica, se refería al escrito medico en la siguiente forma:

“Indudablemente, en nuestro ambiente, la labor de escribir y, aún más, la de investigar no es nada fácil, especialmente porque nos encontramos abrumados con las labores de tipo asistencial esencialmente; sin embargo, estamos bien seguros de que disponemos de muy buen material de investigación clínica y aún científica, que es indispensable comenzar a publicar, para conocimiento de nuestros colegas hondureños, así como con la modestia necesaria de los colegas de otras latitudes.

Debemos estar convencidos de que aunque la medicina es una ciencia universal, tiene sus matices propios para cada continente, cada país y, aún más, con diferencias esenciales en las diferentes latitudes

de una nación. Nosotros no podíamos ser la excepción; tenemos nuestra propia medicina, la medicina netamente hondureña. Si esto lo trasladamos al terreno de la Pediatría, veremos que este vasto e interesantísimo campo tiene características especiales, planteando por lo tanto soluciones especiales y diferentes a las planteadas para problemas similares en otras áreas. Para apoyar nuestras aseveraciones podemos citar el campo de la desnutrición, las características adoptadas por la disentería bacilar y sus complicaciones, sólo para mencionar dos hechos evidentes.

Creo firmemente que tenemos la obligación de comunicar nuestras experiencias adquiridas ya en la clínica privada, ya en los hospitales, para poder transmitir nuestras inquietudes al resto del mundo, cumpliendo así con uno de los muchos postulados que nos marca nuestro deber profesional para con la sociedad a la que nos debemos y de la cual somos fruto y parte integrante.

Sirvan las presentes notas para excitar a todos los colegas a lo largo y ancho de nuestra Patria, para que nos hagan saber sus experiencias y sus inquietudes, a fin de que nuestra Revista les tienda un puente permanente con el resto de los colegas del continente y del mundo: sus colaboraciones serán altamente apreciadas.

Las palabras del querido compañero aun tienen vigencia por lo que estamos excitando a todos los miembros de las Asociación Pediátrica Hondureña para que enriquezcan con sus artículos las páginas de nuestro órgano de comunicación.

Doctor Carlos Rivera William

Síndrome de Inmunodeficiencia Combinada Primaria con Hiperinmunoglobulinemia E (Enfermedad de Job): Presentación de Caso y Revisión Bibliográfica de su Abordaje Clínico y Terapéutico

****Dr. José Samra, *** Dr. Wilfredo Argueta, **Br. Lía Suazo, *Dr. Jorge Meléndez

Introducción

El Síndrome de Hiperinmunoglobulinemia E fue identificado por primera vez con el nombre de Síndrome o Enfermedad de Job en los años 70's, cuando se reportó una serie de pacientes con dermatitis eczematosa, abscesos y forúnculos estafilocócicos recurrentes, que se acompañaban de inmunodeficiencia primaria combinada y fascies de aspecto tosco; Su incidencia a nivel mundial sigue siendo bastante rara. Buckley y cols detallaron un poco más el espectro clínico de esta enfermedad en 1972, cuando reportaron la asociación de estos síntomas y signos, con niveles séricos elevados de IgE.

La Enfermedad de Job está ahora descrita como un trastorno de causa desconocida, con afectación multisistémica, que afecta el sistema inmune, el óseo, el tejido conectivo y la dentición. Es precisamente la afectación de múltiples órganos; así como la marcada heterogeneidad de los datos clínicos y de laboratorio, la explicación más probable al hecho de que tras largos años de investigación, los mecanismos fisiopatológicos y el defecto genético responsable del síndrome aun no se hayan esclarecido.(1)

Las características inmunológicas de Enfermedad de Job, se manifiestan por infecciones recurrentes de la piel y pulmonares (neumopatías supurativas con tendencia única a la formación de neumatoceles persistentes), principalmente de etiología por *Staphylococcus aureus* y por *Candida Sp.* (Candidiasis crónica mucocutánea). Se acompañan de la presencia de una dermatitis eczematosa y eosinofilia. Las características no inmunológicas incluyen múltiples fracturas óseas y otras anomalías esqueléticas, que incluyen hiperextensión de articulaciones y retraso primario de la dentición. (1)

Las manifestaciones clínicas se inician muchas veces tempranamente, en muchos casos aun en las primeras semanas de vida; su distribución en la población no tiene preferencia por zonas geográficas, grupos étnicos, sexo o condición socioeconómica.

La Enfermedad de Job se hereda como un rasgo de locus único autosómico dominante con expresividad variable

y que presentan su alteración en el brazo corto del cromosoma 10. En otros pacientes se ha encontrado que su manera de herencia es más consistente con una herencia autosómica recesiva. La enfermedad de Job heredada de forma autosómica recesiva aparentemente se expresa como una enfermedad distinta a la heredada en forma autosómica recesiva. (2)

Las anomalías de las células T, incluyendo la disminución en la producción de citoquina 1 y del interferón gamma, caracterizan también la enfermedad. Se ha encontrado un incremento en los niveles de interleucina 4, sin que hasta el momento se haya podido lograr una asociación entre su incremento y la presencia de fracturas patológicas y malformaciones óseas en los pacientes con Síndrome de Job. La disminución del número total de CD4 y de CD8, también ha sido reportada, como característica inmunológica de la enfermedad. (2)

A pesar de los avances de la genética y la inmunología, aun no se ha podido identificar satisfactoriamente el defecto genético que da origen a este síndrome.

Su alta tasa de mortalidad y la severidad de sus complicaciones, no solo infecciosas, sino que también inmunológicas (vasculitis, enfermedad auto inmune y alteraciones del sistema nervioso central), hacen imprescindible estar actualizados sobre esta inmunodeficiencia primaria compleja, la cual cada día cobra más vidas a edades tempranas.

Hasta la fecha no conocemos lo suficiente desde el punto de vista inmunológico y genético, para poder contrarrestarla, lo que hace nuestra tarea clínica más difícil.

Presentación del Caso Clínico

Se trata de paciente masculino de 11 meses de edad, residente en Tegucigalpa, ingresado en el Hospital Escuela el 8 de Julio 2005, con número de expediente 1952482; el cual había sido referido de centro de salud de la colonia San Francisco con diagnóstico de Neumonía Grave. El paciente se presentó con una historia de

Trabajo de revisión y caso clínico

enfermedad actual de 4 semanas de evolución de presentar tos al inicio seca y en las últimas 2 semanas productivas, no emetizante ni cianotizante, sin predominio de horario, pero que se exacerbaba por las mañanas y que se atenuaba únicamente con las nebulizaciones con oximetazolina que se le habían practicado en los últimos 3 días. Se acompañaba de dificultad respiratoria leve de 2 semanas de evolución, la cual había incrementado su intensidad en los últimos 3 días, estornudos, rinorrea verdosa bilateral, obstrucción nasal, hiporexia y mal aliento. Simultáneamente durante las últimas 2 semanas, sufrió de otalgia bilateral y otorrea izquierda motivo por lo que hace 12 días fue evaluado en clínica privada, donde se le diagnosticó una otitis media bilateral y una rinitis bacteriana.

Se le trató por 7 días con Amoxicilina y 3 con Trimetropin Sulfa sin presentar mejoría. Inició lesiones papulo ampollosas, generalizadas, de 6 días de evolución, las cuales de acuerdo a la madre eran pruriginosas y que en los últimos 2 días se habían transformado en costras, predominando en el tronco y en las extremidades; motivo por el cual, nuevamente consulto servicios médicos privados, en donde le indicaron penicilina procainica y mupiricina tópica sin ninguna mejoría.

En vista a su mala evolución dermatológica y respiratoria, la madre decide llevarlo al centro de salud, de donde en vista de su deterioro general decidieron remitirlo a nuestro hospital.

Al llegar al hospital se reinterrogó a la madre y se consigno que era el 4 cuadro de otitis media severa que padecía y que además la 3 vez que cursaba con una neumonía.

Según la madre no habían antecedentes familiares de atopia, los antecedentes de medio ambiente eran sin relevancia, su esquema de vacunación era completo, portando carnet que así lo acreditaba, sin embargo no había cicatriz de vacuna de BCG y su alimentación era normal. La madre refirió que el niño constantemente sufría de eczema, dermatitis del pañal y de forúnculos y pústulas en diferentes partes del cuerpo; así como 2 episodios previos de abscesos en el cuero cabelludo los cuales habían sido tratados en el centro de salud. Refirió haber ingresado a su hijo previamente en el Hospital San Felipe hace 3 meses por cuadro de neumonía grave y anemia, habiendo permanecido hospitalizado por 7 días.

A su ingreso el paciente se recibió lucido, conciente, febril, hidratado, pálido y con apariencia de estar crónicamente enfermo. Su Temp: 38.2C, FC: 136X', FR: 52X', Peso: 6.2kg, talla de 70 CMS, y perímetro cefálico de 42cm.

En lo positivo:

CABEZA: fontanela cerrada; ORL: descarga posterior, los conductos auditivos edematosos bilateralmente y con la membrana timpánica rota en el oído izquierdo. En el derecho la membrana timpánica estaba sin brillo a la luz y abombada y había rinorrea amarillenta bilateral; PULMONES: crepitos derechos y roncus bilaterales escasos, leve tiraje subcostal, no sibilancias.

PIEL: costras en tronco y extremidades así como evidencia de lesiones residuales en diferentes partes del cuerpo.

Con estos hallazgos fue ingresado directamente a la sala de Lactantes con los diagnósticos de:

1. Neumonía Derecha
2. DPC aguda Grado II
3. Pancitopenia en estudio
4. Escabiosis

En su primer día en sala al ser evaluado se identificó que físicamente presentaba fascies dismórficas: con una frente prominente, craneosinostosis, puente nasal ancho y órbita oculares profundas. Se detectó la presencia de una candidiasis oral y genital, se confirmó una descarga posterior importante compatible con una sinusitis aguda y la neumonía derecha previamente diagnosticada. Se le detectó un retraso en la dentición ya que el paciente aun no presentaba ningún diente.

Se confirmó que el paciente presentaba una anemia normocítica moderada sin cardiopatía hiperkinética, una leucopenia, una eosinofilia y se confirmó que el conteo de plaquetas era normal. Con ello se descartó la pancitopenia, sin embargo fue presentado a hematología quien realizó una medula ósea por la cronicidad de sus síntomas y reportó una medula normocelular, sin datos de malignidad, con una hiperplasia de la serie roja y neutrófilos normales. En vista de su importante eczema se decidió solicitar niveles de IgE, así como el resto de las

inmunoglobulinas, los niveles de CD4 y un Elisa por HIV a la madre y el niño, debido a su historia de múltiples infecciones previas, incluyendo sus neumonías recurrentes y las múltiples infecciones simultáneas con las que se le había ingresado en la actualidad, pensando en la posibilidad de una inmunodeficiencia primaria. Se solicito además IgM para Toxoplasmosis, Citomegalovirus y Herpes, los cuales fueron negativos. Una química completa y los policultivos generales. Se cambio la cobertura a oxacilina y se omitió la penicilina en vista que los infiltrados pulmonares en Rayos X de Tórax, daban la impresión de ser algodonosos.

En su segundo día en sala se recibió Elisa por HIV de madre e hijo los cuales fueron negativos. Se continuó la cobertura con oxacilina, se transfundió glóbulos rojos empacados al paciente y se recibió los resultados de los niveles de C3 y C4, los cuales son normales.

En su tercer día en la sala se recibe cultivo de orina el cual es negativo, pero el cultivo en sangre reporto ser positivo por Staphylococcus aureus, sensible a Oxacilina, Clindamicina y Vancomicina y resistente a Penicilina, Cefalotina, Trimetropín y Ampicilina

En su cuarto día en la sala clínicamente la neumonía, la sinusitis y la otitis media han mejorado. Es revaluado por ORL, quien sugiere se continúe con la terapia ya iniciada y que se cite con ellos en 2 semanas de egresado. Las lesiones en la piel han mejorado y están entrando en fase residual. El paciente esta afebril y es capaz de alimentarse sin dificultad.

En su quinto día en sala se recibe resultados de las Inmunoglobulinas con los siguientes hallazgos: IgG 592 (200-900mg/dl), IgM 123 (32-125mg/dl), IgA 66 (8-80 mg/dl) y una IgE 804 (5-87UI) extremadamente elevada.

En vista de esto se revisó el tema en conjunto con los médicos de la sala, en espera de los Niveles de CD4 ante la sospecha de que el paciente fuera una Enfermedad de Job (Síndrome de Inmunodeficiencia Combinada Primaria con Hiper IgE).

En su sexto día en sala se recibió el resultado de los CD4, reportando un valor de 298celulas/mm³ (450-

1870celulas/mm³). Con estos resultados se presento a Inmunología, quien estuvo de acuerdo con la sospecha diagnostica hecha y sugirió hacer una PPD y una prueba de Candidina. Los resultados de ambas pruebas fueron negativos. En vista de su buena evolución clínica y ante el riesgo de infecciones nosocomiales, se decidió dar el alta con Dicloxacilina oral por 2 semanas, más un tratamiento con Fluconazol oral por 14 días y dar las respectivas citas con Infectología, Dermatología, Genética, Inmunología y Neumología.

Fue evaluado en consulta externa dos semanas después encontrándose en muy buenas condiciones y sin complicaciones.

Discusión del Tema

Definición

El Síndrome de hiperinmunoglobulinemia E o enfermedad de Job es una inmunodeficiencia primaria compleja de rara ocurrencia. Se caracteriza por concentraciones sericas elevadas de IgE, asociadas a la presencia de abscesos recurrentes de tejidos superficiales y profundos debidos especialmente a Staphylococcus aureus. También se presentan dermatitis crónica y neuropatías supurativas con una tendencia única a la formación de neuma tóceles persistentes.(2)

Epidemiología y Etiología

Las manifestaciones clínicas inician tempranamente, en muchos casos aun en las primeras semanas de vida, su distribución en la población no tiene predilección por zonas geográficas, grupos étnicos, sexo o condición socioeconómica. El número de casos reportados en los Estados Unidos es de aproximadamente unos 200 casos, desde que se descubrió el primero a principios de la década de los 70's. La frecuencia internernacional; no ha sido determinada. El paciente más anciano que se diagnostico tenía aproximadamente 60 años de edad. Con una historia de enfermedades pulmonares de más o menos 3 décadas las infecciones son la principal causa de mortalidad. La enfermedad de Job se ha detectado en todas los grupos raciales, sin que hasta el momento se haya asociado con una raza en particular. Esto nos sugiere que pueden existir diferentes mutaciones en los mismos

Trabajo de revisión y caso clínico

genes en esta enfermedad. La prevalencia es igual en hombres y mujeres. (3)

El Síndrome de Job es aparentemente heredado en forma autosómica dominante con penetrancia variable o en forma autosómica recesiva. La edad de los pacientes con Síndrome de Job oscila desde 0-60 años de edad. Debido a que no todos los pacientes tienen las mismas infecciones, rasgos faciales y anomalías esqueléticas, algunos pacientes no son identificados hasta que la enfermedad se haya cronificado. La mayoría de los pacientes con Síndrome de Job adquirido en forma recesiva sufren una forma de enfermedad más severa que se puede diagnosticar antes de la segunda década de la vida.

Manifestaciones Clínicas

Las manifestaciones clínicas empiezan con una historia de sufrir de eczema severo desde las primeras semanas de vida, el cual se complica con enfermedad mucocutánea, la cual involucra la boca y el área del pañal. La liquenificación ocurre rápidamente como consecuencia. No hay historia de sibilancias. Una tos persistente suele comenzar en la infancia. También se ha identificado infecciones por molusco contagioso en los pacientes con Síndrome de Job. Infecciones recurrentes de oído medio y sinusitis, persisten hasta la adultez. A pesar de que se recomienda la cirugía en estos pacientes, la simple cirugía de senos paranasales, solo ha contribuido a aumentar los riesgos de otorrea persistente.

No se ha encontrado que alérgenos alimentarios o respiratorios ejerzan una influencia en la dermatitis del paciente. (3-4)

En los pacientes con Síndrome de Job, pueden ocurrir fracturas de traumas leves (fracturas patológicas) en vértebras y huesos pélvicos. Los neumatóceles usualmente ocurren después de los pacientes han sufrido de neumonías con expectoración purulenta. Se han reportado las vasculitis como complicaciones importantes en estos pacientes, así como la presencia de síntomas neurológicos, los cuales pueden estar asociados con anomalías vasculares en el SNC como ser la estenosis, la oclusión o en aneurismas de la cerebral media. También se ha asociado con la aparición de neoplasias como ser linfoma o cáncer epitelial. (4)

La variabilidad de expresión de la enfermedad permite que los hallazgos faciales en los pacientes con Síndrome de Job puedan ser deferentes. Los hallazgos óseos incluyen craneosinostosis temprana, puente nasal ancho, frente prominente, nariz carnosa, paladar hendido y labio leporino. La liquenificación y la dermatitis eczematosa crónica afecta desde en forma leve, afectando áreas antiatópicas: superficies de extensión, tronco y región occipital. La dermatitis es pruriginosa, llegando a complicarse con sobre infecciones con formación de abscesos en piel y tejidos subcutáneos por *Staphylococcus aureus*, así como piomiositis. (5)

Diagnóstico y Diagnóstico Diferencial

Los rasgos importantes para el diagnóstico los podemos agrupar así:

A. Criterios Mayores: (requisitos mínimos para el diagnóstico)

1. Inmunológicos:

*IgE sérica elevada: cifras arriba de 3 desviaciones estándar por encima de valor máximo para la edad.

2. Clínicos:

*Abscesos recurrentes en piel y tejido subcutáneo por *Staphylococcus aureus*.

*Neumopatía supurativa con desarrollo de bronquiectasias y neumatóceles

*Dermatitis eczematosa crónica, desde leve hasta severa, sin las características y distribución típicas del eczema atópico (generalmente con localización "anti-tópica"; superficies de extensión, tronco y región occipital.)

*Abscesos de otros tejidos profundos (6)

B. Criterios Menores:

1. Inmunológicas:

a. Constitutivos:

*Disminución en el número y porcentaje de los linfocitos T (CD3 y Cd4)

*Deficiente respuesta proliferativa de los linfocitos ante los antígenos

*Pruebas cutáneas de hipersensibilidad retardada negativas (Candidina y PPD)

*Niveles séricos de IgD incrementados: valores por encima de 10 mg/dl.

*Niveles normales de IgM, IgA, IgG y subclases de IgG

*Títulos post-vacunación de anticuerpos para el tétano anormalmente bajos.

*Respuesta pobre de anticuerpos específicos contra polisacáridos del neumococo.

*Las investigaciones sobre la regulación de la síntesis de IgE en Enfermedad de Job aun resultan controvertidas. (6)

b. Reactivas: (no presentes todo el tiempo)

*Eosinofilia en sangre, esputo y tejidos

*Respuesta quimiotáctica variable: desde normal a disminuida

*Anticuerpos del isótopo IgE contra Staphylococcus aureus y Cándida albicans

2. Infecciosos:

*Infecciones recurrentes en la piel: impétigo y furunculosis, con una tendencia particular a desarrollar abscesos fríos en el cuero cabelludo, cara y cuello.

*Candidiasis recurrente o crónica de la piel, anexas (unás) y la mucosa oral

*Neumonías, empiemas y abscesos pulmonares por Staphylococcus aureus.

*Abscesos en tejidos profundos que se acompañan de poca toxicidad sistémica.

*Infecciones supurativas también en: ojos, oídos, senos paranasales, mucosa oral y articulaciones.

*Ocasionalmente queratoconjuntivitis herpética con

■ perforación corneal

*Reporte de meningitis Criptocócica y no bacterianas

*No es común encontrar infecciones bacterianas de los aparatos óseos digestivos y urinarios. (6-7)

3. Clínicos:

*Herencia: la mayoría de los casos son de ocurrencia esporádica; cuando se encuentra incidencia familiar, se evidencia un patrón de herencia autosómica dominante con penetrancia incompleta.

*Compromiso en ambos sexos por igual.

*Inicio temprano de la sintomatología: la mayoría de los pacientes presentan eczema e infecciones recurrentes desde el primer mes de vida; las infecciones severas de tejidos profundos son más frecuentes después de los 6 meses de vida.

*Generalmente no hay antecedentes personales de Rinitis alérgica, Asma o Dermatitis atópica severa.

*Alteraciones dentales: retardo en la exfoliación de la dentadura decidua y erupción de dentición permanente; presencia de dientes supernumerarios (premolares mandibulares).

*Con la edad, en casi todos los pacientes empieza hacerse aparente lo que se ha determinado "facies tosca": puente nasal amplio, nariz prominente y con aumento de la distancia entre las alas nasales, además de la proporción irregular de mejillas y mandíbula.

*Osteopenia: presente en la mayoría de los pacientes con hiperextensibilidad articular. (7)

C. Complicaciones:

*Desarrollo temprano de neumatoceles perennes

*Abscesos pulmonares y bronquiectasias

*Retardo del crecimiento por falta de tratamiento profiláctico y afectación por complicaciones crónicas

Trabajo de revisión y caso clínico

*Escoliosis, fracturas recurrentes y colapso de los cuerpos vertebrales; estas no están correlacionadas con el estado de actividad del paciente, ni acompañadas de anomalías detectables en el metabolismo del calcio o del fósforo. (8)

Diagnóstico Diferencial

1. Enfermedad Granulomatosa Crónica (EGC)

Las infecciones son predominantemente por *Staphylococcus aureus*. Los pacientes desarrollan neumonías, pero rara vez desarrollan neumatoceles persistentes. Pueden desarrollar infecciones óseas, gastrointestinales y urinarias. La prueba con nitro azul de tetrazolido suele ser positiva y contribuye enormemente para afianzar su diagnóstico.

2. Dermatitis Atópica Crónica (DAC): inicia su sintomatología alrededor de los 2-4 meses de vida. El eczema suele ser severo. Se acompaña de rinitis alérgica, alergia alimentos y/o historia de dermatitis atópica. Las infecciones por *Staphylococcus aureus* solo comprometen la piel superficial. No se acompaña de candidiasis mucocutánea. La determinación de anticuerpos del isótopo IgE contra *Staphylococcus aureus* no está muy aumentada.

3. Candidiasis Mucocutánea (CMC): Se asocia frecuentemente con endocrinopatías. No presenta infecciones severas de abscesos fríos y neuropatías supurativas. Se acompaña de complicaciones autoinmunes.

4. Deficiencia de Adhesión Leucocitaria tipo I (DAL-I): Antecedente de retardo en la caída del cordón umbilical. Las lesiones son usualmente necróticas formando ulceraciones y no presentan la característica de supuración purulenta. No se complican las neumonías por *Staphylococcus aureus* con neumatocele.

Se acompañan de infecciones intestinales y de las cavidades abdominales. Hay neutrofilia aun en los periodos libres de infección. La evaluación por citometría de flujo de la expresión de CD11 y CD18 en la región de los granulocitos es una prueba específica para el diagnóstico.

5. Los niveles séricos de IgE pueden estar elevados en Dermatitis atópica, Infecciones parasitarias por helmintos, Infecciones por HIV y Neoplasias hematológicas. También en Desnutrición crónica, Enfermedad de injerto contra huésped, Inmunodeficiencia severa combinada, Síndrome de Omenn, Nazelof, Di George y Wiskott-Aldrich. (9)

Tratamiento

1. Para la prevención de las infecciones severas, se recomienda: vacunación completa incluyendo las que contengan gérmenes vivos, evitar exposiciones innecesarias a microorganismos; no ser fumador activo o pasivo, control odontológico periódico e higiene rigurosa de la cavidad oral.

2. Uso terapéutico de antibióticos con buena sensibilidad contra *Staphylococcus aureus* (Dicloxacilina o Vancomicina).

3. Uso de vitamina C a dosis de 2-4g/di mejora la función de las células fagocitarias.

4. Las infecciones por *Candida sp* se manejan de acuerdo a la sensibilidad a los antimicrobianos y generalmente presenta una buena respuesta a dosis terapéuticas de Ketoconazol. En Candidiasis oral también ha sido eficiente el uso de Nistatina.

5. La comprobación de la deficiencia de la producción de anticuerpos específicos es una indicación para la administración de Inmunoglobulinas para prevenir las infecciones recurrentes y las secuelas graves.

6. En episodios de infecciones es necesario identificar el germen causante y su sensibilidad de acuerdo a un antibiograma.

7. En los neumatoceles de evolución mayor de un año o los que presente infección crónica, deben ser intervenidos quirúrgicamente.

8. La terapia con interferón gamma, cimetidina, levamisol o el trasplante de médula ósea han mostrado resultados

contradictorios y no se considera actualmente como una opción. (10)

Bibliografía

1. GeHA RS, Leung DY. Hyperimmunoglobulin E Syndrome. *Inmunodef Rev.* 1989; 1: 155-172
2. Buckley RH. IgE Disorders in Clinical Immunology: Principles and Practice. Stroses eds. Mosby St. Louis. 1996: 694-706.
3. Josephs SH, Buckley RH. Serum IgD concentrations in normal infants, children and adults and in patients with elevated serum IgE. *J Pediatr.* 1979; 96: 417-420.
4. Buckley RH Schiff SE. Reduces frequency of CD4 and T lymphocytes in blood of hyper IgE syndrome patients. *J Allergy Clin. Immunol.* 1991; 87: 313.
5. Borges WG, Hensley T, Carey JC. The face of Job. *J Pediatr.* 1998; 133: 303-305.
6. O'Connell AC, Puck JM, Grimbacher B. Delayed eruption of permanent teeth in hyperimmunoglobulinemia E recurrent infection syndrome. *Oral Surg. Oral Med Endod.* 2000; 89: 177-185.
7. Grimbacher B, Holland SM, Gallin JL. Hyper-IgE Syndrome with recurrent infections. An autosomal dominant multisystemic disorder. *N Engl J Med* 1999; 340: 692-702.
8. Rodríguez MF, Patino PJ, Montoya CJ. Interleukin 4 and interferon- gamma secretion by antigen and mitogen stimulated mononuclear cells in the hyper-IgE syndrome. *Ann Allergy Asthma Immunol* 1998; 81: 443- 447.
9. Garraud O, Mollis SN, Holland. Regulation of immunoglobulin production in the hyper- IgE (Job's) syndrome. *J Allergy Clin Immunol.* 1999; 103: 333-340.
10. Gennery AR, Flood TJ, Abinum M. Bone marrow transplantation does not correct hyper IgE syndrome. *Bone Marrow Transplantation.* 2000; 25: 1303-1305.

La simpatía es el mejor presente que se puede ofrecer a una persona a la que no se conoce.
Dr. Virgilio Banegas M. Ex presidente del Colegio Médico de Honduras



RESUMEN

Las infecciones vulvovaginales constituyen uno de los problemas más frecuentes en ginecología pediátrica. El presente trabajo tiene por objeto dar a conocer la experiencia en la revisión de cien casos de adolescentes tratados en el Centro de Salud Alonso Suazo, en el servicio de Ginecología, contando con el apoyo del departamento de microbiología de la zona metropolitana y del laboratorio del centro de salud.

Palabra clave vulvovaginitis, infecciones de transmisión sexual, ITS, abuso sexual.

Introducción las infecciones genitales constituyen uno de los problemas más frecuentes e importantes en la morbilidad ginecológica pediátrica. En una revisión de cinco años de 1995 al 2000 constituyeron el 20% del total de las consultas ginecológica, correspondiendo el 39% de ellas a la edad prepuberal y el resto a la edad pospuberal.

La clasificación puede ser por órgano o sistema comprometido o sintomatología. La más frecuentemente utilizada en pediatría es la de agentes etiológicos existiendo en este grupo aquellas denominadas inespecíficas provocadas por sobrecrecimiento de microorganismos de la flora endógena, cutánea, enterica o vaginal, en las que participan comúnmente otros factores de orden anatómico y fisiológico propios de la edad prepuberal y del medio ambiente que al romper el equilibrio de la flora vulvo vaginal hace más frecuente las vulvo vaginitis. Las VV inespecíficas correspondieron al 53.4 de las 1,200 consultas por las VV en el centro de Salud Alonso Suazo durante el periodo 1990 al 2005.

El otro gran grupo de VV es el que se refiere a infecciones específicas. Desde el punto de vista clínico son más agudas y sintomáticas,

Donde el crecimiento de un germen predominante asociado a indicadores clínicos de la infección señala el problema. En este grupo aparecen patógenos de tipo respiratorio, entéricos y las bacterias de transmisión sexual (ITS) o ITS potenciales.

La presente comunicación tiene por objeto dar a conocer un resumen de nuestra experiencia en algunas ITS.

Hace una década las ITS Conformaban el 15% de las VV de etiología específica y en una revisión de 63 casos los

agentes aislados fueron *Neisseria gonorrhoea* (36%), *Trichomona Vaginalis* (17%), lesiones herpéticas (12%), condilomatosas (31%) y luéticas en 8%.

Desde el año 1998, en conjunto con el Departamento de Microbiología de la Zona Metropolitana, hemos realizado a una serie de trabajos destinados a encontrar marcadores biológicos en niñas abusadas o con sospecha de abuso; esta experiencia ha sido clave en el entendimiento de otras ITS que hemos llamado “no tradicionales” encontramos aquí otros agentes de transmisión sexual ampliamente conocidos en la literatura en la mujer adulta y escasamente en la niñez, como son *Ureaplasma urealyticum*, *Micoplasma hominis*, *Chlamydia trachomatis* y lesiones condilomatosas por Herpes Virus Humano (HPV).

En el año de 1998, en un estudio prospectivo enfocado a conocer los hallazgos clínicos y del laboratorio en la VV de las niñas con desarrollo puberal, encontramos en una muestra de 102 niñas con una mediana de 12 años, que 40% consultó por descarga vaginal patológica y 33% por abuso sexual o fuerte sospechosa de este.

En este grupo se aisló *Micoplasma hominis* (26%), *Ureaplasma urealyticum* (52%), confirmándose abuso sexual en 79 y 52%, respectivamente; no se aisló *Neisseria gonorrhoea* ni *Trichomona vaginalis*. Un estudio paralelo en 125 niñas prepuberales, demostró *Ureaplasma urealyticum* en 13 (10.4%), de estas doce tenían antecedentes de abuso sexual. En las niñas puberales no hubo diferencia significativa en el hallazgo de este germen entre abusadas y no abusadas sexualmente, lo que es concordante con lo descrito en la literatura. Este estudio confirmó *Chlamydia trachomatis* en 3 de 100 niñas prepuberales con técnica de ampliación del DNA por PCR, confirmándose el abuso en 24.

Con la incorporación del estudio de *Micoplasma urogenitalis* y *Chlamydia trachomatis* la casuística del ITS aumentó de 25 al 50% entre los años 1996 y 2002, desgraciadamente debido a lo caro de estos estudios, se dejaron de practicar desde el año 2002.

Gonorraea

La gonorraea se sitúa entre las ITS más frecuentes, el agente es *Neisseria gonorrhoeae* (Ng), diplococo gram

negativo intracelular, afecta en forma primaria la superficie de la mucosa vaginal, endocervix y uretra, pudiéndose extenderse a la mucosa rectal, faríngea y conjuntival. La coexistencia de esta enfermedad con otras ITS como *Chlamydia trachomatis*, especialmente en adolescentes, es conocida ampliamente conocida. En EEUU las infecciones nuevas por Ng disminuyeron desde 1 millón antes de los años 70 a 335 oo casos en 1,998. En nuestra unidad en los últimos 5 años Ng ocupó el 8.8% de las consultas por ITSy en las dos casuísticas estudiadas los años 1996 y 2000, se aisló en 21.4 y 3.7%, respectivamente.

La mayoría de los casos se adquiere por coito anal o vaginal, con un riesgo de contagio del 20% a 50% en cada exposición no protegida. En la niña el aislamiento de Ng es considerado diagnóstico de certeza de abuso sexual por la Academia Americana de Pediatría (AAP). Las adolescentes de 15 a 19 años tienen un índice más alto de riesgo de contagio de gonorrea que cualquier hombre o mujer entre 20 a 44 años con vida sexual activa. El periodo de incubación es de 2 a 5 días en el hombre, 5 a 10 en las mujeres y puede haber infecciones subclínicas en ambos grupos. En las niñas prepuberables provoca vaginitis, apareciendo los síntomas precozmente luego de la exposición (2 a 5 días).

Lo más característico es la presencia de descarga mucopurulenta inodora, abundante en el interior y labio, que tienen a persistir y progresar si no se trata, acompañada de disuria y en adolescentes puede cursar con localización endocervical, provocar bartolinitis y procesos inflamatorios pelvianos.

En una revisión de 10 casos de agresión sexual realizados entre los años 1983-1986, el diagnóstico fue compatible con gonorrea solo en el 36% de los casos, la edad más frecuente fue la de los 4 años, consultando la mayoría entre los 5 a 7 días de la enfermedad; todas presentaron flujos purulentos y la mitad molestias disúricas, no se encontró lesión genital en ningún caso. El cultivo corriente fue positivo en 47% y la tinción de gram fue compatible con infección gonocócica en 63%. El agresor se encontró en la mitad de los casos y siempre fue un familiar cercano.

En la gonorrea la tinción de gram revela leucocitos

- polimorfonucleares (PMN) con diplococcus gram negativo intracelulares, siendo una prueba sensible y específicas.

El cultivo detecta el 80 a 90% de infecciones cervicales, rectales y faríngeas en la mujer adulta. La Ng debe diferenciarse de otras especies pertenecientes a la familia *Neisseriaceae* y de cepas de *Branhamella catarralis*, siendo aconsejable el uso de 2 o más técnicas para la confirmación del diagnóstico y la exclusión de las otras especies mencionadas ya sea con estudios bioquímicos, de sustrato enzimático y sexológicos ⁶ estos estudios han ido aumentando su especificidad y sensibilidad. Así la reacción de polimerasa en cadena (PCR), la de la ligasa en cadena (LCR), amplificación mediada por transcripción (AMT) presenta sensibilidad comparable al cultivo.

El tratamiento se realiza con dosis únicas de Cefixina (400mg VO), Ceftriaxona (125mg im), Ciprofloxacino (500 mg VO) u Ofloxacina (400 mgr vo), requiriéndose tratamiento complementario en infección concomitante con *Chlamydia trachomatis* con Azitromicina (1 g vo dosis) o Doxiciclina (100mg cada 12 horas vo, por 7 días); como tratamiento alternativo puede usarse Ofloxacina (300 mg cada 12 horas por 7 días), Eritromicina base (500 mg cada 6 horas vo por 7 días) o Eritromicina etilsuccinato (800 mgr cada 6 horas vo por 7 días).

Trichomoniasis

En esta VV el agente causal es la *Trichomona vaginalis*, protozoo flagelado móvil unicelular. Afecta a 180 millones de mujeres en el mundo y produce vaginitis, cervicitis en la mujer y uretritis en ambos sexos. Ocupa el 4to lugar en las ITS en nuestro centro y entre 6.6 a 13% del total de éstas, con predominio en la post menarquia (62%). En 23 niñas prepuberales con VV agudas, ocupó el 3er lugar, con una mediana de 4 años entre agosto de 2000 y julio de 2001.

Se puede transmitir de madre a hijo por el pasaje del canal del parto. Rara vez produce uretritis o vaginitis y puede ocasionar piuria aséptica, la que generalmente se resuelve en forma espontánea al desaparecer el epitelio estrogenizado. Es raro en preúberes y su presencia en la vagina a esta edad constituye diagnóstico altamente sospechoso de abuso sexual.

El periodo de incubación es de 4 a 20 días y la vaginitis se manifiesta por la aparición de una secreción blanquecina grisácea mal oliente, acompañada muchas veces de disuria y prurito; en 10% es espumosa, pero también puede causar asintomática predomina en adolescentes y en aquellos con actividad sexual puede ocasionar hemorragia post coital y dispareunia. El puntado hemorrágico y papilas edematosas a la colposcopia se describe en 2% de los casos, con una sensibilidad del 45% y especificidad del 99%.

El diagnóstico del laboratorio se realiza con preparación húmeda con suero fisiológico 9% tibio, revela la presencia de estos protozoos móviles y flagelados con presencia de PMN (86 a 89% de sensibilidad en pacientes con síntomas característicos y 64% en asintomáticos). Existe varios medios de cultivo (Diamond, Feinberg-Whittington) de sensibilidad comparable (91-96%) pero no están a nuestro alcance, apareciendo la mayor positividad entre las primeras 46 a 98 horas.

También es útil la técnica de inmunofluorescencia directa (IFD) con sensibilidad del 86% y especificidad 99% y la tinción de papanicolaou con menor sensibilidad y especificidad.

El tratamiento se hace con Metronidazol (2grs vo, 1 dosis) con 86 a 95% de eficacia. Se debe tratar a la pareja. En caso de persistencia sin reinfección se utiliza Metronidazol (500 mgr cada 12 horas vo, por 7 días) y en trichomoniasis refractaria 2 grs vo día por 3 a 5 días.

En recién nacidos se aconseja tratamiento en caso de infección virulenta que persiste por más de 3 semanas, piuria persistente, moniliasis concomitante resistente a tratamiento, con Metrodinazol (50 mmgr vo 5 días). En niñas se utiliza Metrodinazol (10 a 30 mgr/día) junto con investigar el origen de la infección.

Chlamydia trachomatis

Se ha reconocido como el patógeno de transmisión sexual más frecuente. Es una bacteria de pequeño tamaño, intracelular, invade células eucariotas y necesita de cultivos celulares para su aislamiento. El género *Chlamydia* comprende 4 especies siendo *Chlamydia trachomatis* (Ch.t) el agente del tracoma que causa frecuentes infecciones genitales de transmisión sexual, conjuntivitis neonatal y neumonía en el lactante¹². Su

incidencia ha aumentado en los últimos 20 años, sobre todo en adolescentes con vida sexual activa, siendo 5 a 15% asintomáticas y 40 a 50% sintomáticas. En USA habría 4 millones de casos nuevos al año. En un estudio realizado en 200 mujeres de edad fértil (18 a 48 años), que acudieron a control a un servicio de planificación familiar el 24% fueron positivas; en 46 pacientes hospitalizadas por enfermedad inflamatoria pélvica, diagnosticada por laparoscopia, se aisló en el 28.3%. Diversos estudios mencionan cultivo positivo a Ch.t. en niñas abusadas sexualmente en rango del 8 al 17%. En el estudio realizado en nuestra unidad en 100 pacientes se aisló Ch.t. en 3, confirmándose en 2 abuso sexual.

La presencia de Ch.t. en la vagina prepuberal, casi siempre tiene el antecedente de abuso sexual. En recién nacidos y lactantes se debe considerar la transmisión perinatal, pudiendo persistir en el recto y vagina hasta 383 y 372 días respectivamente y en cultivos orofaríngeos y conjuntivales hasta los 860 días. Es poco probable, sin embargo la presencia de Ch.t. vaginal después de los 24 meses.

Los síntomas no son característicos. Ch.t. invade el epitelio columnar del canal endocervical de la mujer y en la niña prepuberal el epitelio atrófico de la vagina, provocando una verdadera vaginitis. Los 3 casos mencionados previamente cursaron con esta condición, una de ellas con genitorragia.

Existen varios métodos de laboratorio para confirmar Ch.t., como cultivo en células de Mc Coy (especificidad del 100% y sensibilidad del 85%) e IFD, que detecta antígenos de Ch.t. en membrana externa, técnica rápida y de más bajo costo. Nosotros usamos la técnica de amplificación del DNA por reacción de PCR, describiéndose también el uso del LCR y AMT. En adolescentes el cultivo de Células de Mc Coy y la identificación con anticuerpos fluorescentes se ha mencionado como método ideal.

El tratamiento se realiza con azitromicina (1 gr vo, dosis única) o Dixiciclina (100 mgr vo, cada 12 horas por 7 días). Alternativamente, se puede utilizar Ofloxacina (mgr cada 12 horas vo, por 7 días) Eritromicina base (500 mgr cada 6 horas vo, 7 días) o Estilsuccinato de Eritromicina (800 mgr cada 6 horas vo, por 7 días).

Condiloma genital

Es considerada la ITS más común y es reconocida como agente causal de verrugas que constituye a algunos tipos de cáncer del tracto genital. El agente causal es el papiloma virus humano (HPV), existiendo más de 100 variantes, los de alto riesgo son los HPV 16, 18, 31 y 45, que afectan al adulto; en cambio los tipos 6 y 11 son los más frecuentes en la población pediátrica. En nuestro centro ocupó el 1er lugar de las consultas en los últimos 5 años y el 28% del total de las ITS. Es considerado por la AAP como diagnóstico sospechoso de abuso sexual.

La transmisión es Perinatal en la mayoría de los casos con infección subclínica del recién nacido, con rangos del 4 al 72% de hijos de madres con lesión condilomatosa diagnosticada durante el embarazo con técnicas de PCR, y entre 0.6 y 20% de las sin HPV detectable en este período. La transmisión en niños y adultos se produce por contacto sexual que involucra fricción, microtraumatismo y por fomites. El periodo de incubación es de 1 a 3 meses después del contacto.

La manifestación clínica más común en niños infectados por HPV son las verrugas o condilomas acuminados, el tipo 6 y 11 afecta zonas húmedas y parcialmente queratinizadas provocando la aparición de verrugas rosadas y húmedas en el introito, simulando una lesión tumoral o prolapso uretral y lesiones exofíticas habitualmente localizadas en labios, horquilla posterior, zona Perinatal y perineal; se les ha relacionado con abuso sexual. Los tipos 16, 18, 31, 33 y 35 originan condilomas planos y se han relacionado, especialmente el 16, con displasia y cáncer cervical.

El diagnóstico definitivo se obtiene se obtiene con biopsia y el diagnóstico de certeza con técnica de PCR. En lo posible tipificamos la verruga y si esta es positiva para HPV tomamos otra muestra a nivel endocervical para tipificación por eventual riesgo de displasia a ese nivel.

El objetivo del tratamiento es la ablación de la verruga para disminuir la carga viral y el riesgo de transmisión, no se erradica el HPV ni tampoco el riesgo de displasia. La crioterapia con nitrógeno líquido 2 a 4 aplicaciones, resina de podofilino al 10-25% en tintura de benzocaina, de aplicación semanal, retirando 1 a 4 horas después; también la podofilotoxina al 0.5% en solución o gel, aplicada 3 días consecutivos seguidos de 4 días de

descanso, repitiendo semanalmente hasta 4 ciclos; o ácido bicloro o tricloro acético al 80-90%, repetido semanalmente. Debe evitarse el contacto con tejido sano. Imiquimod 5%, una vez al día, removiendo 6-10 horas después 3 veces a la semana durante 16 semanas. Otra técnica concurrente, electrocirugía por láser, también son utilizadas.

Se describe que la mayor parte de las lesiones parece curar espontáneamente en 6 a 12 meses y en un lapso de 3 meses en el 20 a 30%.

Herpes Virus

El virus herpes simples 1 ó 2 (VHS₁ O VHS₂) en los últimos 5 años ocupó el 6to lugar en las ITS en nuestro Centro y el 1.9% del total de VV. Se debe investigar otras ITS y es considerada por la Academia Americana de Pediatría como sospechoso de abuso sexual.

Clínicamente se clasifica en primoinfección por VHS₁ o VHS₂ (Síntomas en 20-40% de los casos), Herpes inicial no primario (la mayoría por VHS₂, pacientes cero positivos para VHS₁, Con síntomas muy poco frecuentes), Herpes recurrentes (segundo brote u otros sucesivos debidos al mismo tipo viral, la mayoría clínica leve, 90% VHS₂) e infección subclínica (la mayoría incluye infecciones asintomáticas o sintomáticas no detectadas por el paciente).

El periodo de incubación es de entre 2 a 10 días y hasta 3 semanas. Clínicamente lo más típico son lesiones múltiples vulgares o perianales, la mayoría de las veces bilaterales o en línea media, son lesiones cutáneas que evolucionan desde la pápula a vesícula, pústula, úlcera y costra. Las lesiones mucosas se ulceran antes.

El Diagnóstico etiológico es por aislamiento viral en cultivo, por PCR para el ADN viral o IFD (este no discrimina VHS₁ o VHS₂). En nuestra unidad la utilización de la preparación de Tzank y la tinción de Papanicolau (inclusiones intranucleares y celulares gigantes multinucleares).

El tratamiento es quimioterapia antiviral, según la forma clínica: a) Herpes genital primario con valaciclovir (1 gr vo, 2 dosis, 7-10 días) o aciclovir (400 mgr vo, cada 8 horas 7-10 días). En pacientes con requerimiento de hospitalización, aciclovir (5-10 mg/kg en cada 8 horas 5-7 días) hasta mejoría, luego valaciclovir, famciclovir o

aciclovir 7-14 días; b) Herpes recidivantes: lo más precozmente posible para acelerar curaciones de brotes repetidos. El tratamiento de ataque con valaciclovir (500 mg vo 2 dosis -5 días), famciclovir (125 mg vo 2 dosis -5 días) o aciclovir (400 mg vo 2 dosis -5 días), tratamiento superior con vaciclovir (500 mg o 1gr vo diario) y en paciente con más de 10 brotes sintomáticos/año famciclovir (250 mg vo cada 12 horas), aciclovir 400 mg vo cada 12 horas). Tratamiento de apoyo, mantener lesiones limpias y secas con lavado 2-3 veces al día, uso de ropa de algodón no apretada.

Mycoplasmas urogenitales

Comprende *Mycoplasma Hominis* y *Ureaplasma Urealyticum*. Los Niños se pueden colonizar por *Mycoplasma hominis* durante el paso a través del canal del parto. Es más frecuente en los varones que en las niñas (8.9%) y disminuye progresivamente con la edad. Las tasas de colonización aumentan en el adulto a medida que aumentan sus parejas sexuales y más rápidamente en la mujer que en el hombre. Son parte de la flora normal vaginal en la mujer sexualmente activa (21 a 75%), asociado a mayor prevalencia de abortos, infertilidad y parto prematuro. El *Mycoplasma urogenital* no ha sido mencionado por la Academia Americana de Pediatría dentro de las ITS en una guía para la evaluación del abuso sexual en niños.

En un trabajo realizado en la unidad que incluyó 125 niñas prepuberales, *Ureaplasma urealyticum* (Uu), resultó estadísticamente significativo como marcador de abuso sexual en la niña prepuberal; en el grupo con desarrollo puberal no hubo diferencias significativas entre niñas abusadas y no abusadas sexualmente. *Mycoplasma hominis* se aisló en 2 pacientes, ambas con antecedentes de abuso sexual. Por otra parte, en 23 ITS (agosto 2000-julio 2001, con una mediana de 7 años en que el 40% eran < de 5 años, en 9 niñas se pesquisó Uu (39%) y en 7 *Mycoplasma Hominis* (30%), resultando las 2 ITS más frecuentes.

El tratamiento del *Ureaplasma urealyticum* es con Eritromicina (50 mg/Kg/día cada 6 horas por 10-14 días) o Claritromicina (15 mg/kg/día cada 12 horas por 10-14 días). El del *Mycoplasma hominis*, Clindamicina (20 mg/kg/día cada 12 horas por 7 días).

Existe controversia entre distintos autores sobre la validez de pruebas gráficas para diferenciar entre niñas abusadas

y no abusadas sexualmente. La identificación de una ITS en un niño la mayoría de las veces resulta ser marcado de abuso sexual o actividad sexual voluntaria o estupro en adolescentes, sin embargo, la ausencia de ITS no descarta esta condición. Hace algunos años la identificación de lesión genital en niños con ITS no superaba el 25%, actualmente la encontramos en la mitad porque hemos ido aprendiendo el examen genital en un contexto de abuso, siendo el abordaje multidisciplinario la condición clave donde participan secretaria, asistentes social, psicólogos, médicos y el poder judicial (abogados). En nuestro centro contamos con la institución de prevención de violencia intrafamiliar (PREVIF), que ha sido fundamental en el manejo de las pacientes que consultan o no por esta condición. Igualmente ha sido el apoyo microbiológico otorgado y la disponibilidad de colposcopio para examen vulvar. Estamos concientes de la necesidad de seguir investigando por el beneficio de nuestros pacientes.

Para finalizar debemos recalcar que en este estudio no encontramos casos de Sífilis, a pesar de haberse echo las pruebas luéticas a todas las pacientes. Sin embargo debemos tenerla siempre presente pues es una gran simuladora.

RESUMEN

The vulvovagynalis Infections are ane of the most common Diseares of Pediatric Ginecology. This paper is the experiency of one hundred adolescents treated in Cesamo Alonso Suazo of the metropolitan AREA. During the period of 1995 to 2000

**El amor es un gran seductor de la tranquilidad del espíritu
Dr. Hector Lainez, Medico y Escritor hndureño**

El origen de los premios Nóbel de Medicina o fisiología

*Dra. Patricia Villaseñor Historia de la Medicina

A través de los siglos los diferentes pueblos han premiado a sus ciudadanos más distinguidos en diversas actividades. Los antiguos griegos premiaban a sus atletas que ganaban en las olimpiadas, lo mismo que a sus poetas y artistas excelsos. Los romanos coronaban con olivos a sus guerreros mientras que los mayas y aztecas premiaban también a su manera a sus atletas en el “juego de pelota” y a sus guerreros vencedores.

En los antiguos pueblos islámicos y persas se armaban verdaderas batallas intelectuales en las que competían y eran premiados sus más conspicuos poetas y escritores. Lo mismo podemos decir de los antiguos pueblos chinos e hindúes.

En la actualidad se estima que existen en el mundo más de 35,000 premios destinados a favorecer individuos o asociaciones por sus aportaciones en diferentes campos, muchos de ellos son más antiguos que el premio Nobel y su monto económico puede ser mucho más alto pero sin duda alguna *el premio Nobel* es el mejor conocido y mucho codiciado de todos el premio nace por deseo expreso de Alfred Nobel, plasmado en su testamento de 1895, quien nombró como ejecutores del mismo a jóvenes ingenieros, Ragnar Sohlman y Rudolf Lilljequist, quienes organizaron la Fundación Nobel, como la institución encargada de manejar los aspectos económicos del legado así como para coordinar la labor de las diversas sociedades encargadas de realizar la selección de los premiados. Alfred Nobel nació en Estocolmo, Suecia, el 21 de octubre de 1833.

Su padre Immanuel Nobel fue un famoso ingeniero e inventor dedicado a la construcción de puentes, edificios y caminos no solo en Suecia que en diversas partes del mundo quien también por de su profesión con diversas técnicas explosivas. Durante su juventud temprana, la familia se a Petersburgo; posteriormente estudió en Suecia, Alemania, Francia y los Estados Unidos. Hacia los 17 años de edad, gracias a su educación privilegiada, dominaba ya varios idiomas incluyendo el sueco, ruso, francés, inglés y sus intereses principales en esa época se centraban en la literatura y poesía inglesa, así como en la química y la física.



Sin embargo, su padre quien deseaba que su hijo se involucrara en el manejo de sus empresas, pronto lo envió a diferentes centros de enseñanza en el campo de la ingeniería química. Es probable que esta educación multinacional le diera a Nobel su carácter internacionalista.

En París, trabajó en el laboratorio privado del Profesor T J, Pelouze, un químico afamado en su época. Allí conoció al joven químico italiano Ascanio Sobrero, quien, tres años antes, había inventado la nitroglicerina, un líquido altamente explosivo, que fue considerado demasiado peligroso para tener aplicación práctica pues su poder explosivo excedía al de la pólvora, el líquido podría explotar de una manera impredecible al variar las condiciones de presión temperatura. Nobel se mostró muy interesado en el desarrollo de la nitroglicerina y su posible aplicación en las tareas relacionadas a la construcción. Sin embargo, en 1884 durante uno de los experimentos ocurrió una explosión causó la muerte de uno de sus hermanos y otros trabajadores, por lo que las autoridades suecas prohibieron los experimentos en la ciudad de Estocolmo.

Historia de la Medicina

Por lo anterior estableció sus estudios en una población cercana al Lago Mälaren; allí finalmente pudo demostrar que la mezcla de nitroglicerina con sílice producía una pasta que podía ser moldeada y utilizada como un explosivo manejable con seguridad al requerir de un agente detonante. En 1867 patentó su descubrimiento con el nombre de dinamita. Pronto, estableció fábricas del nuevo producto primero en Alemania, y posteriormente en más de 90 lugares diferentes en más de 20 países.

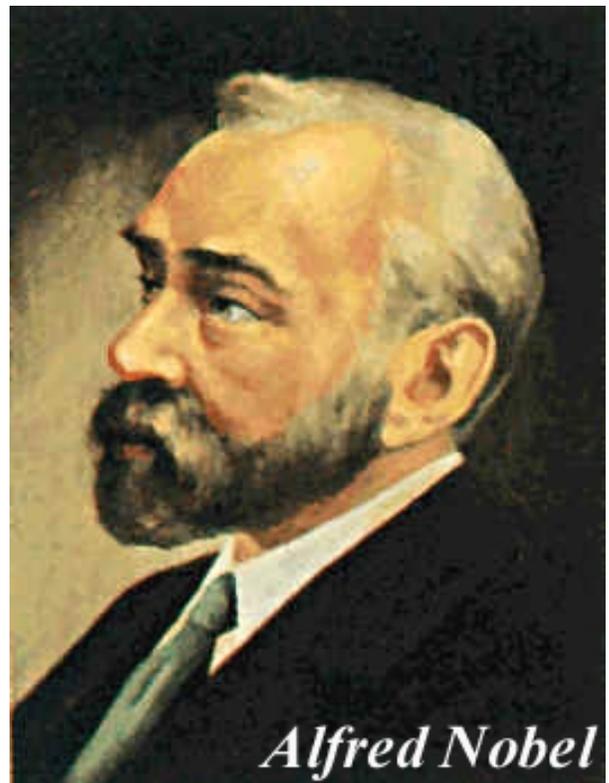
Su capacidad de inventiva quedó plasmada además de lo anterior, en el registro de 335 sobre diversos procesos industriales que incluyen la fabricación de sustancias químicas, el petróleo, las comunicaciones, etcétera. A su habilidad como inventor y su sagacidad para los negocios; muchas de las compañías fundadas por Alfred Nobel tienen una presencia importante en la economía mundial en el momento actual. Alfred Nobel falleció el 10 de diciembre de 1896 en San Remo, Italia. Cuando se leyó su testamento se conoció que su fortuna debía ser destinada a establecer premios en Física, Química, Fisiología, o Medicina, Literatura y Paz. Este memorable documento, en su parte medular expresa lo siguiente:

“El total de mi fortuna restante deberá ser manejado en la forma siguiente: el capital invertido en valores seguros por mis ejecutantes, deberá conformar un fondo, cuyos intereses deberán ser distribuidos en forma de premios a quienes, el año precedente, hayan conferido el mayor beneficio a la humanidad. Estos intereses deberán ser divididos en cinco partes iguales y ser otorgados en la forma siguiente: una parte a la persona que haya hecho el descubrimiento o invención más importante en el campo de la física; una parte a la persona que haya hecho el descubrimiento más importante en química; una parte a la persona que haya realizado el descubrimiento más importante en el campo de la fisiología o medicina; una parte a la persona que haya producido el más importante trabajo en el campo de la literatura; y una parte a la persona que haya realizado la mejor o más importante labor en beneficio de la fraternidad entre las naciones, por la abolición o reducción de los armamentos y por la promoción y mantenimiento de la

paz. Los premios de Física y Química deberán ser otorgados por la Academia Sueca de Ciencias, el de Fisiología o medicina por el Instituto Karolinska de Estocolmo, el de Literatura por la Academia de Estocolmo y el de la Paz por un comité de cinco personas a ser elegidas por el Parlamento Noruego. Es mi deseo expreso que la concesión de los premios se hará sin considerar la nacionalidad de los candidatos, de manera que el poseedor del mayor mérito lo reciba”.

El 29 de junio de 1900 el rey Oskar II de Suecia promulgó los Estatutos de la Fundación Nobel la cual otorgó los primeros Premios Nobel en 1901.

Los estatutos se han modificado frecuentemente. La última vez en 1994, y la fundación se ha acrecentado en su patrimonio gracias a los donativos de numerosas instituciones e individuos; en 1968 el Banco de Suecia donó una importante suma de dinero y, con estos fondos, se instituyó posteriormente el premio Nobel de Economía. Los premios de Nobel son asignados





mediante un proceso relativamente complejo en donde intervienen diferentes comités, todos ellos de los países escandinavos para la nominación, selección y presentación de los candidatos ante la Academia Sueca de Ciencias, en donde, mediante voto de sus miembros, se hace la selección final; no pueden compartirse por más de tres personas, no se otorgan de manera post mortem y constan de un medalla con la esfinge de Alfred Nobel, un diploma y generosa cantidad de dinero que actualmente sobrepasa los 100,000 dolares.

Durante toda su existencia el premio Nobel ha sufrido numerosos avatares, se ha suspendido su entrega en tiempos de guerra, otros han sido rechazados y el criterio de los comités ha sido cuestionado pues es, a decir de Gabriel García Márquez, *"imprevisible, contradictorio, inmune incluso a los presagios y sus decisiones son secretas, solidarias e inapelables"*.

El destino de los premios también ha sido acremente criticado tanto por las premiaciones que se han otorgado, como por las que no se concedido, e incluso por los premios que no existen, v.gr. matemáticas, filosofía o música (Alfred Nobel nunca asistió a una sala de conciertos). En el campo de la medicina, se ha juzgado que los criterios de selección poseen cierta estrechez de miras al soslayar a la investigación clínica y epidemiológica y privilegiar a la investigación "de laboratorio".

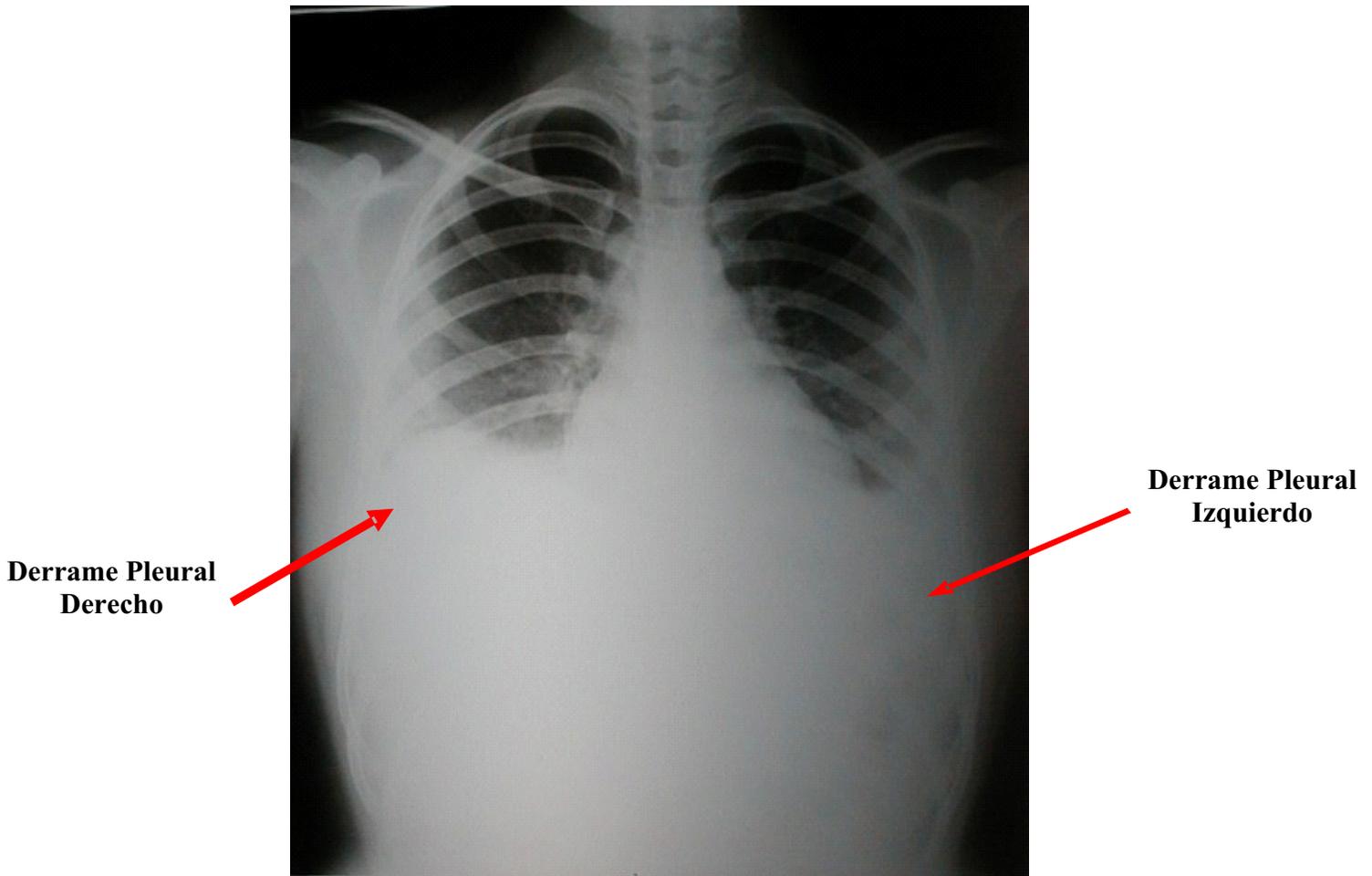
Pese a lo anterior, a más de 100 años del otorgamiento de los premios Nobel, estos reconocimientos han sido indisolublemente ligados a la historia de la ciencia moderna las artes y la política durante el devenir del siglo *XX*.

El 10 de diciembre de 1901 se concedió el primer Nobel de fisiología o medicina a Emil von Behring (1854-1917) bacteriólogo alemán, discípulo de Koch, por sus trabajos de seroterapia especialmente contra la difteria y a mas de 100 años después, la revista medica hondureña inicia en este año 2004, la publicación de un resumen de *los mismos* con los nombres de los que merecen ser conocidos por todos los médicos hondureños ya que en su momento merecieron y continúan mereciendo el reconocimiento universal por sus aportes a la ciencia medica y a la humanidad doliente.



Derrame Pleural Bilateral en Paciente Pediátrico con Dengue Hemorrágico (Síndrome de Shock por Dengue)

Dr. José Samra**, Dr. Jorge Melendez*



Paciente masculino, 10 años de edad, con número de expediente # 1763454, procedente de Comayagua e ingresado en la unidad de Dengue en el mes de Septiembre del 2003. Su condición clínica fue bastante y se diagnosticó como Síndrome de Shock por Dengue. Podemos observar en la fotografía, el derrame pleural bilateral (derecho e izquierdo), que formaba parte de la

poliserositis que el paciente presentaba. Este derrame desapareció 96 horas después, sin necesidad de ser evacuado. El paciente presentaba además colecistitis acalculosa y ascitis. Su evolución fue satisfactoria y sin complicaciones. Solamente 1 de cada 100 pacientes con Dengue Hemorrágico hacen derrame pleural bilateral.

CÓDIGO DE ÉTICA DEL COLEGIO MEDICO DE HONDURAS

INTRODUCCIÓN

Que la Ley Orgánica del Colegio Médico de Honduras en el Capítulo I, Artículo 3, inciso c), le confiere al mismo "una función ética, cual es, la de mantener incólume la integridad de la moral profesional y el prestigio del gremio que la sustenta"; y en el artículo 6 establece los siguientes fines:

- A) Enaltecer el ejercicio de la profesión en todos sus aspectos manteniendo el decoro, la disciplina y la fraternidad del gremio médico.
- B) Velar por la honestidad, eficiencia técnica y el mantenimiento de la ética en el ejercicio de la profesión médica.
- C) Aplicar y propender reformas a las normas de ética profesional; y
- D) Gestionar ante los organismos competentes la prohibición del registro, venta y propaganda de productos cuya venta no esté autorizada en su país de origen así como el registro, propaganda y venta de productos cuya eficacia terapéutica no esté sustentada en pruebas científicas".

Que los principios éticos son parte de la conducta moral, de la cultura y del respeto a los valores universales en el ejercicio de la profesión médica y dentro de la sociedad.

Que es imperativa la existencia del Código de Ética del Colegio Médico de Honduras fundamentados en principios que promuevan la conducta moral en el ejercicio de la profesión médica y en la sociedad.

Que el comportamiento ético de los profesionales de la medicina en sus diversas funciones debe respetar y apegarse al conjunto de valores y principios morales ratificados en el presente Código.

La Asamblea del Colegio Médico de Honduras como órgano supremo aprueba en todas y cada una de sus partes el presente Código de Ética del Colegio Médico de Honduras.

CAPITULO I DECLARACIÓN DE PRINCIPIOS

ARTICULO 1. El Código de Ética del Colegio Médico de Honduras, es el conjunto de principios éticos y morales que dentro de su función gremial orienta a todos los médicos que como tales, ejercen su profesión y que están en el deber ineludible de ajustar su conducta u lo referido en el presente Código: Respeto a la dignidad humana, a la vida y a los derechos humanos.

CAPITULO II DISPOSICIONES GENERALES

ARTICULO 2. El presente Código de Ética del Colegio Médico de Honduras debe ser respetado por todos los médicos que ejerzan temporal o permanentemente la profesión en el territorio nacional, en conformidad con sus leyes y reglamentos.

ARTICULO 3. El médico en la actividad propia de su profesión debe velar por los derechos y deberes de quien requiere sus servicios, manteniendo siempre como cualidad, con el prójimo y consigo mismo el honor y la dignidad.

CAPITULO III RELACIONES DE LOS MÉDICOS CON LA SOCIEDAD

ARTICULO 4. El médico tiene el deber primario de servir a la humanidad, con lealtad a su país y con el pueblo, a través de la atención personal, familiar y/o comunitaria de quienes necesiten de sus servicios. En consecuencia no hará discriminación por religión, raza, edad, género, nacionalidad u origen, clase social, afiliación política, condición económica, estado de salud, situación legal o de otra naturaleza.

ARTICULO 5. Constituirá preocupación preferente del médico prestar su colaboración al progreso de la ciencia, a través de una metodología científica y sus acciones deberán ser destinadas a elevar el nivel de la salud del país, con respeto a la vida y la dignidad humana.

ARTICULO 6. Bajo ningún pretexto o circunstancia podrá el profesional médico asociarse o vincularse ni siquiera

transitoriamente, con quienes ejerzan ilegalmente la práctica médica.

CAPITULO IV RELACIONES ENTRE COLEGAS

ARTICULO 7. Es deber del médico que las relaciones con sus colegas sean basadas en el respeto, tolerancia y consideración a las funciones de su ejercicio profesional, sea cual fuere la relación jerárquica o el nivel de especialización que exista entre ellos.

ARTICULO 8. El médico tiene el deber de solidarizarse con sus colegas en circunstancias adversas.

ARTICULO 9. El médico que fuera convocado para emitir opinión o reemplazar a otro médico en la atención de un paciente, deberá abstenerse de atenderlo si constatare o tuviere conocimiento de que el médico tratante no ha sido convenientemente advertido del hecho por parte del paciente.

CAPITULO VI INVESTIGACIÓN EN SALUD

ARTICULO 10. Las investigaciones en el campo de la salud, deben estar apegadas a los convenios, convenciones, tratados, códigos y declaraciones de ética tanto nacionales como internacionales, que sirven de marco de referencia para delinear los principios éticos de toda investigación en seres humanos.

ARTICULO 11. Todo estudio de investigación debe basarse en los principios de beneficencia, justicia y respeto por la persona, como guía de respuesta a los problemas éticos que surjan durante su realización en el individuo y en la comunidad.

ARTICULO 12. Todo estudio de investigación en salud debe cumplir con los siguientes requisitos: a. Cumplir con los principios científicos y metodológicos aceptados.

A. Contar con un protocolo de investigación que debe ser aprobado por un Comité de Ética local debidamente reconocido.

B. La investigación en seres humanos debe ser realizada sólo por personas capacitadas científica y técnicamente en el área a investigar y bajo la supervisión de un profesional competente.

C. Los beneficios de la investigación para los individuos

Participantes deben sobrepasar los riesgos involucrados
D. Debe garantizar el respeto a la conciencia e integridad del ser humano, tanto como sujeto de la investigación o como ejecutor de la misma.

E. Los resultados deben darse a conocer con exactitud y apego a los hallazgos del proyecto.

F. Obtener consentimiento del individuo que participará en la investigación, o de su representante legal en caso de no poder tomar la decisión por sí mismo por ser menor de edad o tener alteraciones de la conciencia.

ARTICULO 13. Al publicar los trabajos científicos el investigador debe apegarse a los principios éticos de autoría, publicando a su nombre exclusivamente aquellos trabajos en los que ha participado activamente en el diseño y desarrollo de los mismos, incluyendo como coautores a los otros profesionales que hayan participado directamente bajo su orientación. La publicación de datos de otros estudios ha de hacerse conservando los derechos de su autor a través de la referencia de la fuente.

CAPITULO VI SECRETO MEDICO

ARTICULO 14. Se entiende por secreto médico al acto de salvaguardar la información que por razón del ejercicio profesional, llegue al conocimiento del médico en la relación médico paciente y su contexto, ya sea porque le fue confiada, o porque la observó o la intuyó. Esta información no debe ser compartida salvo previo consentimiento del paciente, por daño al mismo o a terceros.

ARTICULO 15. El médico podrá revelar información de pacientes que estén bajo su responsabilidad, cuando estos no tengan la capacidad de evaluar su problema y solucionarlo por sus propios medios, o que el silencio pueda causar daño al paciente, a terceros o a la sociedad.

ARTICULO 16. El médico tiene el deber de exigir a su equipo de trabajo absoluta discreción y observación escrupulosa del secreto médico.

ARTICULO 17. El médico está obligado a mantener el secreto médico aún ante la eventualidad de demanda por cobro judicial o extrajudicial de sus honorarios.

ARTICULO 18. Cuando se emplean sistemas de informática médica, estos no deben comprometer el derecho del paciente a la intimidad, sin su consentimiento.

CAPITULO VII ÉTICA EN LAS INSTITUCIONES ASISTENCIALES

ARTICULO 19. El médico está en libertad de elegir la prestación de sus servicios profesionales en instituciones públicas o privadas, siempre y cuando no se violen los principios éticos y legales.

ARTICULO 20. En el ejercicio de su profesión el médico cumplirá sus deberes y velará por la observancia de sus derechos institucionales, los de los pacientes o de otros a los que involucre su quehacer profesional.- La institución deberá proveer los recursos apropiados para el buen desempeño de sus funciones.

ARTICULO 21. El médico que desempeña un cargo directivo o de confianza en cualquier institución, está obligado a actuar conforme a la ética profesional y velar por el cumplimiento de lo establecido en las leyes; así mismo evitará obtener ventajas profesionales por la autoridad que emana de su rango.

ARTICULO 22. El médico que labora en una institución de salud pública o benéfica, no debe valerse de dicha condición, ni utilizar los recursos y procedimientos de la misma para captar o atender pacientes en su práctica privada

ARTICULO 23. Todo médico deberá fortalecer el prestigio científico-técnico, ético y social de la institución donde trabaja.

ARTICULO 24. El médico propietario, copropietario o administrador de una empresa, o socio de una sociedad o entidad que se dediquen a la prestación de cualquier servicio de salud o vinculada de alguna forma con el sector salud, como compañías aseguradoras, de mantenimiento y otras, no deberá aprovecharse directa o indirectamente para obtener beneficios indebidos.

ARTICULO 25. Al integrar un comité de ética y bioética institucional, el médico deberá actuar, en el conocimiento de los asuntos que se sometan a su estudio y consideración, basándose en los principios y normas éticas.

CAPITULO VIII RELACIÓN MÉDICO PACIENTE

ARTICULO 26. La relación médico paciente se entenderá como la comunicación fluida, sincera y honesta en función de satisfacer una necesidad, tanto del que pretende curar un mal ajeno como del que busca el servicio para su dolencia, en el entendido que dicha comunicación se extenderá al entorno del paciente y sus familiares con el único objetivo de que puedan estos últimos coadyuvar en el restablecimiento de su salud.

ARTICULO 27. La relación médico paciente, se basa en un mutuo respeto de la dignidad de las personas que la establecen, cuyo valor moral es invaluable y que se acrecienta con la conducta de servicio del médico a quien se ha consultado para la satisfacción de una necesidad.- Ninguno puede obligar al otro a violentar sus propias convicciones.

ARTICULO 28. La relación médico paciente, se establece en un clima de confianza con un trato personal amable, alto grado de calidad técnica y calidez humana en la atención médica, que optimicen la eficacia de la misma.

ARTICULO 29. El médico respetará las ideas, creencias convicciones del enfermo o de sus allegados, sin que ellas sean causa de discriminación, ni que influyan negativamente en la calidad de la atención médica.

ARTICULO 30. Los pacientes tienen derecho a participar en las decisiones de su terapia, para lo cual el médico le propondrá las diferentes opciones terapéuticas, a fin de

brindarle el mayor bien posible.

ARTICULO 31. El médico deberá prestar al paciente los cuidados que le dicte BU conocimiento y conciencia profesional, comunicándole con palabras comprensibles y en forma ponderada sobre su estado de salud, los diferentes métodos, técnicas diagnósticas y opciones terapéuticas, así como los riesgos y beneficios de éstos, a fin de que él pueda ejercer su derecho de elegir, dar su consentimiento o rehusar el manejo propuesto. En los casos en que el paciente no esté en capacidad de comprender y/o decidir, habrá de comunicarlo a los familiares o a las personas legalmente responsables.

ARTICULO 32. Cuando el paciente no estuviese en condiciones de dar su consentimiento a la actuación médica y resultare imposible obtenerlo de su familia o personas legalmente responsables, el al paciente, estimulando en el mismo, a través de un acompañamiento cálido, el compromiso de adoptar una conducta saludable.

ARTICULO 34. El médico debe ejercer la profesión con amplia autonomía, salvo en los casos que expresa la normativa vigente.

ARTICULO 35. El médico deberá respetar la privacidad personal, la intimidad y el pudor del paciente.

ARTICULO 36. El trabajo en equipo de salud, no exime de responsabilidad profesional individual a cada uno de los miembros del equipo en cuanto a sus acciones personales. A su vez no excluye el derecho del paciente de conocer quien es la persona que asume la responsabilidad de su atención.

ARTICULO 37. El médico no abandonará a su paciente por ser portador de una enfermedad incurable y/o contagiosa, sino más bien le atenderá aplicando las normas básicas de bioseguridad para evitar el contagio que pueda poner en riesgo su salud, la de su familia o la de otros pacientes.

ARTICULO 38. El médico emitirá sus dictámenes con objetividad, imparcialidad y veracidad observando las normas ético-morales.

CAPITULO IX HONORARIOS PROFESIONALES.

ARTICULO 39. El Médico tiene derecho a recibir remuneración por su trabajo, la cual constituye su medio normal de subsistencia. Es entendido que el trabajo o servicio del médico solo lo beneficiará a él y a quien lo reciba y nunca a terceras personas que pretendan explotarlo comercial o políticamente.

ARTICULO 40. El ejercicio profesional de la medicina será remunerado de acuerdo a las circunstancias de cada caso, tales como la importancia y calidad del servicio prestado, naturaleza de la enfermedad, situación económica y social del paciente y el tiempo dedicado a su atención.

ARTICULO 41. El médico fijará sus honorarios de conformidad a su competencia profesional en relación con la importancia y circunstancias de cada uno de los actos que le corresponde cumplir, previo acuerdo con el paciente, sus responsables o su representante legal.

ARTICULO 42. Los honorarios por servicio y asistencia médica se fijarán por libre contratación o de común acuerdo entre el médico, el paciente o institución responsable del pago de los mismos.

ARTICULO 43. El médico tiene el compromiso de ofrecer sus servicios profesionales en forma gratuita al colega activo o jubilado y sus dependientes económicos (cónyuge, hijos y padres).-Queda a criterio del médico la decisión de cobro en aquellos casos amparados por un seguro médico.

ARTICULO 44. Constituye violación a la ética profesional la percepción de porcentajes y/o comisiones derivadas de la referencia de pacientes entre colegas, prescripción de medicamentos, indicaciones de exámenes de laboratorio aparatos ortopédicos, lentes, prótesis o similares. Así mismo constituye falta, la retribución económica a intermediarios de cualquier clase entre médicos y pacientes.

ARTICULO 45. Cuando en la asistencia del enfermo han participado varios médicos, los honorarios deben presentarse

separadamente. También generan honorarios profesionales la presencia del médico tratante en una intervención quirúrgica, por solicitud del cirujano, del paciente o sus allegados, reportes médicos, etc.

ARTICULO 46. En caso de urgencia la asistencia médica no se condiciona al pago anticipado de honorarios profesionales.

ARTICULO 47. El médico que labore en una entidad pública no aprovechará su vinculación con dicha institución para inducir al paciente a que utilice sus servicios en el ejercicio privado de su profesión, ni podrá percibir honorarios relacionados con este caso en particular.

ARTICULO 48. En el caso de honorarios profesionales por consultoría, peritajes sobre problemas de salud pública y elaboración de dictámenes a solicitud de entidades gubernamentales y no gubernamentales, deberán regirse por los principios éticos que señale este código.

CAPITULO X ÉTICA EN LA ACTIVIDAD ACADÉMICA

ARTICULO 49. El médico dedicado a la actividad académica, enseñará las normas éticas de manera teórica y práctica en su quehacer diario, transmitiendo conocimientos a través del ejercicio de la profesión, con miras a preservar la salud de las personas y de la comunidad, haciendo énfasis en que el amor y el respeto al ser humano son la base de la buena práctica médica.

ARTICULO 50. El médico enseñará y practicará con el ejemplo, el principio de hacer bien a los demás, respetando el legado de Hipócrates: "Primero no hagan daño" (Primum non nocere).

ARTICULO 51. El médico enseñará y practicará el respeto a la Constitución de la República, El Código de Salud, Código de Ética, Leyes y Reglamentos del Colegio Médico de Honduras y de la institución donde labora,

ARTICULO 52. Cuando el médico se dedique a la enseñanza

de la medicina, se someterá a las normas morales sobre la materia, así como a los dictados de la ciencia y a los principios pedagógicos basados en la ética profesional.

ARTICULO 53. El médico docente respetará el principio de autonomía de cada alumno y guardará para ellos, la consideración, aprecio y respeto que se merecen, dándoles un trato justo, humanizado y digno, sin menoscabo del cumplimiento de sus deberes.

ARTICULO 54. El médico docente bajo ninguna circunstancia se aprovechará de los alumnos en contra de los principios morales, éticos y científicos.

ARTICULO 55. El médico docente no debe tener predilección o discriminación para con sus alumnos, sabiendo que todos tienen los mismos derechos, independientemente de sus capacidades, condición social, política, económica o religiosa, raza y género.

ARTICULO 56. El médico docente deberá enseñar a sus estudiantes el respeto por el paciente en todos los ámbitos de la atención médica. Asimismo deberá mostrar consideración en el proceso de la muerte y del silencio de los que aún muertos sirven para el aprendizaje.

ARTICULO 57. El médico docente transmitirá sus conocimientos libre de egoísmo profesional, con pleno dominio de la materia que imparte, manteniéndose actualizado en los aspectos éticos, científicos y tecnológicos sobre los nuevos adelantos que surgen en su campo para preparar al estudiante a un ejercicio digno de la medicina.

ARTICULO 58. Todo médico, aunque no devengue salario como docente, tiene el deber moral de transmitir y enriquecer al personal de salud y estudiantes sus conocimientos, habilidades y experiencias.

Elaborado por el Comité de Etica del Colegio Medico de Honduras

Dr. Carlos Godoy Mejia

Dra. Eda Gonzalez

Dra. Carolina Fortin

Dr. Juan Almendares

Dr. Jorge Fernandez

Dr. Ivan Espinoza

Dr. Oscar Suazo

Dr. Dennis Padgett

Dra. Ligia Berlioz

Dra. Rosa Edith Alvarenga

lic. Lilian Ferrera

Abog. Francisco Gomez Bueso

Normas para el fomento y protección de la lactancia materna

**Secretaria de Estado en el Despacho de Salud
Tegucigalpa, M. D. C., 8 de Noviembre de 2005
ACUERDO No. 4780**

Secretaria de Estado en el Despacho de Salud

CONSIDERANDO: Que en el Título III de las Declaraciones Derechos y Garantías, capítulo IV de los Derechos del Niño, artículo 119 de la Constitución de la República, establece "El Estado tiene el derecho de proteger a la infancia. Los niños gozarán de la protección prevista en los acuerdos internacionales que velan por sus derechos. Las leyes de protección a la infancia son de orden público."

CONSIDERANDO: Y que en el ante mencionado título en el capítulo VII de la salud, artículo 145 de la Constitución de la

República, se reconoce el derecho a la protección de la salud. Es deber de todos participar en la promoción y preservación de la salud personal y de la comunidad. De igual forma en su artículo 146 establece: "Corresponde al Estado por medio de sus dependencias y de los organismos constituidos de conformidad con la Ley, la regulación, la supervisión y control de productos alimenticios".

CONSIDERANDO: Que en las políticas de gobierno para el sector salud 2002-2006 dentro de las prioridades establece reducir la mortalidad en niños pequeños y menores de cinco años, además se enfatiza dentro de la regulación y protección de la salud regular la producción y comercialización de bienes y servicios vinculados a la salud, al igual dentro de los programas y proyectos prioritarios se contempla Salud Materno Infantil, que con lleva la reducción de la mortalidad infantil y en menores de cinco años.

CONSIDERANDO: Que en la Política Nacional de Salud Materno Infantil reconoce que las infecciones respiratorias agudas y la diarrea aguda con deshidratación son las principales causas de mortalidad de la niñez, y que en los lineamientos de política en el numeral 1 se establece mejorar las prácticas familiares y comunitarias del auto cuidado y atención a la niñez, especialmente del recién nacido, promoviendo la adopción de prácticas saludables incluyendo la participación masculina en el cuidado de la niñez y la generación de condiciones sociales, económicas y culturales para estimular la lactancia materna exclusiva en los primeros seis meses de vida, y que en la Política Nacional de Nutrición se señala adicionalmente la alimentación complementaria hasta los dos años.

CONSIDERANDO: Que las prácticas de alimentación inapropiada del lactante y del niño pequeño y sus

6) Establecimiento de salud: Es toda institución pública o privada, grupal o individual, que brinde directa o indirectamente servicios de salud al público en general, incluyendo los centros de cuidado infantil.

7) Etiqueta: Es todo sello, marca, rótulo u otra indicación gráfica descriptiva, escrita, impresa, marcada, grabada en alto o bajo relieve, fijada en un envase o colocada dentro de un envase de un producto designado.

9) Fórmula infantil: Es toda leche o producto lácteo de origen animal o vegetal fabricado industrialmente de conformidad a las normas del Codex Alimentarius, destinado a satisfacer las necesidades nutricionales de los lactantes desde su nacimiento hasta los primeros seis meses de vida.

10) Fórmula de seguimiento: Es toda leche o producto lácteo de origen animal o vegetal fabricado industrialmente de conformidad a las normas del Codex Alimentarius, presentado como adecuado para la alimentación de lactantes mayores de seis meses.

11) Introducción de alimentación complementarios: Es la adición de otros alimentos líquidos o sólidos, en el período alrededor de los seis meses de vida, cuando las necesidades nutricionales del lactante no se satisfacen sólo con leche materna. Se debe realizar de forma gradual e higiénica.

12) Lactante: Es todo niño hasta la edad de 12 meses cumplidos.

13) Lactancia materna exclusiva: Es la alimentación de un lactante exclusivamente, con leche materna, sin el agregado de agua, jugos, té, u otros líquidos o alimentos.

14) Marca: Cualquier signo visible apto para distinguir los productos designados o los servicios de una empresa.

15) Muestra: Es la unidad o pequeña cantidad de un producto que se facilita gratuitamente.

16) Niño pequeño: Es todo niño de 12 meses cumplidos hasta

los 2 años de edad.

17) Patrocinio: Cualquier tipo de apoyo financiero, logístico o material a servicios o establecimientos y personal de salud, proporcionado por empresas que comercializan productos designados.

18) Personal de salud: Cualquier persona que proporciona servicios de salud en un establecimiento de salud público o privado, sea remunerada o no, incluyendo aquellas personas que se encuentran en proceso de formación académica y los profesionales de salud que actúan de forma independiente sin estar vinculados a un establecimiento de salud.

19) Producto designado: Es cualquier:

a) fórmula infantil,

b) fórmula de seguimiento

c) alimento complementario, o

d) todo otro producto comercializado o de alguna manera presentado como apropiado para alimentar a lactantes, y c) los biberones, mamaderas, chupetes y adaptadores de pezón

20) Productor o distribuidor: Es toda persona natural o jurídica que directa o indirectamente produce o comercializa cualquiera de los productos designados; incluye a sus empleados y a personas naturales o jurídicas contratadas o subcontratadas por él, cuando éstas cumplen actividades cubiertas por las disposiciones de la presente Norma.

21) Promoción: Es cualquier actividad para publicitar un producto designado o para hacer sentir la necesidad de un producto designado o para estimular, directa o indirectamente, a una persona a comprar o utilizar un producto designado.

22) Publicidad: Es cualquier actividad de presentación, por cualquier medio, con el fin de promover la venta o el uso de un producto designado, incluyendo pero no limitado a:

a) La publicidad escrita, por televisión, radio, película, transmisión electrónica, video o teléfono;

b) La exposición de avisos, vallas, carteleras, afiches o

consecuencias son grandes obstáculos al desarrollo socio económico y a la reducción de la pobreza y que por el contrario las prácticas de alimentación apropiadas del lactante y del niño pequeño, basadas en pruebas científicas, son indispensables para alcanzar y mantener una nutrición y una salud adecuada.

CONSIDERANDO: Que el método más racional y económico para lograr la alimentación apropiada del lactante y niño y pequeño y para lograr el fin y los objetivos de la Estrategia Mundial de Alimentación del Lactante y Niño Pequeño es la lactancia materna.

CONSIDERANDO: Que es deber del Estado adoptar, ejecutar y promover el método más racional y económico para lograr la alimentación apropiada del lactante y del niño pequeño.

POR TANTO: En uso de las facultades conferidas en los artículos 29 párrafo tercero, 36 numerales 1), 2), 8), 18), 116, 118 numerales 1), 119 numeral 3), 112 del Decreto Legislativo Número 146-86 contentivo de la Ley General de la Administración Pública; 6, 16, 23, 24, 25, 67 numeral 1).- literales a), c), e), numerales 2), 9) del Decreto Ejecutivo Número PCM-008-97 contentivo del Reglamento de Organización, Funcionamiento y Competencias del Poder Ejecutivo, 2, *3 del Decreto Legislativo Número 65-91 contentivo del Código de Salud y artículos 119, 123, capítulo IV, 145, 146, 149 y 150 del capítulo VII, del Título III Decreto 131 del 11 de Enero de 1982 contentivo de la Constitución de la República y demás aplicables del Marco Jurídico regulatorio de nuestro País.

ACUERDA APROBAR LA SIGUIENTE: NORMA PARA EL FOMENTO Y PROTECCIÓN DE LA LACTANCIA MATERNA OBJETO Y ÁMBITO DE APLICACIÓN

Artículo 1. El propósito de esta norma es establecer las medidas necesarias para proteger y promover la lactancia materna para todos los lactantes y las prácticas óptimas de alimentación de lactantes y niños menores de dos años.

Artículo 2. La presente norma es de aplicación obligatoria en todo el País y constituye un instrumento para la protección, promoción y apoyo de la lactancia materna exclusiva de niños menores de 6 meses y la alimentación óptima de los menores de dos años.

Artículo 3. Compete la vigilancia y aplicación de la presente norma a la Secretaría de Estado en el Despacho de Salud, a través de la Dirección General de Regulación Sanitaria, en coordinación con otras dependencias de esta Secretaría.

DEFINICIONES

Artículo 4. Para la aplicación de esta norma, los términos usados en la misma tendrán el siguiente significado:

- 1) Alimento complementario: Es todo producto alimenticio elaborado o procesado, industrializado y comercializado para complementar la alimentación del lactante mayor de seis meses.
- 2) Comercialización: Son las actividades de promoción, distribución, venta, publicidad y servicios de información relativas a un producto.
- 3) Donación: Es el suministro gratuito puro y simple de un producto designado.
- 4) Envase: Cualquier recipiente que contiene alimentos para su entrega como producto único, incluyendo los embalajes y envolturas.

notificaciones; o

c) La exposición de imágenes o modelos.

DE LA PROMOCIÓN DE LA LACTANCIA MATERNA

Artículo 5. Información y consejería. Toda mujer y su pareja tiene derecho a obtener del personal de salud la información y consejería de las ventajas y beneficios que brinda la lactancia materna exclusiva y prácticas óptimas de alimentación, para así tomar una decisión informada y responsable que conlleve a la mejor alimentación de los lactantes y niños menores de dos años.

Artículo 6. Apoyo. Las madres tienen el derecho a ser apoyadas durante el periodo del embarazo y la lactancia materna exclusiva, por sus familias, la sociedad y el Estado.

Artículo 7. Alimentación infantil. El lactante y niño pequeño tienen derecho a recibir la mejor forma de alimentación. Durante los primeros años de vida la lactancia materna es la base para lograr un sano crecimiento y desarrollo; representando además un elemento crucial para su supervivencia. La práctica de la lactancia materna debe ser exclusiva en los primeros seis meses de vida y es recomendable continuarla hasta los dos años, acompañada de la adecuada introducción de alimentos complementarios.

OBLIGACIONES DE LOS ESTABLECIMIENTOS Y PERSONAL DE SALUD

Artículo 8. Política de lactancia materna. Todos los establecimientos de salud públicos y privados en los que se prestan servicios prenatales, de atención de partos y atención infantil integral estarán obligados a aplicar la

política oficial, la presente norma y las disposiciones que emita la Secretaría de Salud en relación a la lactancia materna y alimentación complementaria.

Artículo 9. Capacitación del personal de salud. Todo el personal que labora en los establecimientos de salud públicos y privados donde se prestan servicios prenatales, atención de nacimientos y atención infantil integral, deben disponer de personal capacitado en el manejo de la lactancia materna principalmente en las normas y políticas que contempla la Iniciativa Hospital Amigos de los Niños llamada "LOS DIEZ PASOS HACIA UNA LACTANCIA FELIZ". Esta capacitación debe ser efectuada por los establecimientos de salud y organizaciones no gubernamentales reconocidas por la Secretaría de Salud.

Artículo 10. Formación del Consejo Consultivo de Lactancia Materna y grupos comunitarios de apoyo. La Secretaría de Salud promoverá la formación del Consejo Consultivo de Lactancia Materna y a través de las Regiones Departamentales de Salud, la formación de personal para consolidar los grupos comunitarios de apoyo a la lactancia materna, el seguimiento y evaluación de los ya establecidos. Será una responsabilidad de los establecimientos de salud públicos y privados apoyar estos grupos para que mediante un sistema de referencia y contrarreferencia, las madres y sus familias puedan recibir servicios de consejería y entrenamiento en prácticas de lactancia materna por personal capacitado.

Artículo 11. La demostración de la preparación y uso de fórmula infantil o de fórmula de seguimiento deberá ser efectuada únicamente por el personal de salud debidamente capacitado y estará dirigida exclusiva e individualmente a las madres o a miembros de su familia que lo necesitan, en consonancia a lo estipulado en La Iniciativa Hospital Amigo de

Los Niños. Dicho procedimiento debe ser claro y preciso en cuanto a los riesgos que puede acarrear la preparación o la utilización incorrecta de los productos designados.

DE LA EDUCACIÓN Y LA LACTANCIA MATERNA

Artículo 12. Incorporar la temática de lactancia materna en la educación formal. La Secretaría de Salud gestionará ante La Secretaría de Educación que se incorporen contenidos sobre lactancia materna en los programas de estudio de primaria y secundaria y ante el Consejo de Educación superior que se incorpore en la curricula de las carreras universitarias orientadas a la salud. Asimismo esta Secretaría de Salud incorporará los aspectos teóricos y clínicos de la lactancia materna exclusiva y la alimentación complementaria en los programas de sus centros y escuelas formadores de recursos humanos.

DEL MATERIAL INFORMATIVO Y EDUCATIVO

Artículo 13. Los materiales informativos y educativos, impresos, auditivos o visuales sobre alimentación infantil destinados a las embarazadas, madres lactantes o sus familias, debe cumplir las siguientes condiciones:

- 1) La información debe ser correcta y actualizada. No debe contener imágenes que promuevan el uso del biberón o cualquier otro producto designado.
- 2) Debe estar escritos en idioma español, usar letras de tamaño legible a simple vista e incluir todos los contenidos como texto principal, sin notas al pie.
- 3) No debe contener el nombre, marca y logotipo de un producto designado, ni del productor o distribuidor.
- 4) No debe mencionar nombres de profesionales o instituciones, aun si han colaborado en la edición de materiales.
- 5) Debe explicar clara y visiblemente cada uno de los

siguientes puntos:

- a) Las ventajas y la superioridad de la lactancia materna.
- b) Cómo iniciar el amamantamiento, mantenimiento y nutrición de la madre durante el periodo de la lactancia materna.
- c) La importancia de la lactancia materna exclusiva durante los primeros seis meses de vida.
- d) La importancia de continuar el amamantamiento hasta los dos años o más acompañada de otros alimentos oportunos y variados.
- e) La importancia de la inclusión de alimentos complementarios alrededor del sexto mes y pautas para la misma.
- f) La preparación de alimentos complementarios en el hogar utilizando ingredientes locales y accesibles.
- g) Que la introducción precoz de alimentos puede ser riesgosa, al igual que el uso de biberón, chupetes y adaptadores de pezón, ya que puede afectar negativamente la lactancia materna.
- h) La dificultad que representa volver a amamantar una vez que la lactancia materna ha sido suspendida.

Artículo 14. Material informativo y educativo sobre fórmula infantil, fórmula de seguimiento y utensilios para su administración. El material informativo y educativo regulado en el artículo anterior, cuando trate de la alimentación del lactante con fórmula infantil, fórmulas de seguimiento o el uso de utensilios para administración de estos, debe, además de cumplir con las disposiciones del artículo 13, incluir lo siguiente:

- 1) Que el producto se debe utilizar solamente bajo prescripción médica y en condiciones excepcionales cuando no sea posible alimentar al lactante con leche materna.
- 2) Las instrucciones necesarias para la preparación y uso correcto de los productos.

3) Las instrucciones para la limpieza y esterilización de los utensilios.

4) Una recomendación del uso de taza en vez del biberón.

5) Instrucciones para alimentar a los lactantes con taza.

6) Los riesgos que representa para la salud del lactante la alimentación inadecuada con biberón y la preparación incorrecta del producto.

7) Una aclaración que el uso de estos productos o utensilios puede disminuir la producción de leche materna.

8) El costo aproximado mensual de alimentar al lactante con el producto designado en las cantidades recomendadas

9) No debe usar, bajo ninguna circunstancia, texto, imágenes y sonidos de lactantes, mujeres embarazadas, madres lactando o personal de salud que puedan idealizar el uso de productos designados o causar la impresión de que la alimentación con productos es equivalente o superior a la lactancia materna.

Las disposiciones anteriormente enunciadas debe considerarse tanto en sus formas: escrita, oral y auditiva, según corresponda.

Artículo 15. Información al personal de salud. La información que los productores faciliten al personal de salud para lanzamientos de nuevos productos, reformulación de productos anteriormente presentados y cualquier información sobre productos ya existentes, debe limitarse a datos técnicos y objetivos sobre el producto designado. La información también debe estar sujeta a lo prescrito en los artículos 13 y 14.

DE LA REGULACIÓN DE PRODUCTOS DESIGNADOS OBLIGACIONES Y PROHIBICIONES A LOS PRODUCTORES Y DISTRIBUIDORES, ESTABLECIMIENTOS Y PERSONAL DE SALUD

Artículo 16. Comercialización de productos no registrados o vencidos. Se prohíbe la comercialización de productos

designados que no se encuentren registrados o que se encuentren vencidos, así como la venta de productos designados en envases diferentes a su original.

Artículo 17. Competencia de la Secretaría de Salud

La Secretaría de Salud tendrá la facultad de emitir normas y disposiciones para prácticas comerciales nuevas que no existan al momento de entrar en vigencia esta norma y que se refieran a la comercialización de productos designados. Esta competencia incluirá la posibilidad de declarar un producto nuevo como producto designado para los fines de la presente norma.

Artículo 18. Publicidad y promoción

1) Los productos designados no debe ser objeto de ninguna forma de publicidad fuera de los términos de los artículos 13 y 14 de la presente norma.

2) Se prohíbe las prácticas promocionales de productos designados en los puntos de venta, tales como: ventas especiales, rebajas, descuentos, ventas vinculadas, sorteos, concursos, obsequios, premios y otros.

3) Promoción en los establecimientos de salud. Queda prohibida cualquier forma de promoción comercial en los establecimientos de salud públicos y privados de productos designados, inclusive la exposición de afiches, vallas, calendarios, libretas, etiquetas u otros objetos que llevan el nombre o logotipo de un productor o distribuidor o la marca de un producto designado.

Artículo 19. Distribución de muestras. Los productores y distribuidores de productos designados no podrán facilitar, directa o indirectamente, a madres lactantes, embarazadas o a sus familias, al público en general y a los establecimientos de salud públicos y privados, muestras de productos designados,

ni artículos o utensilios que fomenten su utilización.

Artículo 20. Responsabilidades de los productores y distribuidores.

1) Es deber de los productores y distribuidores conocer y cumplir el contenido de la presente norma.

2) Los productores y distribuidores no podrán tener contacto a título profesional, con embarazadas, madres lactantes y sus familias en los establecimientos de salud públicos o privados.

Asimismo no debe entregar a embarazadas, madres lactantes y sus familias, material informativo o educativo relativo a la alimentación de lactantes, ni asumir funciones educativas sobre la lactancia materna y la alimentación de lactantes y niños pequeños. Estas funciones educativas serán desempeñadas por el personal de salud únicamente.

3) Los productores y distribuidores no pueden incluir en el volumen de ventas de productos designados para el cálculo de la remuneración de su personal, ni fijar cuotas para la venta de productos designados o dar bonificaciones a su personal por dicha venta.

4) Los productores y distribuidores, actuando directa o indirectamente, no pueden ofrecer al personal de salud ni a los establecimientos de salud públicos y privados:

- a) Incentivos financieros o materiales.
- b) Remuneración al personal que presta servicios de salud.
- c) Muestras de productos designados.
- d) Donación de productos designados.
- e) Obsequios, regalos o artículos que aludan a cualquier producto designado o puedan promover el uso de los mismos.

Artículo 21. Responsabilidades del personal y establecimientos de salud. Se prohíbe al personal de salud y a los establecimientos de salud públicos y privados aceptar obsequios, contribuciones o beneficios consignados en el

artículo 20 de esta norma, provenientes de un productor o distribuidor o de cualquier otra persona actuando en su nombre.

Artículo 22. Donación de productos designados. Se prohíbe al personal de salud y a los establecimientos de salud públicos y privados aceptar la donación de productos designados. Para casos excepcionales que pudieran justificar una donación de un producto designado, por ejemplo para alimentar a los lactantes y niños pequeños hijos de madres VIH+, o aquellos que por otras razones médicas específicas, o por ser víctimas de catástrofes naturales deben recibir un producto designado, compete a la Secretaría de Salud regular y vigilar la alimentación adecuada para el crecimiento y desarrollo óptimo de este grupo de población.

Artículo 23. Donación de equipos y materiales por productores y/o distribuidores. Los productores y distribuidores sólo podrán hacer donación de equipo y materiales informativos a solicitud de la institución interesada mediante autorización escrita de la Secretaría de Salud. Todo equipo, material informativo o educativo donado, debe cumplir con los requisitos de la presente norma. No podrá llevar el nombre ni logotipo de la empresa donante, ni referirse a ningún producto designado.

Artículo 24. Otorgamiento de beneficios. Los productores y distribuidores no podrán ofrecer apoyo financiero o material al personal de salud a título individual. Se permitirá, sin embargo, brindar asistencia financiera o material a instituciones y asociaciones profesionales de salud legalmente establecidas para patrocinio de eventos educativos, becas para estudio, conferencias profesionales o subvención para la investigación y otras actividades académicas relacionadas. En los eventos patrocinados no se permitirá la promoción de productos designados.

1) Las instituciones y asociaciones beneficiarías de una asistencia financiera o material proveniente de un productor y/o distribuidor debe asegurar que la empresa donante no haga promoción de productos designados en los eventos. Se autorizará no obstante la distribución de material informativo técnico y objetivo de carácter científico, previa evaluación de la Dirección General de Regulación Sanitaria.

2) Las instituciones y asociaciones beneficiarías designarán al personal favorecido con becas de estudio, subvención para una conferencia profesional, la investigación u otras actividades académicas relacionadas, observando las siguientes condiciones:

- a) Solicitar la autorización de la Secretaría de Salud.
- b) Declarar a la Secretaría de Salud el monto presupuestado para financiar becas de estudio, conferencias profesionales, subvención para la investigación y otras actividades académicas relacionadas a favor de cualquier institución o asociación.

DEL ETIQUETADO

Artículo 25. La etiqueta o el envase de todo producto designado, para ser vendido en Honduras, debe contener la siguiente información e instrucciones precisas sobre: -i- a)

- Preparación correcta y el uso apropiado del producto;
- b) Edad del lactante en meses a partir de la cual se recomienda el uso del producto;
- c) AVISO sobre los riesgos que representa para la salud del lactante la preparación incorrecta;
- d) En el caso de leches de seguimiento y alimentos complementarios. AVISO que el producto no; debe ser usado para lactantes menores de seis meses;
- e) Advertencia que cualquier sobrante debe ser desechado, ya

- que su uso posterior pone en riesgo la salud del lactante;
- f) Ingredientes, especificando el origen de cualquier leche o producto lácteo;
- g) Composición y el contenido nutricional del producto;
- h) Condiciones para el almacenamiento del producto antes y después de abrir el envase;
- i) Fecha de fabricación y vencimiento del producto, teniendo en cuenta las condiciones climatológicas y almacenamiento en las zonas de consumo;
- i) Identificación del Lote;
- K) Nombre y dirección del productor y/o distribuidor en el país;

1) No se podrá promover ni vender un producto designado si el envase o la etiqueta del mismo lleva una fotografía, diseño u otra representación gráfica que no sea para ilustrar las instrucciones de preparación del producto.

2) Se prohíbe el uso de frases como "leche humanizada", "leche maternizada", "equivalente a leche materna" o cualquier otra similar.

3) No se podrá ofrecer para venta productos designados a menos que el envase o la etiqueta contenga los siguientes detalles:

a) Las palabras "AVISO IMPORTANTE" en letras mayúsculas y debajo de ellas la leyenda siguiente: "La lactancia materna es la mejor opción para el niño. La leche materna es el alimento ideal para el sano crecimiento y desarrollo de los lactantes y niños pequeños, protegiéndolos contra la diarrea y otras enfermedades".

b) La leyenda siguiente: "Advertencia: Antes de usar este producto para complementar o para sustituir la leche materna, obtenga el consejo de un profesional de la salud. Es fundamental para la salud de su bebé que usted siga las instrucciones para la preparación del producto. Si usa biberón su bebé quizás no quiera seguir amamantando. Es más

higiénico alimentar al bebé con una taza".

c) En los utensilios utilizados para administración de fórmula infantil la siguiente inscripción: "Advertencia: Es importante para la salud de su bebé que usted siga cuidadosamente las instrucciones para limpieza y esterilización. Si usa biberón su bebé quizás no quiera seguir siendo amamantado".

4) Las leyendas enunciadas en este artículo debe figurar en un lugar destacado de la etiqueta, en letras de un tamaño no menor de cuatro (4) milímetros de altura.

Artículo 26. Etiquetado de otros productos.

1) Las etiquetas de leches descremadas, leches condensadas y leches enteras, ya sean en polvo o líquidas, debe contener la leyenda siguiente: "Este producto no debe ser usado en la alimentación del lactante menor de seis meses."

2) Ningún productor o distribuidor podrá ofrecer para venta complementos lácteos para embarazadas o madres en período de lactancia a menos que el envase o la etiqueta contenga la siguiente leyenda: "AVISO IMPORTANTE": Este producto no es indispensable para el crecimiento y desarrollo de su bebé durante el embarazo y la lactancia. Puede utilizarse como un complemento alimenticio." Que debe figurar en un lugar destacado de la etiqueta, en letras de no menos de 4 milímetros de altura.

SANCIONES Y DISPOSICIONES FINALES

SANCIONES

Artículo 27. De las sanciones en general. Las omisiones, incumplimiento e infracciones a la presente norma será sancionadas por la Secretaría de Estado en el Despacho de Salud mediante acto administrativo motivado, y aplicación de:

a) Decreto Legislativo 65-91 contentivo del Código de Salud, en su libro IV Título II y III, artículos: 226, 227, 228,

229, 230, 232, 233, 234, 235;b) Acuerdo Ejecutivo No.006 del 21 de Septiembre de 2005 contentivo del Reglamento para el Control Sanitario de Productos, Servicios y Establecimientos de Salud, en sus artículos: 2 literal b), 3 párrafo primero, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 13, 15, 69, 72, 93, 94, 105, 106, 108, 113, 115, 116, 122, 123, 134, 135, 138, 143, 169, 170, 171, 172, 173, 174, 175, 177, 179, 198, 199, 201, 202, 203, 204, 205, 206, 207, 208, 209, 210, 211, 212, 213, 214, 215, 216, 217, 218, 219, 220, 221, 222, 223, 224, 225, 226, 228, 229, 230, 231, 232, 233, 234, 235, 236, 237, 238, 239, 240, 242, 243 y demás aplicables del marco jurídico que regula el ámbito de acción y competencia de la Secretaría de Salud.

Las infracciones a la presente norma serán sancionadas sin perjuicio de la responsabilidad civil y/o penal que pueda corresponder al infractor.

Artículo 28. Sanciones a productores y distribuidores. Las sanciones serán progresivas, teniendo en cuenta la frecuencia y gravedad de las infracciones a la presente norma y disposiciones derivadas de ella. .

a) Por la primera infracción, se le notificará por escrito, multa y/o suspensión del registro sanitario del producto o productos con los que se ha infringido la presente norma.

b) Suspensión o cancelación del registro sanitario del producto o productos con los que se ha infringido la presente norma.

Artículo 29. Decomiso de productos designados. Sin perjuicio de la sanción que en cada caso se imponga, la Secretaría de Salud, a través de la Dirección General de Regulación, podrá decomisar los productos designados que considere inadecuados para el consumo o uso, pudiendo proceder a la destrucción o incineración de los mismos, auxiliándose de la fuerza pública en los casos que fuere necesario.

Artículo 30. Sanciones del personal de salud. El

incumplimiento total o parcial de las normas contenidas en la presente ley por parte del personal de salud dará lugar a las sanciones establecidas en la Ley del Servicio Civil, Reglamento de la Ley de Servicio Civil, Estatutos profesionales del Personal de Salud, según corresponda.

DISPOSICIONES FINALES

Artículo 31. Todo lo no previsto expresamente en esta norma se ajustará a lo dispuesto en la constitución de la República, Código de Salud, Ley General de la Administración Pública, Ley de Procedimiento Administrativo y Reglamento para el Control Sanitario de Productos, Servicios y Establecimientos de Salud y Derecho común.

Artículo 32. Los productores y distribuidores de productos designados tendrán un plazo de 90 días a partir de la fecha de entrada en vigencia de la presente norma para ajustar las etiquetas, los materiales informativos y educativos y las prácticas de comercialización que dispone la presente norma.

Artículo 33. La presente norma entrará en vigencia treinta días después de su publicación en el Diario Oficial La Gaceta.

COMUNIQUESE:



MERLIN FERNÁNDEZ RÁPALO
EL SECRETARIO DE ESTADO EN EL DESPACHO DE SALUD



RAÚL BARNICA SOLÓRZANO
EL SECRETARIO GENERAL DE LA SECRETARÍA DE SALUD

Las apariencias engañan a los ojos, que juzgan, pero no al corazón, que siente y entiende.

DR. ALFREDO LEON GOMEZ MEDICO Y ESCRITOR HONDUREÑO



Productory Editor: Jesús Alberto Pineda MD; MPH
Dirección: Adjunta a la Junta Directiva de la Asociación
Pediátrica Hondureña
Numero: 57; abril de 2005
Reproducción: Asociación Pediátrica de Guatemala

EEUU modifica la tradicional pirámide alimenticia

El Gobierno de Estados Unidos ha modificado la tradicional pirámide alimenticia destinada a toda la población por una nueva con doce guías para cubrir las necesidades nutricionales en función de los distintos estilos de vida y por primera vez enfatiza en el ejercicio.

El secretario de Agricultura, Mike Johanns, presentó el que definió como nuevo "sistema de información para ayudar a los consumidores a comprender cómo poner en marcha las recomendaciones de nutrición".

Se trata de un sistema, denominado "My Pyramid" (Mi pirámide), similar al que presentó el Gobierno en 1992, pero con un enfoque más personalizado que permite a cada ciudadano establecer sus mejores hábitos alimentarios a través de un sistema interactivo.

Johanns explicó que la pirámide de 1992 se ha convertido en algo familiar para los estadounidenses, pero la gente no sigue sus recomendaciones.

La vieja pirámide establecía las cantidades que una persona debe consumir de varios grupos principales de alimentos en distintas bandas horizontales.

Las grasas y dulces estaban en la parte superior más pequeña de la pirámide y se recomendaba consumirlos de manera mínima. Después estaban los productos cárnicos y lácteos con un consumo recomendado de dos a tres raciones diarias. Le seguían las verduras y frutas con cinco a nueve raciones, y en la parte más ancha estaban el pan, el arroz y las pastas, con seis a once raciones.

Para atraer la atención de los consumidores, el Gobierno ha modificado la imagen tradicional de la pirámide con bandas verticales y símbolos más actualizados y comprensibles. El nuevo icono enfatiza en tomar una mayor variedad de alimentos y calcular las calorías ingeridas.

Los grupos alimenticios están representados por seis colores: naranja para los granos, verde para las hortalizas, rojo para las frutas, amarillo para los aceites, azul para los productos lácteos y púrpura para la carne y las legumbres. Las bandas son más



anchas para los granos, hortalizas, productos lácteos y frutas, porque el público debería consumir más de esos alimentos.

Además, se habla de porciones o raciones de comida en tazas, onzas, o medidas típicamente caseras. Así, por ejemplo, se recomienda comer tres onzas (85 gramos) de alimentos integrales al día, dos tazas de fruta, dos tazas y media de vegetales y tres tazas de leche desnatada.

El nuevo modelo recomienda a los estadounidenses tomar más cantidad de frutas y verduras, de cinco a 13 raciones y también limitar la cantidad de sodio y azúcar en las comidas. Sin embargo, ya se han escuchado voces de expertos que se cuestionan la eficacia de esta medida si no se llevan a cabo conjuntamente una regulación de la alimentación en los comedores escolares o en los restaurantes de comida rápida.

Como novedad, se incluye además la recomendación de practicar ejercicio durante 30 minutos al día, o 60 minutos diarios en los niños, adolescentes o en aquellas personas que intenten controlar su peso. La especialista en esa materia Denise Austin explicó que este consejo estaba representado en la nueva pirámide por una persona que sube escalones hacia la cumbre. Además, hay en preparación varios medios para seguir estas directrices.

Cada individuo, en función de su edad, género y actividad física, puede consultar las recomendaciones que mejor se adaptan a su estilo de vida y cuantificar las calorías diarias que necesita.

ALERTA DE LA OMS

Seis enfermedades causan el 73% de la mortalidad infantil

ISABEL F. LANTIGUA

La Organización Mundial de la Salud (OMS) lo ha dejado muy claro. Los datos recogidos en un artículo de este organismo, publicado en la revista 'The Lancet', han revelado que seis enfermedades y situaciones prevenibles son las principales responsables de la mortalidad infantil.

En cifras exactas, estas causas provocan cada año el 73% de los fallecimientos.

En el periodo que va del año 2000 a 2003 se registró un total de 10,6 millones de muertes de niños menores de cinco años. La neumonía fue la enfermedad más mortal, pues provocó el 19% de los decesos. A continuación, en este macabro 'ranking', se sitúan la diarrea (18%), los partos prematuros (10%), la sepsis o infecciones sanguíneas (10%), la malaria (8%) y la asfixia al nacer (8%). El sarampión, el tétano neonatal y el Sida también fueron responsables de una pequeña proporción de la mortalidad infantil.

Los autores de este informe, que manejan los datos del Grupo de Referencia Epidemiológica de Salud Infantil (CHERG) de la OMS procedentes de 72 países, señalan además que la malnutrición influye en el 53% de todas las muertes infantiles y es especialmente letal en los primeros 28 días de vida del niño. Como es habitual, los países más pobres son los que más sufren las consecuencias de la malnutrición y de las enfermedades, porque no disponen del tratamiento y la atención adecuada.

Principales afectados

Los investigadores, dirigidos por Robert E Black, de la facultad de salud pública de la universidad Johns Hopkins en Baltimore (EEUU), explican que el 42% de todas las muertes infantiles se producen en África y un 29% ocurre en las regiones del sureste asiático. El continente africano registra el mayor número de muertes por malaria (el 94% del total) y dos países, Sudán y Somalia, tienen las tasas más altas de esta enfermedad, provocada por la picadura de un mosquito.

La neumonía, la malaria, la diarrea y el sarampión juntas, enfermedades que se pueden prevenir con tratamiento y cuidados, según informa el artículo, son causa del 48% de las muertes en niños.

Para los expertos estas cifras deberían servir para guiar los programas y las políticas de salud pública de los gobiernos. Además, "si se pretende lograr el Objetivo para el Desarrollo

del Milenio de reducir en dos tercios la mortalidad infantil para el año 2015 es necesario aumentar los esfuerzos en la prevención de estas enfermedades", escribe la OMS.

Pobreza e higiene

Uno de los trabajos de los que se hace eco la OMS, realizado por un equipo de la universidad de Karachi (Pakistán) y también publicado en 'The Lancet', desvela que el número de infecciones en los bebés es hasta 20 veces mayor en los países en vías de desarrollo que en Occidente.

Las infecciones adquiridas en el momento del nacimiento, debido a la falta de higiene en los hospitales, son la principal causa de muerte infantil en los países más pobres. Y el riesgo de contraer una infección es aún mayor si el niño nace en casa.

Los investigadores explican que muchas de estas infecciones que se producen en las maternidades de los hospitales no se tratan con antibióticos, porque supone un coste muy elevado. La diferencia entre unos países y otros en esta cuestión es tan grande que los autores del informe de la OMS señalan que, en el mundo actual, un niño etíope tiene 30 veces más posibilidades de morir antes de cumplir su quinto aniversario que un chico europeo.



Productor y Editor: Dr. Jesús Alberto Pineda
Dirección: Adjunta a la Junta Directiva de la Asociación Pediátrica Hondureña
Numero: 58; Mayo del 2005
Reproducción: Asociación Pediátrica de Guatemala

El pediatra ante la muerte del niño: integración de los cuidados paliativos en la unidad de cuidados intensivos pediátricos

M Salas Arrambidea O Gabaldón Poeb JL Mayoral Miraveteb EG Pérez-Yarzac I Amayra Carod An Pediatr (Barc) 2005; 62: 450-457

Los cuidados paliativos son esenciales en las unidades de cuidados intensivos pediátricos (UCIP). Dada la frecuencia de la muerte en las UCIP y la presencia de condiciones médicas que amenazan la vida del niño mientras este está ingresado, existe una necesidad de que el pediatra esté preparado para proporcionar cuidados paliativos, con independencia de los tratamientos curativos. En este artículo se revisan algunos temas, como el proceso de toma de decisiones en la UCIP, las necesidades psicosociales del personal sanitario y la vulnerabilidad al burnout, y los sentimientos y actitudes del personal sanitario ante la muerte del niño.

Trastornos neuropsiquiátricos asociados a estreptococo

M Fernández Ibietaa JT Ramos Amadorb I Auñón Martínc MA Marínd M^{PI} González Toméd R Simón de las Herase An Pediatr (Barc) 2005; 62: 475-478

Los trastornos neuropsiquiátricos compulsivos son frecuentes en la infancia, siendo el más común el síndrome de Gilles de la Tourette. Recientemente ha sido descrito el síndrome PANDAS (pediatric autoimmune neuropsychiatric disorders associated with streptococci), de etiología incierta, pero asociado a infección reciente por estreptococo del grupo A (SGA). Niño de 3 años y 9 meses que inició bruscamente, tras un episodio de faringitis, un cuadro de tics consistentes en inclinación de la cabeza y elevación del hombro, junto con muecas faciales, coprolalia y posteriormente compulsiones como golpear objetos de manera compulsiva. Se realizó estudio bioquímico completo, incluyendo cobre y ceruloplasmina

(normales), antiestreptolisina O y anti-DNAse, que resultaron elevadas, y se realizó cultivo faríngeo, que fue positivo para SGA. Fue inicialmente tratado con ácido valproico, aunque su mejoría posterior coincidió con el tratamiento durante 10 días con penicilina. A los 3 meses, los valores de antiestreptolisina O (ASLO) disminuyeron, y en su seguimiento a los 6 meses se comprobó una mejoría mantenida, incluso tras la suspensión del ácido valproico. Se solicitaron estudios de inmunohistoquímica. El síndrome PANDAS fue descrito en 1998 en niños que presentaban: a) trastornos obsesivo-compulsivos y/o trastorno de tics; b) curso episódico con exacerbaciones bruscas; c) alteraciones neurológicas (movimientos coreiformes), y d) relación temporal entre infección por SGA y exacerbación de los síntomas. La etiología se discute actualmente, se postula la existencia de reacciones cruzadas entre antígenos del SGA y proteínas presentes en los ganglios de la base, encontrándose cierta evidencia serológica a favor de varios antígenos proteicos implicados (B8/17 y otros). Está recomendado tratar con penicilina en cada exacerbación en la que se demuestre SGA, e incluso utilizar tratamientos más agresivos (inmunoglobulina intravenosa o plasmaféresis) en caso de tics graves y discapacitantes. Creemos que es un caso interesante de posible síndrome PANDAS, y sería el primero descrito en España.

El pronóstico del neuroblastoma es peor en los pacientes con deleciones en el cromosoma 11

De acuerdo con las evidencias presentadas en el día de ayer en el marco de la 41 Reunión Anual de la Asociación Americana de Oncología (ASCO) que se está celebrando en Orlando, Estados Unidos, los pacientes con neuroblastoma que presentan una deleción en uno de sus cromosomas tienen una menor tasa de supervivencia que aquellos que no sufren la pérdida del mismo material genético. Así se desprende de los resultados del estudio llevado a cabo por investigadores del Children's Hospital de Filadelfia, EE UU, y del Grupo de Oncología Pediátrica (COG) organización para la investigación clínica del National Institutes of Health estadounidense

dirigida al desarrollo de ensayos clínicos con niños afectados por cáncer.

El neuroblastoma es un proceso oncológico del sistema nervioso que, muy difícil de tratar satisfactoriamente, afecta sobre todo a la población pediátrica. En consecuencia, y a pesar de que la combinación de quimioterapia, radioterapia y cirugía puede ayudar a que numerosos niños experimenten una remisión del proceso, numerosos pacientes experimentan una recidiva de la enfermedad.

En palabras del Dr. Edward F. Attiyeh, oncólogo del Children's Hospital de Filadelfia y autor principal del estudio, “el neuroblastoma puede ser curado de manera fácil en muchos niños. Pero, asimismo, la presentación resulta muy agresiva en muchos pacientes pediátricos. En este contexto, hemos de tener en cuenta que las herramientas con las que hemos contado hasta el momento para determinar qué pacientes presentaban el mayor riesgo de recaída resultaban muy imprecisas. Así, la presencia de deleciones específicas en el cromosoma 11 se presenta como un nuevo marcador genético que puede ayudar a identificar a aquellos pacientes que, de manera potencial, pueden beneficiarse de la administración de tratamientos intensivos”.



Los pacientes con la deleción 11q concretamente 11q23 presentaban una mayor probabilidad de sufrir una progresión de la enfermedad o de morir. Transcurridos tres años desde el diagnóstico, el 50% de los niños con la deleción experimentaron una progresión de la enfermedad o habían fallecido. Por el contrario, únicamente el 26% de los pacientes sin deleción habían muerto o sufrido la progresión del neuroblastoma en el mismo período de tiempo. La tasa de supervivencia global a los tres años en los pacientes que presentaban la deleción se estableció en el 65%, mientras que en los niños sin la pérdida de material genético fue del 83%.

Por todo ello, y según concluyó el Dr. Attiyeh, “la identificación de este marcador genético puede ayudarnos a definir la agresividad del neuroblastoma y, por ende, a mejorar nuestras habilidades para diseñar tratamientos que incrementen la supervivencia de los pacientes. Nuestro objetivo es encontrar uno o más genes en el cromosoma 11q que, relacionados con el desarrollo de las formas agresivas de neuroblastoma, puedan ser utilizados como dianas terapéuticas”.

Epidemia de paperas en el Reino Unido

En el Reino Unido se han notificado cerca de 5.000 casos de paperas sólo en el mes de enero de este año, según dos trabajos que se publican en el "British Medical Journal". Predominantemente afectan a personas entre 19 y 23 años, pero también se han detectado casos en niños, lo que subraya la importancia de que todos los niños y jóvenes adultos accedan a las dos dosis necesarias de la vacuna triple vírica.

En uno de los artículos se muestra que en año 2004 el número de casos ascendió a 16.436, cuando un año antes sólo se registraron 4.204. El segundo sugiere que el incremento de la incidencia en niños se debe a la menor cobertura de la vacuna, que el pasado año se situó en torno al 80%, cuando años atrás era del 92%.

British Medical Journal 2005;30:1119-1120

Listado de Miembros de la Asociación Pediátrica Hondureña

✍ Dr. Aguilar Riveiro, José Fco .
✍ Dra. Alas de Chávez, Argentina
✍ Dr. Alemán Quiñonez, Armando
✍ Dra. Alger Pineda, Jackeline
✍ Dra. Almendares, Claudia
✍ Dr. Alvarado Ramírez , Enrique
✍ Dr. Alvarenga C. Ramón H.
✍ Dra. Andino, karla G
✍ Dra. Arambu, ingrid carolina
✍ Dr. Argueta Reyes, Wilfredo
✍ Dr. Aronne Guillen, Edwin
✍ Dra. Banegas Matamoros, Jessica
✍ Dr. Bendeck N. Alberto C.
✍ Dra. Berlioz B. María Zudora
✍ Dr. Berlioz, José Armando
✍ Dr. Borjas Vásquez, Óscar
✍ Dr. Bulnes Alvarado, Bernardo A.
✍ Dr. Caceres Mendoza, Cesar A.
✍ Dr. Caceres Morales, Wilfredo
✍ Dr. Castillo Molina, Danilo
✍ Dr. Castillo C. Mario Rafael
✍ Dr. Carvajal Sierra, Pablo Cesar
✍ Dr. Cleaves Tome, Francisco



✍ Dra. Colindres C. Diltrudys
✍ Dr. Cuellar A. Rigoberto.
✍ Dr. Díaz Flores, Adolfo Martín
✍ Dr. Duron Martínez, Javier A.
✍ Dra. Eguigurems Z. Ileana Aa.
✍ Dra. Espinoza C. Lesby M.
✍ Dr. Fajardo Cabrera, Danilo H.
✍ Dr. Flores, Juan De Jesús
✍ Dr. Flores, Carlos A.
✍ Dra. Fu Carrasco, Ligia
✍ Dr. García Amador, Lizeth
✍ Dr. García Casanova, Carlos H.
✍ Dr. García Díaz, Samuel F.
✍ Dr. García Orellana, Luis R.
✍ Dr. Godoy Arteaga, Carlos
✍ Dr. Godoy Mejía, Carlos
✍ Dr. González Ardon, óscar
✍ Dr. Gutiérrez González, Carlos E.
✍ Dr. Guillen Leiva , José Ángel
✍ Dr. Lizardo Barahona, José R.
✍ Dr. Lizardo Castro, Gustavo A.
✍ Dra. Lizardo Chávez, Ana Lina
✍ Dr. López Aguilar, Alirio
✍ Dr. Lovo López, Salvador
✍ Dr. Luque, Marco Tulio
✍ Dra. Madrid de Torres, Hena L.
✍ Dr. Martinez Ponce, Tomas
✍ Dr. Maldonado, Carlos Rene
✍ Dr. Matamoros Flores, Francisco
✍ Dra. Matamoros, Martha
✍ Dr. Mateo Rodríguez, Servio T.
✍ Dra. Medina Medrano, Lorena
✍ Dr. Mejia Duron, Roberto
✍ Dr. Mejia Zuniga, Omar
✍ Dr. Melendez Bardales, Jorge H.
✍ Dr. Molinero Carias, Marco R.
✍ Dr. Moncada Cantarero, Walter
✍ Dr. Montes Maradiaga, Francisco
✍ Dr. Muñoz Castillo, carlos A.

✂Dr. Muñoz Molina, Victor M.
 ✂Dr. Napky Osorio, Gerardo .
 ✂Dr. Navarro Bustillo, Juan J.
 ✂Dr. Nazar Hernandez, Delmer
 ✂Dra. Novoa, Ana Rosa
 ✂Dra. Ordoñez Rodas Emely Betty
 ✂Dr. Oviedo Padilla, Guillermo
 ✂Dr. Paredes Paredes, Manuel A.
 ✂Dr. Peña Hernández, Armando
 ✂Dr. Pineda Barahona, Eulogio
 ✂Dra. Pineda Mendoza, Xenia J.
 ✂Dr. Pineda, Jesús Alberto
 ✂Dr. Pinel, Guillermo Arturo
 ✂Dr. Ramírez acosta, Francisco J.
 ✂Dr. Raudales Alvarado, Asdrubal
 ✂Dr. Reyes Noyola, José
 ✂Dr. Rivera Reyes, Roberto
 ✂Dr. Rivera Williams, Carlos
 ✂Dra. Rivera Medina, Doris M.
 ✂Dra. Rodríguez de Mendoza, Nora
 ✂Dra. Rodríguez, Dunia Carolina
 ✂Dr. Rodríguez quiroz, Francisco
 ✂Dr. Rodríguez R. Marco A.
 ✂Dra. Rojas Izaguirre , Dinna
 ✂Dr. Rodríguez , Franklin
 ✂Dr. Rodríguez, Gaspar
 ✂Dr. Romero, Randolpho
 ✂Dr. Ruiz Delgado, Juan E.
 ✂Dr. Stefan Hode, Rene
 ✂Dr. Samra Vásquez, José
 ✂Dr. Sánchez Chávez, Carlos A.
 ✂Dra. Serrano, Blanca Ruth
 ✂ dra. Solórzano, Sonia
 ✂Dr. Tome Abarca, Fernando
 ✂Dr. Tome Zelaya, Enrique A.
 ✂Dra. Tovar Calderon, Sandra N.
 ✂Dr. Trochez, Hilton
 ✂Dr. Valenzuela C. Renato
 ✂Dr. Valenzuela G. Rodolfo

✂Dr. Valladares V. Evandro
 ✂Dr. Vallejo Larios, Victor M.
 ✂Dr. Vásquez R. Octavio
 ✂Dr. Velázquez R. Héctor
 ✂Dr. Velez Osejo, Sergio E.
 ✂Dr. Villatoro G Guillermo
 ✂Dr. Vides Babun, Carlos Ramón
 ✂Dra. wood de Bush, Jackeline W.
 ✂Dr. Zavala Licon, Alex R.
 ✂Dra. Zelaya Montes, Linda E.
 ✂Dr. Zepeda Raudales, J. Adan
 ✂Dra. Zeron Coello, Hilda Y.



Una vida que no, nos deja una que
 otra cicatriz es una vida
 superficial.

Dr. Hernan Corrales Padilla, Dermatologo Hondureño

**XVI CURSO INTERNACIONAL DE PEDIATRIA
“Dr. Carlos Rivera Williams”**

Fecha: 07-09 de Septiembre de 2006
Sede: Hotel Clarion, Tegucigalpa, M.D.C.
Horario: 08:00 13:30 h.

Temas: - Hemato-Oncología Pediátrica
Dr. Pedro de Alarcón, U.S.A.
Dr. Raúl Riveiro, U.S.A.
- Neurología Pediátrica
Dr. Augusto Legido, U.S.A.
- Alergia Pediátrica
Dr. Jaime Álvarez, U.S.A.
- Endocrinología Pediátrica
Dr. Carlos Robles V., México

PEDIATRÍA SOCIAL
CONFERENCIAS MAGISTRALES 08:00-13:30 h.
CURSOS CORTOS 14:00-16:00 h.
EVENTOS SOCIALES-CIENTIFICOS
SIMPOSIUMS NOCTURNOS: Días Jueves y Viernes



Honduras Pediátrica

Honduras Pediátrica Volumen 25 Número 2 Mayo, Junio, Julio, Agosto -2005