

## RESUMENES TRABAJOS LIBRES

**1TL** *Situación de salud y cobertura a servicios de salud de 1,268 comunidades rurales de 96 municipios en 14 departamentos de Honduras beneficiados con la entrega del Paquete de Servicios Básicos de Salud.* : fU\_ ]bM< YfzbXYZA 8ZA GWCoordinador Técnico de Monitoreo y Evaluación APS/PRIESS, Tegucigalpa.

**Antecedentes:** En Honduras se ha estimado la cobertura de los servicios de salud, según el Plan Estratégico del Sector Salud al 2021, en 91.4% de 1,194,826 personas de acuerdo a estimaciones poblacionales del INE. Si bien no se cuenta con información precisa para zonas rurales, en el Plan Nacional de Salud al 2021 se estima que un 17% de la población no cuenta con acceso a cualquier servicio de salud. La falta de vías de acceso, carencia de recursos en salud (infraestructura y personal) acompañada de una visión biologicista de la salud, entre otros, incrementa el poco acceso de dichas personas a los servicios de salud. **Descripción de la experiencia de salud pública:** Ante tal situación, como condicionalidad y tal como está contemplado en la Estrategia de Reducción de la Pobreza, se proyecta una extensión de cobertura de los servicios de salud a población sin o de difícil acceso a los mismos. El programa se desarrolla a través del PRIESS y la contratación de ONG, con el propósito de entregar un Paquete de Servicios Básicos de Salud en 1,268 comunidades (Caseríos) distribuidos en 96 municipios de 14 departamentos del país; beneficiando directamente a 288,625 personas, las cuales recibieron aparte de un fuerte componente de promoción de la salud y prevención de enfermedad, 470,510 atenciones registradas en AT-1 (2004 y 2005) y 86,810 registros de VAC-1 para los mismos años. Los principales resultados alcanzados a finales del 2005 con respecto a la línea base se centran en la organización del 100% de las comunidades con marcada participación de las mismas: Se pasó de una cobertura de 27.5% de control prenatal a 89.4%, con una concentración de 6 controles por embarazada; cobertura de control puerperal de 55% de 3.9% de mujeres de 30 a 59 años con citología en el último año se pasó a 88.3%; de 3% de MEF Planificando, se pasó a 8.5% en dos años. Con respecto a la población infantil se paso de 25.5% al 100% la cobertura de control de crecimiento y desarrollo; de 70.9% a 100% la cobertura de vacunación para la edad en menores de 5 años. Con respecto a la incidencia de diarrea en menores de 5 años, el 29.5% presentó dicha enfermedad y el 75.5% de los niños presentó un cuadro de IRA. Las primeras 5 causas de atención registradas en AT-1 fueron control de salud de rutina de niños (25.6%), parasitosis intestinal (10.5%), rinofaringitis aguda (7.2%), examen ginecológico general de rutina (6.1%) y anemia de tipo no especificado (3.6%). **Lecciones aprendidas:** la Estrategia de Entrega del Paquete de Servicios Básicos de Salud con un enfoque materno infantil y con fundamento en la Atención Primaria en Salud, fue exitosa. La Estrategia permitió alcanzar como resultados de impacto, pasar de 131 a 78 las muertes infantiles y de 69 a 4 las muertes maternas.

**2TL** *Cuerpo extraño en bronquio izquierdo en un niño de 14 meses.* 8Ybbg="; dxz`Yi:A " Médico Residente, Cuarto Año Postgrado de Otorrinolaringología, Hospital Escuela/UNAH, Tegucigalpa.

**Antecedentes:** Cuerpo extraño en vía aérea es una entidad que pone en peligro la vida de cualquier ser humano y en el Hospital Escuela como hospital de referencia la mayor mortalidad se da en niños menores de 2 años. **Descripción del caso clínico:** paciente de 14 meses de edad, procedente de Amaratéca, Francisco Morazán, ingresado al IHSS, presentando un cuadro clínico caracterizado por dolor abdominal, fiebre, malestar general, hiporexia, vómitos. Al examen físico se encontró agudamente enfermo, con taquicardia (fc: 125 lpm), taquipnea (46 rpm), febril (39o C), pulmones con hipoventilación del lado izquierdo, abdomen doloroso a nivel de hipocondrio derecho. Sin antecedentes de patologías crónicas, quien 5-7 días antes del

inicio de su cuadro presentó tos seca acompañado de vómito en una ocasión, sin cianosis, ni convulsiones, según lo referido por la madre. Se realizaron los siguientes hallazgos a través de exámenes de gabinete: hemograma: leucocitosis 21,000; neutrofilia (80%); radiografía de abdomen revela radiopacidad en región supradiafragmática izquierda, resto normal, ultrasonograma abdominal sin anormalidades, radiografía de tórax con atelectasia del pulmón izquierdo en un 100% por lo que se pensó en neumonía basal versus cuerpo extraño en vía aérea. Se interconsultó a otorrinolaringólogo quien avaló el diagnóstico de cuerpo extraño en vía aérea. El paciente se trasladó al Hospital Escuela y 20 minutos después de su ingreso se realizó broncoscopia rígida encontrándose edema de la vía aérea y secreción amarillo pálida. Después de aspirar el bronquio izquierdo se encontró cuerpo extraño que ocluía el 100% del bronquio. La observación con telescopio de 00 permitió identificar un grano de frijol, el cual fue extraído. El paciente se dejó intubado con plan de extubación en 24 horas según evolución clínica. El paciente se trasladó a la Unidad de Cuidados Intensivos del IHSS, donde 16 horas después fue extubado y trasladado 8 horas después a Sala de Cuidados Mínimos. El paciente continuó con antibióticos i.v., esteroides y broncodilatadores. Fue egresado 5 días post-broncoscopia con radiografía control y pulmones sin ruidos patológicos. **Conclusiones y recomendaciones:** En todo niño sano que inicia con tos súbita acompañada de cianosis, que mejora y posteriormente desarrolla dificultad respiratoria, se debe sospechar como primera posibilidad diagnóstica en aspiración de cuerpo extraño de vía aérea. Debe evitarse a los niños el contacto con todo objeto que potencialmente puede ser aspirado como ser juguetes pequeños, granos, semillas, entre otros.

**3TL Microcirugía Reconstructiva en el Hospital Escuela, Tegucigalpa.** @jlg5"; drz Yi" Cirujano Plástico, Subespecialista en Microcirugía Reconstructiva. Departamento de Cirugía, hospital Escuela, Tegucigalpa.

**Antecedentes:** La microcirugía reconstructiva es una rama de la cirugía reconstructiva en la cual se utiliza un microscopio quirúrgico para ser llevada a cabo. El primer microscopio compuesto lo usó Zacharia Jansen en 1590. En 1921 Nylen de Suiza lo usó en forma experimental. En 1922 Holmgren introdujo la microcirugía en Oncología; luego Perrit en 1946 en Oftalmología. En 1960, Jacobson y Suárez iniciaron experimentos microvasculares en ratas. En 1964, Buncke y Shultz iniciaron la especialidad de Microcirugía Reconstructiva como rama de la Cirugía Plástica y Reconstructiva. **Descripción de la experiencia:** En el año 2005 se inicia formalmente en el Hospital Escuela la realización de microcirugía reconstructiva resolviendo inicialmente los casos de emergencia y luego realizando casos en forma selectiva. Durante el período transcurrido se han abordado casos de microcirugía reconstructiva incluyendo revascularización a nivel de muñeca, reimplante a nivel del carpo y reimplante a nivel del tercio distal de antebrazo. Además se ha reconstruido microquirúrgicamente miembro superior, miembro inferior y reconstrucción microquirúrgica facial. Se ha realizado un total de 58 colgajos libres así: radial antebraquial 18, latísimo dorsal 14, recto abdominal 11, peroné 10, paraescapular 3, ortejo 2. **Lecciones aprendidas:** La microcirugía reconstructiva permite la conservación de miembros y órganos que antes estaban condenados a la amputación, permitiendo la recuperación de miembros y mejorar la calidad de vida de los pacientes.

**4TL Frecuencia de inmunodeficiencias primarias en pacientes con neumopatía crónica, Instituto Nacional del Tórax, Tegucigalpa, 2000-2005.** 7 ÚXU5 à YbFYz?": YfzbXh'NYUz">"6UbyUg' A Uñáfcg' <sup>1</sup>Inmunología-Alergia, INT; <sup>2</sup>LAGID (Grupo Latinoamericano para el estudio de Inmunodeficiencias Primarias); <sup>3</sup>Neumología Pediátrica, INT, Tegucigalpa.

**Antecedentes:** La incidencia mundial de inmunodeficiencias primarias (IDP) es de 1:10,000 nacidos vivos; de estos niños/niñas una de las principales causas de morbilidad son las infecciones sino/broncopulmonares

que reducen mucho la calidad y expectativa de vida, si se diagnostican en forma tardía. En nuestro país no existe un registro de la incidencia de IDP. El Instituto Nacional del Tórax (INT) es el primer hospital público de tercer nivel para la referencia de pacientes adultos con enfermedades respiratorias y cardíacas en Honduras. El INT cuenta con un área para estudio de pacientes pediátricos; muchos con neumopatía crónica. En este grupo de pacientes se incluyen los pacientes por estudio de tuberculosis pulmonar. El Servicio de Inmunología y Alergia Pediátrico fue ampliado y organizado en una forma integral a partir del año 2000. **Objetivo:** Determinar la frecuencia de diagnóstico de IDP y su presentación clínica en pacientes pediátricos ingresados al INT con diagnóstico de neumopatía crónica de marzo 2000 a Abril 2005. **Metodología:** Estudio observacional descriptivo. Se revisó el Libro de Ingresos Hospitalarios de la Sala de Pediatría y se obtuvo las siguientes variables: diagnóstico de ingreso, diagnóstico y condición de egreso, edad. Se incluyeron los pacientes con diagnóstico de IDP confirmado por Inmunólogo Clínico y se excluyeron los pacientes con neumopatía crónica por otra causa. A través de un instrumento (Excel 2003) se obtuvo de cada expediente que cumplía con los criterios de inclusión la siguiente información: edad al inicio de los síntomas, edad al momento de diagnóstico, sexo, procedencia, tipo de inmunodeficiencia primaria, antecedentes familiares, condición clínica del paciente al momento del estudio, enfermedades asociadas al diagnóstico de neumopatía crónica, y grado de afección pulmonar al momento del diagnóstico. No se realizó diagnóstico genético debido a la carencia institucional de estos recursos diagnósticos. **Resultados:** De Marzo 2000 a abril 2005 ingresaron 1949 pacientes con rango de edad 40 días - 18 años, de los cuales 1815 (92%) ingresaron por causa de enfermedad pulmonar aguda, 20 (1%) ingresaron a causa de patología autoinmune y 134 (7%) ingresaron con diagnóstico de neumopatía crónica. El 44% (59/134) tenía diagnóstico confirmado de tuberculosis pulmonar, 23% (31/134) diagnóstico de neumopatía crónica no clasificada (enfermedad por reflujo gastroesofágico, alergia alimentaria y otras). El 12% (16/134) se diagnosticó como neumopatía crónica y VIH, 11% (15/134) tenía diagnóstico de fibrosis quística, 5% (6/134) con diagnóstico de inmunodeficiencia primaria, 4% (5/134) tenía diagnóstico de neumonitis intersticial y 1% diagnóstico de sarcoidosis. De los 6 pacientes con IDP, la relación niño/niña fue 1:1, y estaban comprendidos entre las edades de 12 meses a 12 años al momento del diagnóstico. La edad promedio de identificación de síntomas fue 28.5 meses y la edad promedio al momento del diagnóstico 61.6 meses (5 años). El tiempo que transcurrió entre el inicio de los síntomas y el diagnóstico fue 36 meses. La clasificación del tipo de inmunodeficiencia demostró: 1) Inmunodeficiencia asociada a síndromes: ataxia telangectasia (1, niña), Wiskott Aldrich (2 niños hermanos); 2) Inmunodeficiencia predominantemente de anticuerpos: inmunodeficiencia común variable (1 niño); 3) Deficiencia combinada de células T: deficiencia de células T y células B normales (1 niña); 4) Inmunodeficiencia asociada con defectos de fagocíticos: probable deficiencia de receptor de Interferón Gamma (1 niño). El estado nutricional al momento del diagnóstico: 3/6 pacientes presentaban desnutrición severa y los 3 fallecieron; 1/6 paciente con desnutrición moderada, 2/6 pacientes con desnutrición leve (vivos). El estado pulmonar al momento del diagnóstico fue: 5/6 pacientes presentaban bronquiectasias al momento del diagnóstico; 3/6 pacientes, de los cuales falleció uno, con hipertensión pulmonar asociada, 1 paciente presentó infiltrados intersticiales al momento del diagnóstico y otro presentó adenopatías perihiliares. Ningún paciente tenía cultivo positivo por *Mycobacterium tuberculosis* a pesar de que dos de ellos recibieron tratamiento por criterio epidemiológico y radiológico. Un paciente (el niño con diagnóstico de Wiskott Aldrich) tuvo en dos ocasiones ELISA positivo por VIH y se descartó por Western Blot. En cuanto a los diagnósticos asociados a neumopatía crónica: 1 paciente (ataxia telangectasia) presentó además apraxia, telangectasias oculares, ataxia desde los 5 años de edad, déficit de la Hormona de Crecimiento, atrofia cerebelar. De los dos pacientes con diagnóstico de Wiskott Aldrich, el primero que falleció estuvo en tratamiento desde los 5 meses de edad por púrpura trombocitopénica idiopática y es el único paciente (9 años) que al ingreso del diagnóstico por neumopatía crónica se sospechó inmunodeficiencia. El segundo sobrevive

en seguimiento a partir de la muerte del hermano. Un paciente con inmunodeficiencia común variable fue hospitalizado múltiples veces por hepatopatía crónica y síndrome de mala absorción; fue ingresado por neumopatía crónica y tuberculosis multiresistente (falleció) y había antecedentes de dos hermanos muertos por enfermedades similares. Un paciente con deficiencia de células T y células B normales presentó además infección crónica de oído, eczema crónico en piel, síndrome de mala absorción, anemia crónica. Otro paciente masculino con probable deficiencia de receptor de Interferón Gamma, presentó una linfadenitis posterior a la aplicación de BCG y diagnóstico de tuberculosis miliar al inicio de su enfermedad. Presentó ectima gangrenoso por *Ai W* y antecedentes de un hermano muerto en iguales condiciones. **Conclusiones y recomendaciones:** Desde la apertura del INT no ha habido ningún reporte estadístico de IDP. A partir del año 2000, se identificaron 6 casos de IDP entre 134 casos ingresados a causa de neumopatía crónica (5%). El 50% de estos pacientes (3/6) se encontró en un grado de desnutrición severa y con un compromiso pulmonar que condujo a su estado de muerte. Se recomienda unificar criterios de abordaje diagnóstico e implementar protocolos de estudio y guías de atención para optimizar los recursos clínicos y tecnológicos y con esto mejorar la calidad de vida del paciente y reducir costos hospitalarios.

**5TL Programa de Entrenamiento en Epidemiología de Campo: Experiencia en Centro América. 8f" FjWX: YzbXYz A UWDjyZ UWjby5 YZ; cfUGi zfYZ 5i [i gr @GYZ J Mf 7zWg"** <sup>1</sup>Dirección General de Vigilancia de la Salud, Programa Maestría de Epidemiología de Campo, Honduras Programa de Entrenamiento en Epidemiología de Campo, El Salvador y Honduras Programa Regional de Entrenamiento en Epidemiología de Campo de Centro América y República Dominicana, de los Centros de Control y Prevención de Enfermedades de los Estados Unidos CDC/CAP, Guatemala Líder del Equipo del Programa Regional de Entrenamiento en Epidemiología de Campo de Centro América.

Antecedentes. Hace más de 20 años que personal especializado de los Centros para el Control de las Enfermedades (CDC) de Estados Unidos de América ha colaborado con los ministerios de salud alrededor del mundo para establecer y conducir Programas de Entrenamiento en Epidemiología de Campo (Field Epidemiology Training Programs, FETP). Estos programas son diseñados tomando como modelo el Servicio de Inteligencia Epidémica (Epidemic Intelligence Service, EIS), el primer programa de entrenamiento de epidemiología aplicada de los CDC, y están dirigidos a fortalecer la capacidad en epidemiología aplicada y una práctica optimizada de la salud pública entre el personal de salud. Descripción de la experiencia. Después del desastre natural ocasionado en 1998 en Centro América por el Huracán y Tormenta Tropical Mitch, se iniciaron las gestiones conducentes a la creación e implementación del FETP en la sub-región. En todos los países el programa inició en el año 2000, pero solo en El Salvador y Guatemala comenzó con una estructura piramidal. El diseño del entrenamiento piramidal inicia con un curso de epidemiología básica de tres meses de duración, impartido a un número mayor de estudiantes; sigue con un curso de epidemiología intermedia con una duración de 9 meses, a los pasantes que califiquen; y finaliza con el programa de maestría, con una duración de dos años, para aquellos que exitosamente aprobaron los cursos anteriores. Hasta la fecha, se han otorgado 17 grados de Maestría de Epidemiología de Campo (El Salvador 6, Guatemala 6 y Honduras 5). Entre los productos que se han obtenido se enumeran los siguientes: 1) investigaciones de brotes, por ejemplo: sarampión, hepatitis A, rotavirus, intoxicación alimentaria, síndrome respiratorio agudo; 2) vigilancia de enfermedades o eventos, por ejemplo: dengue, fiebre del Nilo del Oeste, leptospirosis, influenza, mortalidad materna, quemaduras por pólvora, lesiones de causa externa; 3) creación e implementación de nuevas estructuras que permitan nuevos abordajes, por ejemplo: comité de ética, unidades de epidemiología aplicada, unidades de educación médica continua, etc. y 4) publicaciones (artículos en revistas científicas, boletines,

comunicados de prensa, participación en reuniones científicas, etc.). Lecciones aprendidas. La formación y capacitación de recursos humanos en epidemiología aplicada permite apoyar y fortalecer a los Ministerios de Salud en su capacidad de alerta, respuesta, análisis, prevención y control de las enfermedades y otros eventos de salud. La estructura piramidal permite una mayor cobertura de entrenamiento y la conformación de una red de epidemiólogos que responda a las necesidades de los países de la sub-región. El apoyo de epidemiólogos formados por este programa en desastres naturales, como el de los pasados terremotos en El Salvador, ayudó a demostrar la solidaridad y trabajo en equipo. La sostenibilidad del programa se puede asegurar a través de su institucionalización dentro de los servicios de epidemiología, su acreditación académica y conformación de un cuerpo de tutores nacionales e internacionales.

**6TL Pruebas de Diagnóstico Rápido y su uso en la vigilancia de la malaria. Experiencia en Honduras, Centro América.** *8fU'xUWY]bY5 [Yz* Servicio de Parasitología, Departamento de Laboratorios Clínicos, Hospital Escuela, Tegucigalpa.

**Antecedentes:** Las Pruebas de Diagnóstico Rápido (PDR) demuestran la presencia de parásitos en la sangre en situaciones donde el diagnóstico microscópico de la malaria no está disponible o cuando un diagnóstico rápido permite iniciar un tratamiento diferenciado del paciente. Ese tratamiento o manejo diferenciado puede ser farmacológico o epidemiológico. A través del Proyecto Fondo Global, el Programa Nacional de Malaria adquirió PDR específicas para *D'UgacXi a ZMfi a* las cuales se distribuyeron en municipios prioritarios de acuerdo al informe de casos de malaria falciparum en el último semestre. **Objetivo:** Analizar la ejecución de las PDR implementadas en Honduras para fortalecer la vigilancia de la malaria durante el período 2004-2005.

**Material y Métodos:** Se revisó informes de Jornadas de Capacitación en PDR, y Ejecución de la actividad de PDR en las Áreas de Salud Municipales de los municipios beneficiados, departamentos de Olancho (3) y Colon (2). Se analizó la información recolectada durante las visitas de supervisión. **Resultados:** Durante la segunda y tercera semanas de marzo 2005, los municipios de Juticalpa, Catamas, San Esteban (Olancho) y Tocoa (Colon), ejecutaron una búsqueda activa de casos febriles en 24 y 5 localidades priorizadas, respectivamente. En el Departamento de Olancho se detectaron 7 casos de malaria falciparum (PDR y gota gruesa) y 5 casos de malaria vivax (gota gruesa) entre 210 individuos febriles identificados en búsqueda activa casa a casa, con un total de 1709 casas visitadas y contabilización de 8,089 habitantes. En el Departamento de Colon se detectaron 5 casos de malaria falciparum (PDR y gota gruesa) y 4 casos de malaria vivax (gota gruesa) entre 75 individuos febriles, 503 casas visitadas y 2,396 habitantes contabilizados. La investigación de un brote de malaria falciparum en el Municipio de Balfate, Colon, en abril 2004, detectó 5 casos de malaria falciparum (PDR y gota gruesa) y 11 casos de malaria vivax (gota gruesa) entre 76 individuos febriles de cuatro localidades del municipio, donde se visitó 70% (297) de las viviendas y 69% (1,266 habitantes) de la población. Conclusiones y recomendaciones: En los departamentos de Olancho y Colon, se detectó tasa de ataque de malaria de 1.5 y 3.8 x 1000 hab. y tasa de ataque de malaria falciparum de 0.9 y 2.1 x 1000 hab., respectivamente. Después de sesiones cortas de capacitación y supervisión sistemática, tanto el personal institucional como comunitario utilizaron adecuadamente las PDR. Las PDR tienen su mayor beneficio en Honduras cuando se utilizan para fortalecer la vigilancia de la malaria. Se propone su uso en las siguientes situaciones donde se puede combinar la búsqueda activa y pasiva de casos: 1. Brote de malaria o de febriles en zonas endémicas; 2. Intensificación de las intervenciones de prevención y control; y 3. Vigilancia de la malaria por *D'ZMfi a "": ]bubWx' dFVUa YHY df DfomV: dhUYa ]bc XYUFYgi YUB UbbU dFU UDf dWbE nDfa cVbE XYUGUi XYB'A Uf]zH VVWgdm G-85ž: dx'; cW< dx'fg'Dfqlá UB UbbU XYDY YbVbE n7 dhc`XYUA Uf]zGYVUfUXYGu X'*

**7TL Tumores germinales de mediastino.** *8f">cgBUB@Yig* Cirujano General Residente de Tercer Año, Postgrado de Oncología Quirúrgica, Hospital Escuela/UNAH, Tegucigalpa.

**Antecedentes:** Los tumores primarios de células germinativas son raros fuera de los órganos genitales, pero pueden surgir en el cuerpo pineal y regiones sacrococcígea y paraaórtica, localizándose con frecuencia en el compartimiento anterior del mediastino (menos del 1% de los tumores mediastínicos). El seminoma y el carcinoma de células embrionarias son los más frecuentes, especialmente en hombres jóvenes y mujeres, con una relación de 4:1. Dado que son muy malignos, no sorprende que 80-90% de los pacientes estén sintomáticos cuando se diagnostican. **Descripción de caso clínico:** Paciente femenina, de 21 años de edad, quien refirió aumento de volumen en región anterior de hemitórax izquierdo de tres meses de evolución, hipertermia no cuantificada, dolor costal derecho, tos seca y disnea que fue progresando hasta la ortopnea. Concomitantemente informó pérdida de peso no cuantificada. Entre los hallazgos de laboratorio más importantes: alfafeto proteína 500 u/l, LDH 240 u/l, antígeno carcinoembrionario 11.1 mg/ml, gonadotropina coriónica 0.0001 u/l. La ecosonografía pélvica se informó normal. La tomografía axial computarizada de tórax demostró múltiples imágenes de conglomerados en compartimientos mediastínicos. Se realizó toracotomía anterior exploratoria, observándose masa tumoral mediastínica cuyo resultado inmunohistoquímico informó tumor de células germinales (seminoma).

**8TL Sangrado digestivo en niños: presentación de dos casos.** *ǎUbFUZY; i YfyC'A Ubi Yg* Médico Especialista en Pediatría, Instituto Hondureño de Seguridad Social, Tegucigalpa.

**Antecedentes:** La infección por *< Y/WUW' dñf* es la infección crónica mas común en el ser humano. Se adquiere en la infancia persistiendo durante toda la vida, ya que existe en todos los casos estudiados un contacto intrafamiliar. Algunos autores han informado incidencia de la infección en 45 - 90% de los menores de 10 años, 80% de los menores de 5 años y 44% de los menores de un año de edad. El agente *< "dñf* produce la enfermedad venciendo las defensas del estomago, lo que produce hipoclorhidria, hipergastrinemia, disminución en la producción de la somatostatina, y pueden llegar a producir displasias de la mucosa y conllevar riesgo de procesos cancerosos. Clínicamente se presenta de varias formas entre las que están el dolor abdominal, gastritis, antritis, sangrado digestivo. El tratamiento se ha demostrado la necesidad del uso de la triple terapia acortada con excelentes resultado. **Descripción de casos clínicos:** Se hace la presentación de dos casos envaluados en la Consulta Externa Pediátrica del Instituto Hondureño de Seguridad Social. Los pacientes presentaron sangrado digestivo alto y fueron estudiados por método endoscópico obteniendo muestras gástricas para estudio histopatológico el cual evidenció *< "dñf* como causa de gastroduodenitis aguda. Se prescribió tratamiento con buena respuesta y con excelente control en la Consulta Externa. **Conclusiones y recomendaciones:** La infección por *< "dñf* puede ser diagnosticada a través de métodos histopatológicos. Es importante administrar tratamiento adecuado para evitar la resistencia al tratamiento.

**9TL Prevalencia de violencia doméstica e intrafamiliar en Honduras, 2005. ; i UXi dYfca Yç** Médico con Maestría en Salud Pública y Maestría en Administración de Servicios de Salud. Jefa del Programa Nacional de Salud Mental, Secretaría de Salud, Tegucigalpa.

**Antecedentes:** El sistema de vigilancia epidemiológica para violencia doméstica e intrafamiliar se inicia en Honduras a partir de las Consejerías de Familia, como estructuras a través del Acuerdo Ejecutivo No. 0079 (9 de junio de 1993), en el cual se crean las Consejerías de Familia, como un mecanismo de supervisión y de

garantía de los derechos humanos para prevenir y dar asistencia, protección y apoyo a las víctimas de violencia intrafamiliar. **Objetivo:** Describir el sistema de vigilancia que obtiene información básica que orienta técnica y permanentemente a quienes tienen la responsabilidad de decidir sobre la ejecución de acciones de prevención y control, de factores condicionantes y las poblaciones definidas en riesgo. **Metodología:** Entre las fortalezas del sistema se encuentra la departamentalización, que fue objeto el sistema de salud, logró focalizar geográficamente cada región, de acuerdo al ordenamiento territorial.; los formatos son de utilización nacional; existe una red institucional estatal y personal que codifica; existencia de personal de salud mental en 8 Regiones Departamentales que conducen el programa; existencia de personal de salud mental en forma específica en las Consejerías de Familia, presencia de 13 Consejerías de Familia, de las cuales el 60% se encuentra en Tegucigalpa; presencia de redes comunitarias asociadas a las Consejerías de Familia en las zonas donde existen como tal, que apoyan y detectan casos. **Resultados:** se observó que la mayor proporción corresponde al síndrome de maltrato, con abuso físico y sexual. En segundo lugar, se encontró la agresión con fuerza corporal. El tercer lugar, correspondió a la agresión general con fuerza corporal, sexual y violación. En el cuarto lugar, se encontró la negligencia y abandono. El quinto lugar, la agresión por otros medios especificados y el sexto lugar, por la agresión medios no especificados. Se determinó que el grupo de edad que mayor riesgo presentó por agrupación fue el de 25-39 años con 31.2%, continuando en el orden el de 40 a 59 años con 17.7%. El tercer lugar, lo tiene el de 20 a 24 años con 15.1% y en forma descendente se encuentra el grupo de 15 a 19 años con 13.7%, el de 10 a 14 años con 11.8%, el de 1 a 9 años con 8.4% y el menor porcentaje, se encuentra en el grupo de 60 y mas, que corresponde al adulto mayor, con 2.2%. Al realizar la suma del grupo que corresponde a la niñez y adolescencia, corresponde a 33.9%, es decir un tercio de la violencia atendida es los servicios de salud, corresponden a este grupo.

**10TL Angiotomografía pulmonar en la valoración del tromboembolismo pulmonar.** *8f''7UfçDh*  
< UGLá, Radiólogo Intervencionista, Hospital del Valle, San Pedro Sula.

**Objetivo:** Revisar el rol actual de la tomografía multidetectores mediante estudio angiográfico de las arterias pulmonares y de la venografía por Tecnecio en la evaluación del tromboembolismo pulmonar (TEP). El TEP es la tercera causa de muerte por enfermedad cardiovascular; su diagnóstico ha sido un reto tanto para el clínico como para el radiólogo, dado que sus signos y síntomas son inespecíficos. **Metodología:** se revisaron 25 casos referidos para el estudio de angiotomografía pulmonar por sospecha clínica de TEP, en el periodo comprendido de marzo 2005 a marzo 2006. En todos los casos se utilizó el protocolo vascular pulmonar en equipo //VgMdi g de 4 canales de detectores con cortes de 1.25 mm en una sola apnea de 18 segundos como promedio. Se utilizaron 100 cc de contraste yodado no iónico, utilizando inyector automático de un solo barril a 4 cc por segundo. Todas las imágenes fueron transferidas a una estación de trabajo (; YU9 WY) para su análisis y reconstrucciones tridimensionales. **Resultados:** Quince pacientes eran del sexo femenino y 10 del sexo masculino; el 88 % de los casos era mayor de 50 años. El síntoma predominante fue disnea (92%). El 72% de los reportes de radiografías convencionales mencionaron signos indirectos de tromboembolismo. El 56% de los pacientes tenía datos de laboratorio positivos mediante la realización del dímero d. En 6 casos no se obtuvo esta información. El 80% de los pacientes referidos mostró signos tomográficos positivos de TEP: defecto de relleno del lumen de la arteria pulmonar al inyectar el medio de contraste (signos del anillo y de riel de tren). El 20% de los casos presentó signos de oligohemia, 25% derrame pleural, 30% cardiomegalia, 15% presentó signos de hipertensión pulmonar y se observó la Joroba de Hampton en un solo caso. En 6 casos se solicitó realizar venografía por TAC, encontrando la presencia de trombosis venosa profunda en los miembros inferiores en todos los casos obviando la necesidad de realizar estudio de doppler. **Conclusión:** La angio-

mografía pulmonar combinada con la venografía por CT presenta potenciales beneficios en la evaluación del TEP. La radiología convencional presenta signos indirectos en la mayoría de los casos estudiados.

**11TL Prevalencia y diagnóstico de salud mental en Honduras, 2005.** ; i UJi dYFca YcZ Médico con Maestría en Salud Pública y Maestría en Administración de Servicios de Salud. Jefa del Programa Nacional de Salud Mental, Secretaría de Salud, Tegucigalpa.

**Antecedentes:** Los servicios de salud de Honduras, a nivel de todo el país, registran datos de las atenciones de pacientes que demandan en forma específica por patología en el contexto de la salud mental. Los registros llevan un proceso que surca diferentes niveles de los servicios de salud, los que son sometidos a diversos controles de calidad, con lo cual brindan información de la prevalencia asistida, la que se origina en los servicios de salud, para lograr mejorar la planificación de los mismo y la programación de una área que se caracteriza por tener prevalencias prolongadas. **Metodología:** Revisión de los instrumentos bases que corresponden al sub-sistema de información de salud mental a nivel nacional. **Resultados:** La morbilidad que se observó establece que por cada 1,000 habitantes, encontramos que la prevalencia total fue de 14.16 atenciones de salud mental por cada 1000 habitantes; la depresión (trastornos del humor depresivo) representó 4.4 de las atenciones por cada 1000 habitantes; la epilepsia y los trastornos convulsivos 3.5 de las atenciones por cada 1000 habitantes; la violencia domestica e intrafamiliar 1.6 por cada 1000 habitantes, la neurosis 1.0 por cada 1000 habitantes y los accidentes de transito nos señala que ocurre 1.4 por cada 1000 habitantes.

**12TL Fístulas traumáticas toraco – biliares (pleurobiliares y broncobiliares): Serie de 12 casos.** ?UfY ; drz Y Médico Especialista en Cirugía General. Hospital Escuela, Tegucigalpa.

**Descripción de la serie de casos:** Los 12 pacientes ingresaron al Servicio de Urgencias Quirúrgicas del Hospital Escuela (septiembre 2000-2004) con heridas penetrantes tóraco-abdominales y desarrollaron fístulas pleuro-biliar o bronco-biliar. En todos los casos se atribuyó la aparición de las fístulas al manejo inicial inadecuado de las lesiones hepáticas y frénicas. Cinco pacientes (41.7%) presentaron drenaje < 250 cc de bilis en 24 horas y se manejaron conservadoramente. Siete casos (58.3%) requirieron cirugía y en este grupo fallecieron dos pacientes por complicaciones sépticas. Conclusión: Las fístulas toráco-biliares son complicaciones poco frecuentes, potencialmente mortales y prevenibles del trauma toráco-abdominal.

**13TL Estudio de la diversidad genética de Plasmodium falciparum en Honduras: caracterización por PCR de un brote de malaria en una comunidad endémica.** 8fU'UY]bY5 [Y' AE 7 7]bArb/6cl b]'Z 'Servicio de Parasitología, Departamento de Laboratorios Clínicos, Hospital Escuela; <sup>2</sup>Proyecto Fondo Global, Componente Malaria, Tegucigalpa, Honduras.

**Introducción.** En el año 2004 se detectó un brote de malaria por *D'ZMfi a* 'en el Municipio de Balfate, Departamento de Colon, en la costa norte de Honduras. En las primeras 14 semanas del año se habían registrado 33 casos, 43% del total de casos informados durante el año 2003. Para estudiar y contener el brote, se realizó una búsqueda activa de casos febriles utilizando Pruebas de Diagnóstico Rápido y gota gruesa. Se identificaron 5 casos de malaria falciparum, cuatro de ellos convivientes. **Objetivo.** Caracterizar genéticamente los parásitos *D'ZMfi a* obtenidos en el brote de Balfate, utilizando la técnica de reacción en cadena de la polimerasa (PCR) y marcadores genéticos polimórficos. **Material y Métodos.** El ADN se extrajo a partir de papel filtro impregnado con muestras de sangre de los pacientes identificados en el brote, utilizando saponina

como agente lisante y Chelex-100 como agente quelante. Se utilizaron iniciadores o primers para amplificar secuencias polimórficas de cada una de las tres familias alélicas (MAD20, K1 y RO33) del Bloque II de la Proteína 1 de la Superficie del Merozoito (MSP-1) de *D'ZUMfi a* "Los productos de PCR se analizaron por electroforesis de gel de agarosa y el polimorfismo de tamaño se identificó a través de la coloración con bromuro de etidio y una cámara de luz ultravioleta. Adicionalmente, se analizaron 5 aislamientos de pacientes con malaria falciparum identificados en diferentes fechas en el Hospital Escuela, Tegucigalpa, y procedentes de los departamentos de Olancho (2), Islas de la Bahía (2) y Colón (1). **Resultados.** Las cinco muestras procedentes del brote de Balfate presentaron el mismo genotipo (MAD20+/K1-/RO33-). Las muestras procedentes de diferentes departamentos revelaron tres genotipos diferentes (dos genotipos de MAD20+/K1-/RO33- y uno MAD20-/K1+/RO33-). Todas las muestras estudiadas demostraron infecciones monoclonales. **Conclusiones.** La caracterización genética de los parásitos *D'ZUMfi a* del brote proporcionó evidencia que sugiere relación entre los casos, contrastando con la variabilidad demostrada en las muestras de diferentes zonas geográficas. En general, la escasa variabilidad genética de las muestras analizadas es similar a lo ya informado para *P. falciparum* de Honduras, donde también las infecciones policlonales son infrecuentes. El uso combinado de investigación epidemiológica y herramientas moleculares puede potenciar nuestra capacidad para comprender el comportamiento epidemiológico de la malaria y fortalecer su vigilancia. : ]bubWc`dU! WVa YHcf DfomV: dHUYa ]bUc XYUFYgi YGUB UbbU dFU UDfchWEnDfca cME XYUGUi XYB'A UUFJZH! WfWogmG-85 ž: dXc; `cU< dXfUgDfqla UB UbbU XDFYbWEn7 dhc`XYUA UUFJZGYWfUXGUi X"

**14TL Conocimiento sobre infecciones de transmisión sexual y VIH-SIDA que tienen los alumnos de sexto grado de dos centros de educación primaria, Colonia San Miguel, Tegucigalpa.** CcbjU@ 9gW 7"Centro de Salud San Miguel, Secretaría de Salud, Tegucigalpa.

**Antecedentes:** Las infecciones de transmisión sexual (ITS) son enfermedades de naturaleza infecciosa causadas por hongos, virus y bacterias, adquiridas mediante el contacto durante una relación sexual sin protección con una persona infectada. También se transmiten a través de la sangre, de la madre al hijo en el embarazo, en el parto y a través de la lactancia materna. Las ITS constituyen un alto factor de morbilidad a escala mundial y nacional, representando un serio problema de salud pública, ya que involucra un gasto económico, social, laboral y tiene implicaciones morales para la persona. En Honduras la población adolescente entre 10-19 años, constituyen más del 25% de la población total, presentando características y necesidades especiales de educación, que requieren de una oferta de información, educación y servicios de atención diferenciada, bajo un enfoque altamente preventivo. **Objetivo:** Valorar el conocimiento que sobre infecciones de transmisión sexual y VIH-SIDA que tienen los alumnos de sexto grado de dos escuelas de la Colonia San Miguel, Tegucigalpa. **Metodología:** Estudio descriptivo transversal realizado en 286 alumnos de sexto grado, de ambos sexos, en edades que oscilan entre los 11 y 14 años. La recolección de datos se efectuó a través de una encuesta estructurada de once preguntas de las cuales 3 eran abiertas y 8 cerradas, cuya recolección se llevó a cabo en un promedio de 8 minutos por entrevista, no encontrando dificultad con las preguntas de la encuesta. Para la tabulación se utilizó una tabla matriz y cuadros estadísticos, y para el análisis de los datos se realizó en base a porcentajes. **Resultados:** Se encontró que los jóvenes estudiantes del sexto grado tienen conocimientos acerca de las ITS y VIH-SIDA (45.8%), siendo esta última la más conocida por la población estudiantil (79.7%). El 52.6% conoce medidas preventivas. En general, la información la obtuvieron a través de todos los medios de comunicación, pero es la televisión (34.4%) la que prevalece sobre los demás medios. Pese a esto existe un porcentaje de estudiantes que no poseen información clara sobre cuáles son las vías de transmisión de estas infecciones, así como el desconocimiento de medidas preventivas, notándose muy importante para estos

jóvenes la información de los pares al respecto. **Conclusiones y recomendaciones:** Pese a ser un acuerdo entre las Secretarías de Salud y de Educación, los programas de educación sexual no son permanentes para el fortalecimiento de conocimientos sobre las infecciones de transmisión sexual, que de no mejorar incidirá en las actitudes y prácticas de estos jóvenes en el futuro. Las escuelas deberán también tener un programa sobre esta temática dirigida a los padres para que estos puedan orientar adecuadamente a sus hijos y que desaparezca el tabú que ha existido al respecto. Así también los maestros deben ser formados en esta área a fin de que puedan proporcionar mejor conocimiento a sus alumnos y así contribuir a evitar la prevalencia de éstas en los adolescentes. Al ser los medios de comunicación fuente importante del conocimiento de éstos jóvenes. Recomendamos que el gobierno a través de las Secretarías de Salud y de Educación promuevan programas educativos en los diferentes medios de comunicación para esta población tan ávida de información. La orientación de los jóvenes es el mejor medio de llegar a otros jóvenes que no asisten a las instituciones educativas, porque son un factor multiplicador muy importante por su relación de pares que mantienen. Asimismo, este estudio permite reorientar nuestro accionar en la formación educativa preventiva de estos jóvenes.

**15TL Parálisis cerebral infantil espástica: serie casos y su tratamiento con Botox.** 8f">ogf6"5j]Yh=fIÜ  
Ortopeda y Traumatólogo, Neuro-Ortopeda Infantil. Hospital San Jorge y Teletón, Tegucigalpa.

**Antecedentes:** La espasticidad y la distonía del niño con parálisis cerebral infantil (PCI) conducen a un acortamiento progresivo de los tendones (contracturas fijas) y a deformidades óseas. La marcha, en los que la consiguen, va deteriorándose. Es conveniente tratar los primeros estadios antes de la aparición de contracturas ya que entonces la única opción es la cirugía osteotendinosa. Lo ideal es intervenir durante la etapa de contractura dinámica para prevenir su evolución. Las opciones terapéuticas son múltiples e incluyen fármacos, fisioterapia y ortesis. Actualmente es la primera vez que en el país se utiliza la toxina botulínica tipo A "Botox", para debilitar selectivamente los músculos responsables de estas contracturas. **Descripción de la serie de casos:** Durante el período de enero a abril del 2006 en la Consulta de Neuro-Ortopedia Infantil, Hospital San Jorge, Tegucigalpa, se incluyeron a 10 pacientes atendidos con diagnóstico de PCI con deformidades dinámicas no estructuradas y a quienes con consentimiento familiar se les aplicó la toxina botulínica tipo A, Botox. Ocho casos estaban comprendidos en edades entre 3-4 años y dos en edades mayores de 20 años. El 60% de los pacientes presentaron una disfunción motora sub tipo hemiplejía espástica, el 40% restante corresponde a disfunciones sub tipo diplejía espástica. El número de inyecciones por sesión fue 10-15 (40%), 25-30 (40%) y 5-10 (20%). La aplicación se realizó en múltiples puntos de los grupos musculares comprometidos. Se trataron un total de 78 grupos musculares, de los cuales el 61% presentó tono muscular que dificultaba el movimiento y un 39% presentó resistencia durante el movimiento tono. El 88% de los grupos musculares recibieron dosificación de 10 a 20 U por grupo muscular, el 12% restante recibió 20 a 50 unidades. No se presentaron efectos adversos sistémicos ni posiciones indeseables en las extremidades tratadas. **Conclusiones:** Se demostró en los 10 pacientes tratados que el Botox permitió la postergación de intervenciones quirúrgicas en pacientes de corta edad, mejoría en la deambulacion, mejoría en la facilidad de extender el miembro superior y una mayor facilidad para la realización de las actividades de la vida diaria como higiene y alimentación, facilitó la rehabilitación y favoreció la colocación de ortesis y calzado.

**16TL Caracterización clínica y epidemiológica de los pacientes atendidos por mordeduras de serpiente en el Hospital San Francisco, Olancho, Honduras, 2004 – 2005.** *Sf"A ]i Y; "Gi Yg* Departamento de Medicina Interna, Hospital San Francisco, Juticalpa, Olancho.

**Antecedentes.** En Honduras no existen datos estadísticos sistemáticos sobre accidentes por mordeduras de serpientes. Las áreas selváticas del Departamento de Olancho están entre los últimos reductos ecológicos para serpientes como la barba amarilla y la coral, pero en las últimas décadas su hábitat se ha visto amenazado por la explotación irracional agrícola y forestal. **Objetivo.** Determinar las características clínicas y epidemiológicas de los pacientes atendidos por mordedura de serpiente en el Hospital San Francisco, Juticalpa, Olancho, durante marzo 2004 a agosto 2005. **Material y métodos.** Se revisó la información estadística del Hospital para determinar el número de casos atendidos por mordedura de serpiente en el Servicio de Emergencia en el período del estudio. A partir de la historia clínica de los pacientes identificados, se colectó información clínica y epidemiológica en un instrumento diseñado para tal efecto. Los resultados se presentan como frecuencias y porcentajes de las variables estudiadas. **Resultados.** Durante el período de 18 meses se identificaron 15 pacientes. Los pacientes, 10 mujeres y 5 hombres, con edad promedio de 29 años (rango 5-63 años), procedían de los Municipios de Juticalpa (53.3%) y Catacamas (46.7%). Ninguno recibió antiveneno antes de su arribo al Hospital; 8 (53.3%) recibieron primeros auxilios. Las serpientes identificadas fueron barba amarilla (*Bothrops Ufd*, 10 casos), Bufo (3 casos) y tamagás verde (*Bothrops V\BYhi* 2 casos). En ocho casos (53.3%) la mordedura se localizó en miembros superiores y en 7 (46.7%) en miembros inferiores. De acuerdo a la clasificación clínica de severidad, 5 casos (33.3%) fueron leves, 8 (53.3%) moderados y 2 (13.3) severos. Las principales manifestaciones clínicas fueron edema (66.7%), equimosis (55.3%), sangrado local o sistémico (13.3%). En el laboratorio, muestras de todos los pacientes (100%) demostraron trastornos en el tiempo de coagulación, con 7 casos (46.7%) cuya muestra no coaguló. Todos los pacientes demostraron Las complicaciones observadas fueron, un caso cada uno: síndrome compartamental, hemorragia intracraneal, coagulación intravascular diseminada y fenómeno de recurrencia. Se registró una muerte (6.7%). **Conclusiones y recomendaciones.** Debido a las tareas agrícolas que desarrollan, introduciéndose en el hábitat de estas serpientes, entre los casos se encontraron tanto hombres y mujeres como niños y adultos. Se recomienda realizar una campaña educativa para la prevención, dotación de insumos y capacitación para el tratamiento inicial en las unidades de salud locales prioritarias.

**17TL Tratamiento de la incontinencia urinaria de esfuerzo: serie de los primeros 40 casos en Honduras.** *Sf"9XbEi ]UXZ8f"8Ub]Y7\]bW U* Servicio de Urología. Hospital Mario Catarino Rivas, San Pedro Sula.

**Antecedentes:** La incontinencia urinaria de esfuerzo es una patología altamente prevalente en el sexo femenino, llegando a afectar aproximadamente a más de 200,000 mujeres en todo el mundo. Se han descrito múltiples terapéuticas utilizadas para corregir esta patología. El Sling Transobturador es la última técnica para corregir la incontinencia urinaria de esfuerzo que por su simplicidad, y resultados es el gold estándar para su manejo. **Descripción de los casos clínicos:** En el Servicio de Urología del Hospital Mario Catarino Rivas en el periodo comprendido entre enero 2005 y febrero 2006 se trataron 40 pacientes del sexo femenino con un promedio de edad de 63 años (rango 49-76) con incontinencia urinaria de esfuerzo con una malla sintética de monofilamento autofijable sin tensión por vía agujero transobturador. Brevemente, el sistema transobturador está compuesto por dos agujas curvas de 3 mm con mango desmontable, dos dilatadores y una malla de polipropileno monofilamento con una cubierta plástica y los conectores para las agujas en sus extremos.

Las pacientes fueron evaluadas a través de examen físico, test del paño, urocultivo, estudio de ultrasonido y en algunos casos uretrocistografía/cistoscopia. Del total de pacientes, 25 presentaban hipermovilidad uretral en el examen físico, 10 tenían hipermovilidad uretral asociada a cistocele grado II-III y 2 tenían cistocele asociado a histerocele. Cinco pacientes se encontraban con insuficiencia esfinteriana intrínseca, 2 tenían antecedentes de traumatismo pelviano, 1 había sido irradiada, y 8 intervenidas quirúrgicamente en múltiples oportunidades por incontinencia con otras técnicas quirúrgicas. Se las agrupó según el grado de incontinencia: 20 con IOE tipo II, 5 tipo II-III y 12 tipo III. Se les realizó uretrocistografía a aquellas pacientes a que tenían antecedentes quirúrgicos o prolapso, adicional. A todas las pacientes se le realizó un abordaje vaginal, bajo la misma técnica quirúrgica, con una duración de la cirugía en promedio de 12 minutos (8/22 mins). El procedimiento se realizó con anestesia raquídea. El tiempo de internación fue entre 8 a 24 hs, siendo dadas de alta sin sonda vesical. Fueron evaluadas a los 7 días y un nuevo control a los 21 días y una media de seguimiento de 7 meses. De las 40 pacientes, 38 (86,4%) evolucionaron completamente secas, sin pérdidas con los esfuerzos. Dos pacientes (5,4%) perdieron mínimamente con los esfuerzos, requiriendo 1 paño por día. Estas últimas correspondieron a IOE tipo III. Las complicaciones que se presentaron incluyeron: una paciente (2,7%) sufrió una perforación vesical por lo que permaneció con sonda vesical durante 7 días, 8 (21,6%) presentaron urgencia miccional (inestabilidad vesical), 5 (13,5%) infección urinaria, 3 (8,1%) dolor suprapúbico leve. **Conclusiones:** El Sling Obturador es un nuevo método para corrección de la incontinencia femenina. Es una técnica fácil y rápida, con un resultado favorable en la mayoría de estos casos. El manejo de la incontinencia en Honduras ha cambiado con esta técnica que se constituye en la técnica de elección por su tiempo menor a los 15 minutos y un éxito mayor al 95% de corrección en la pérdida de orina femenina.

**18TL Injerto autólogo de vena safena en lesión traumática de arteria femoral.** *8f">g; U|bz\* < i [c· F Yg; jfCE\* >"; UWU7fyct"* <sup>1</sup>Especialista de Segundo Grado en Cirugía General, Profesor Auxiliar, Cuba; <sup>2</sup>Especialista de primer grado en Cirugía General, Honduras; <sup>3</sup>Especialista de primer grado en Medicina Física y Rehabilitación, Cuba, Hospital de Puerto Lempira, La Mosquitia.

**Antecedentes:** Las lesiones vasculares traumáticas de extremidades constituyen un reto para el cirujano mas experimentado. Por la gravedad de estas lesiones, se impone una valoración integral de las posibilidades de diagnostico y tratamiento para un resultado adecuado. **Descripción del caso clínico:** Presentamos el caso de un paciente masculino de 21 años que es llevado al hospital en estado de shock hipovolémico por posible lesión vascular en muslo derecho debido a herida de arma de fuego. Durante la exploración quirúrgica se encuentra una sección completa de vena femoral con perdida de sustancia, realizándose ligadura. Cinco días después, se diagnostica una lesión de la arteria femoral por sangrado masivo, reanimándose al paciente y tomando medidas de control de daño para conservar signos vitales. Se realiza injerto autólogo reverso de vena safena mayor izquierda, con una evolución favorable.

**19TL Características clínicas y epidemiológicas de pacientes sometidos a cirugía por cáncer de tiroides, Hospital General San Felipe. Tegucigalpa.** *8f">gfb Ui b'@Yi g8f" A U|cB cf'* Cirugía General y Cirugía Oncológica, Hospital San Felipe, Tegucigalpa.

**Objetivo:** Determinar las características clínicas y epidemiológicas en los pacientes sometidos a cirugía por cáncer de tiroides. **Metodología:** Estudio observacional descriptivo. Se incluyeron 80 casos de pacientes sometidos a tiroidectomía total en el Departamento de Oncología del Hospital General San Felipe, durante el período 1998-2003. Se analizaron variables clínicas y epidemiológicas utilizando el programa estadístico

EpiInfo 6.04 para analizar los datos. **Resultados:** De los 80 pacientes sometidos a tiroidectomías totales por cáncer de tiroides, 50 (62%) eran mujeres, 38 (40%) eran menores de 39 años, 53 (66%) procedían de la zona norte y sur del país, 28(35%) y 22 (28%) tenían antecedente de hipertensión y tabaquismo, respectivamente. Setenta y un casos (89%) presentaron cáncer papilar, 7 (9%) cáncer folicular; 32 (40%) presentaron hipocalcemia como complicación post operatoria. No se observó lesión del nervio laríngeo recurrente. La media de hospitalización fue 3.5 días. La sobrevida estimada con la escala de MACIS a 20 años será de 99% para 65 pacientes y de 89% para 15 pacientes. **Conclusiones y recomendaciones:** El cáncer de tiroides es una patología de gente joven que diagnosticada y tratada a tiempo tiene un excelente pronóstico a 20 años. La cirugía es segura en manos experimentadas. En nuestro país no hay diferencias significativas en el manejo de los pacientes con cáncer de Tiroides.

**20TL Exposición prenatal a radiación en relación con Leucemia Linfoblástica Aguda. 8fU'Fd UBU**  
A UfBYZ Hemato- Oncóloga. Hospital Mario Catarino Rivas, San Pedro Sula.

**Descripción de casos clínicos. Primer caso:** V.J.B. Fecha de nacimiento: 25 de octubre del 2002, Domicilio: San Pedro Sula Consulta inicial: 19 de diciembre del 2005. Paciente femenina de tres años de edad, referida al HMCR con historia de fiebre de una semana de evolución, un episodio de epistaxis, artralgiás y adenopatías cervicales. Examen físico: Peso 12.2 kg Temperatura 37.5 Nariz sin evidencia de sangrado en este momento. Boca, faringe y amígdalas sin anormalidades. Pulmones clínicamente limpios. Abdomen: hígado palpable 4 cms bajo el reborde costal derecho, bazo 3 cms. Hemograma inicial: Hb 7.5 g/dl, Leucocitos 33,700 con 22 linfocitos, 17 monocitos, 61 granulocitos. Plaquetas 54,000. 21 de diciembre: se hace aspirado de médula ósea. Se reporta médula completamente sustituida por blastos linfoides que por morfología corresponden a L1. Se toma muestra para inmunofenotipo. 26 de diciembre: Reportan inmunofenotipo con CD19, CD22, cCD79a positivos. TdT, CD10 positivos. Expresión aberrante de marcador mielóide CD15. Se interpretó como Leucemia Linfoblástica Aguda pre B temprana. Índice de DNA 1.0 LCR inicial sin blastos. No había masa mediastinal en la RX de tórax. Iniciamos quimioterapia el 28 de diciembre, con el protocolo GHS II, que implica: Vincristina 1.5 mg/m días 1 y 8 Daunorrubicina 25 mg/m días 1 y 8 Asparginasa 10,000 u/m x 6 dosis en las primeras dos semanas Se realizó médula ósea al día 14 de quimioterapia y esta persistía en M3, es decir con más de 25 de blastos. Completamos el esquema de tratamiento aplicando una 3ª dosis de Daunorrubicina, 3 dosis adicionales de Asparginasa, y luego Ciclofosfamida, Cytosar, etopósido, mercaptopurina y esteroides, sin que se lograra remisión en algún momento. La paciente sobrevive aun en quimioterapia paliativa y en moderado buen estado general. Comentario: La LLA en niños ha pasado de ser uniformemente fatal a tasas de curación entre 65 y 75. Se ha ajustado el tratamiento de acuerdo a características de riesgo de la enfermedad. Estas incluyen: edad menor de 1 año o mayor de 10 años, carga tumoral circulante mayor de 50,000, presencia de masa mediastinal, infiltración a sitios santuarios (SNC, testículos en varones), inmunofenotipo T, DNA hipodiploide (menor de 1.0) o presencia de aberraciones cromosómicas. En el caso que presentamos la niña no tenía ninguna de estas características, exceptuando la presencia de aberraciones, que no fue explorada. Por otro lado no hay antecedentes familiares de cáncer, ni exposición evidente a tóxicos ambientales. La madre sin embargo recuerda claramente que se expuso a radiación por una luxación en miembro superior, durante el primer trimestre del embarazo. De hecho tuvo luego seguimiento estrecho por esta causa, sin que se evidenciara anormalidad alguna en la bebé en el proceso de gestación ni en los primeros dos años de vida. La exposición a radiación ionizante como causa de cáncer fue bien descrita luego de la explosión de la bomba atómica en la primera guerra mundial. Desde 1978 hay reportes de aumento en el riesgo de leucemia en niños expuestos a irradiación in útero, particularmente durante el primer trimestre del embarazo. La academia

nacional de ciencias de los Estados Unidos reporta un aumento de 5 veces en el riesgo de cáncer en niños expuestos a radiación en el primer trimestre, pero de solo 1.5 veces para los que se exponen en el segundo o tercer trimestre. El riesgo aumentado de leucemia se extiende hasta los 12 años de edad. No hay descripción sin embargo de casos como el que nos ocupa, totalmente refractario a tratamiento, pese a no tener al diagnóstico criterios de alto riesgo. Es esta conducta biológica una consecuencia de la génesis de la enfermedad por radiación? **Segundo caso:** G.M. Fecha de nacimiento: 14 de mayo del 2003. Domicilio: Choloma, Cortés. Paciente femenina de casi tres años de edad al momento del diagnóstico. Consulta con historia de dos semanas de fiebre persistente que siguieron a una infección por varicela; pero que pese a la resolución de las lesiones en piel, persistió febril, por lo que consulta. Antecedentes relevantes: Madre de 29 años de edad. La paciente es producto de embarazo gemelar, con dos productos femeninos, homocigotos, que nacieron prematuramente a las 32 semanas de gestación. La madre estuvo expuesta a radiación ionizante mientras acompañaba a otro de sus hijos durante una radiografía de tórax por sospecha de neumonía. Esto ocurrió dos semanas antes del parto (semana 30 de gestación). La primera gemela fue diagnosticada con Leucemia linfoblástica aguda el 8 de mayo del 2005, sin que se completaran estudios de inmunofenotipo. Murió a los 24 días de tratamiento. G.M. fue diagnosticada el 1 de mayo del 2006, con una LLA Pre B temprana por inmunofenotipo, con un índice de DNA de 1.21. La paciente se encuentra aun en consolidación y ha respondido adecuadamente al tratamiento. Comentario: En este caso tenemos la coincidencia de dos elementos inusuales en lo que respecta a leucemias pediátricas: en primer lugar el antecedente claro de exposición a radiación, aunque ocurrió en el tercer trimestre, cuando de acuerdo a la literatura solo existe un riesgo relativo de 1.5 veces mayor al normal. Por otro lado, el hecho de que siendo gemelas idénticas desarrollen ambas leucemia linfoblástica aguda, aunque en forma asincrónica. Esto puede deberse a carga genética o a exposición in útero a factores desencadenantes en ambos fetos, que es lo que creemos que ocurrió.

**21TL Estadísticas vitales y efectos en la reducción de la mortalidad materna e infantil en poblaciones beneficiadas con la implementación de entrega del Paquete de Servicios Básicos de Salud.**

: fU\_ }b`M< YlzbXYŽ A 8ŽA GWC Coordinador Técnico de Monitoreo y Evaluación APS/PRIESS, Tegucigalpa.

**Antecedentes:** En 1978, en la conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud (APS) celebrada en Alma Ata se definió y otorgó reconocimientos internacional al concepto de APS. Durante dicha conferencia se identificó la APS como la principal estrategia de para alcanzar la meta de “Salud para todos en el año 2000”. Para el año 2005 según estimaciones del INE, Honduras contó con una población total de 7,205,000 de habitantes, una tasa cruda de natalidad de 28.5 x 1,000 habitantes; una tasa cruda de mortalidad de 6 x 1,000 habitantes; crecimiento anual del 2.2%; población urbana representando el 46.4%; razón de mortalidad materna de 108 x 100,000 nacidos vivos; tasa de mortalidad infantil de 34 x 1,000 nacidos vivos; mortalidad en <5 años 46.3 x 1,000 nacidos vivos y la inversión en salud en porcentaje del PIB para el 2001 fue de 3.1% y un 11% en el 2001 del gasto total del Gobierno Central fue para el Sector Salud. **Descripción de la experiencia de salud pública:** El componente de extensión de cobertura desarrolló un fuerte trabajo de promoción de la salud con la participación permanente de la comunidad a través de Comités de Salud y Voluntarios de Salud. El enfoque del Paquete de Servicios Básicos de Salud con un enfoque Materno-Infantil definió a partir de datos de línea base (CEFASA) un programa de capacitación orientado a desarrollar capacidades locales en la prevención de la enfermedad fomentando el auto cuidado de su salud. Para medir el resultado del trabajo de Promoción de la Salud y Prevención de la Enfermedad, se llevó a cabo un seguimiento de hechos vitales, en los que se registran estadísticas vitales, recogiéndose en un período de 9 meses (abril a diciembre de 2005).

En un total de 711 comunidades se reportaron 3,400 nacimientos (91% de los nacimientos esperados), con respecto a las mujeres en edad fértil, un 10% de las mismas dieron a luz, llegando los embarazos ocurridos al 89.4% de los embarazos esperados. Del total de nacimientos, 53.2% fueron masculinos y 46.8% femeninos; siendo el promedio de 4.8 nacimientos por comunidad en 9 meses, siendo el promedio de población por comunidad 228 personas, de los cuales el 10% representaron los menores de 1 año. Con relación a las muertes, en total se reportaron 189 muertes, 86 (45.5%) fueron femeninas, 100 (52.9%) masculinas y no se consignó el sexo en 3 (1.5%). Los grupos de edad más afectados fueron los menores de 1 año 83 (43.9%); seguido de los mayores de 60 años 38 (20.1%); de 1 a 4 años 23 (12.2%) y de 15 a 30 años 18 (9.5%). Al agrupar las muertes por grupos de edad y sexo, en el grupo femenino las menores de 1 año fue el grupo más afectado (37.2%), seguido de las mayores de 60 años (20.9%) y luego por el grupo de 15 a 30 años (12.8%). En el caso del grupo masculino, el grupo más afectado igualmente fue el de menores de 1 año (48%), seguido de los mayores de 60 años (20%) y luego de 1 a 4 años (13%). Las 5 causas principales de muerte fueron: neumonía (15%), dificultad respiratoria al nacer (13%), complicaciones cardiovasculares (13%) y deshidratación por diarrea (9%). En los menores de 1 año las principales causas de muerte fueron: dificultad respiratoria al nacimiento (27.7%), neumonía (19.3%), deshidratación por diarrea (13.3%), malformaciones congénitas (9.6%) y bajo peso al nacer (8.4%). Al estudiar a las mujeres en edad fértil se encontró que las principales causas de muerte fueron: hemorragia posparto (10.5%), sepsis puerperal (10.5%), ahogamiento por sumersión (10.5%), insuficiencia renal aguda (10.5%) y tumor maligno (10.5%). En el caso de los hombre de 15 a 40 años, la principal causa de muerte fue por disparo de arma de fuego (33.3%). En la población mayor de 60 años las principales causas de muerte fueron: enfermedad cardiovascular (41%), tumor maligno (10.3%), politraumatismos (7.7%) y neumonía (7.7%). **Lecciones aprendidas:** Con el incremento de la planificación a 8.5% de las MEF, se redujeron el número de nacimiento en un promedio de 0.9 nacimientos nuevos por comunidad durante el año 2005, otro aspecto a considerar es la importante migración afuera del país especialmente de las zonas rurales, 31.2% de las personas que ha salido del país. Lo anterior se refleja en la ocurrencia del 89.4% de los embarazos esperados, con una reducción del 10% de los embarazos esperados. Al realizar el estudio de mortalidad nos encontramos que los registros de causas de muerte desagregados por sexo y grupos de edad, no esta disponible, lo cual sugiere la necesidad de fortalecer el sistema de información de tal forma que registre los eventos en salud y especialmente las estadísticas vitales. Si bien las enfermedades infecciosas son las principales causa de muerte en el grupo de 1 a 4 años, los problemas ocurridos durante o inmediatamente después del parto son las principales causas de mortalidad infantil, que en las MEF las principales causas de muerte sean las relacionadas con complicaciones especialmente posparto, mientras que en los adultos hombres las defunciones por arma de fuego es la principal causa de muerte y que en las personas mayores de 60 años los problemas vasculares y neoplasias sean las más frecuentes causas de muerte, nos sugieren la necesidad de fortalecer la APS orientada a los problemas específicos de cada zona y con la participación de todos los actores. Como resultado final y pese a que la mayoría de las causas de muerte fueron prevenibles, las muertes infantiles se redujeron significativamente de 131 a 78 y las muertes maternas de 69 a 4.

**22TL Hipotermia indeseada en el paciente anestesiado.** *8fU'BUW]YA i b[i #Z* Anestesióloga, Hospital Regional de Occidente, Santa Rosa de Copán.

**Antecedentes:** La hipotermia es un problema cotidiano de cualquier procedimiento anestésico y raramente los anestesiólogos monitorean la temperatura corporal de los pacientes. Informes recientes sobre ensayos aleatorios han mostrado que la hipotermia se asocia a numerosas alteraciones fisiológicas, farmacodinámicas y farmacocinéticas de las drogas, agentes anestésicos y miorelajantes, así como a complicaciones y malos

resultados. El grado de la hipotermia que en forma no intencionada aparece durante la conducción de una anestesia general, epidural o combinada, depende de muchos factores entre los cuales se destacan las edades extremas de la vida, la desnutrición, la climatización de los quirófanos, la extensión de la operación, su duración, la infusión de soluciones y transfusiones de sangre frías y la técnica anestésica empleada. **Objetivo:** Describir los efectos de los anestésicos volátiles en el centro de termorregulación cerebral. **Metodología:** Estudio observacional descriptivo transversal en 50 pacientes a quienes se les administró anestesia general endotraqueal en procedimientos de cirugía abdominal de 1-3 horas de duración. Se utilizó Enflurane, Sevoflurane (25 pacientes con cada anestésico inhalado). Se incluyeron pacientes ASA I y ASA II, quienes estaban programados para cirugía abdominal (laparotomía exploradora por exploración de vías biliares, exploración pélvica, hernias incisionales gigantes)- **Resultados:** La temperatura central disminuyó  $1.6 \pm 0.3^\circ$  centígrados en la primera hora de anestesia (primera fase). Durante las subsecuentes dos horas de anestesia (segunda fase), la temperatura central disminuyó  $1.1 \pm 0.3^\circ$  centígrados adicionales. La disminución total de la temperatura central fue de  $2.8 \pm 0.5^\circ$  centígrados durante las 3 horas de anestesia en los pacientes en quienes se utilizó Enflurane a su concentración alveolar mínima (MAC ó CAM) y estos valores disminuyeron un 10% en los pacientes en quienes se utilizó Sevoflurane a su Concentración Alveolar Mínima **Conclusión y recomendaciones:** La hipotermia central durante la primera hora de anestesia resultó casi exclusivamente de la redistribución del calor corporal, y la redistribución permaneció como la más importante causa aún después de 3 horas de anestesia. Recomendamos evitar el baño al paciente con agua fría el día de ser llevado a cirugía, transportar el paciente adecuadamente cubierto con protección de extremidades y usando mantas que permitan mantener temperatura periférica adecuada, utilizar vendajes «estoquinetes» o en su defecto vendajes de algodón para cubrir extremidades antes, durante y después de cirugía, monitorizar la temperatura central antes, durante y después de cirugía. Previo a la iniciación de un procedimiento quirúrgico, el paciente debe estar eutérmico, y si se detecta hipotermia se debe proceder a un calentamiento activo.

### 23TL Situación actual del cáncer de cérvix en el Occidente de Honduras. 8f; Ya Ub6UfWUg Obstetra, Hospital de Occidente, Santa Rosa de Copán.

**Antecedentes:** En los países desarrollados ya se habla de aplicar una vacuna que prevenga el cáncer de cervix, mientras que nosotros aún tenemos que vivir en nuestras unidades de salud el desagradable momento de diagnosticar un cáncer invasor de cuello uterino en donde muy poco podemos hacer para disminuir el dolor y mejorar la calidad de vida de estas mujeres. El conocer las características del cáncer de cérvix en nuestra región nos permitiría definir estrategias para disminuir este problema ya que este cáncer es perfectamente evitable. **Objetivo:** Describir las características clínicas y epidemiológicas de las mujeres con patología cervical atendidas en el Hospital de Occidente. **Metodología:** Se revisó la serie de todos los casos de lesiones precursoras y lesiones malignas de cuello uterino observadas en el Hospital de Occidente durante los años 2002 al 2005. Los datos obtenidos fueron analizados con programa estadístico (EpiInfo, CDC, Atlanta, USA). **Resultados:** Se encontraron 256 casos relacionados con patología cervical, 25% son casos de lesiones precursoras, NIC grados I, II; 21.5% corresponden a carcinoma *lbigli* y el resto 137 casos (53.5%) corresponden a carcinoma invasor. El promedio de edad de las mujeres fue de 46 años + 12 años. La edad mínima observada fue 19 años y la máxima 80 años. El 63.5% procedían del Departamento de Copán y siguiéndole en orden de importancia, están los departamentos de Santa Bárbara, Lempira y Ocotepeque. La mortalidad intrahospitalaria registrada fue 2.6% pero se debe considerar que nuestro hospital en las lesiones avanzadas solo proporciona manejo paliativo y de tránsito para los hospitales nacionales. **Conclusiones y recomendaciones:** El cáncer de cérvix es un importante y creciente problema de salud pública. Es imperante contar con un programa dirigido a la detección temprana de las lesiones precursoras para poder disminuir este problema.

**24TL Crioterapia en lesiones precancerosas de cuello uterino, 8f"7UfögA WBUZ** Ginecobstetra. Facultad de Ciencias Médicas, UNAH, Tegucigalpa.

**Antecedentes:** Las lesiones precancerosas del cuello uterino (LPCU) que se han descrito en la literatura van desde la controversial atipia celular (ASCUS) hasta las etapas progresivas subsecuentes de displasia leve a severa (NIC I a III). **Metodología:** Se describe el uso de crioterapia para lesiones precancerosas de cervix en un periodo de 25 años en nuestra clínica privada del Hospital La Policlínica, Comayagüela, en 362 pacientes. El protocolo, diseñado en 1979, incluye el uso de óxido nitroso durante tres minutos en ASCUS y de seis minutos para casos de NIC moderada a grave. La principal herramienta diagnóstica fue el tamizaje con citología cervical Papanicolao (PPC); la biopsia colposcópica se utilizó solamente en casos seleccionados. **Resultados:** La mayor parte de mujeres posmenopáusicas con ASCUS, se trataron exitosamente con crema tópica de estrógenos durante tres meses. Sin embargo, las que no respondieron a este esquema se sometieron a crioterapia con buenos resultados. La gran mayoría de mujeres entre 25 y 50 años que presentaron atipia o displasia en diversos grados se manejaron exitosamente con crioterapia. No se utilizó el sistema de Bethesda ya que apareció hasta el año 2001. Tampoco se estudió el virus del papiloma humano (HPV) puesto que su relación con lesiones precancerosas ha sido estudiada hasta recientemente. **Conclusión:** La identificación a futuro de las LPCU, probablemente incluirá: colposcopia, citología cervical y la identificación del HPV oncogénico. En el presente estudio de intervención se encontró que el uso de la crioterapia en 362 pacientes, fue clínicamente sensato con respuesta adecuada en el 100% de los casos.

**25TL Evaluación del Programa de Malaria en el Municipio de Jutiapa, Atlántida, año 2005. 8fU'8 Ugn**  
; i UxcUFUa qz' 8 Ya lb'7i frñ' 6fYXUA YjXXi" <sup>1</sup>Epidemióloga, Región Departamental de Atlántida, La Ceiba, Secretaría de Salud; <sup>2</sup>Consultor Internacional Enfermedades Transmisibles, OPS/OMS; <sup>3</sup>Coordinadora Maestría de Epidemiología, Facultad de Ciencias Médicas, UNAH, Tegucigalpa.

**Antecedentes:** La malaria es un problema mundial grave que afecta de forma inaceptable la salud y el bienestar económico de las comunidades más pobres. En Honduras, se considera que 87% del territorio tiene condiciones aptas para su transmisión con cinco departamentos que informan el 80% de los casos (Atlántida, Colón, Gracias a Dios, Islas de la Bahía y Olancho). **Objetivo:** Evaluar el Programa de Malaria que se ejecutó en el año 2005 en el Municipio de Jutiapa, Atlántida. **Metodología:** Estudio descriptivo transversal con recolección de datos durante Septiembre a Noviembre. Se entrevistó a personal institucional (técnicos de salud ambiental, enfermeras, médicos, personal de laboratorio) y comunitario (colabores voluntarios de la malaria o ColVol, líderes, gerentes de empresas y pacientes). Además, se realizó observación directa del personal y se evaluó el vaciado de información en formularios. **Resultados:** En relación a la integración del programa a los servicios generales de salud, se encontró que 71% del personal institucional tiene > 2 años de laborar en su sede actual, 62% de los recursos indicó disponer de las normas del programa y de éstos, sólo 28% refirió consultarlas. El 48% mencionó los elementos básicos de la definición de caso y 39% de los casos del período fueron diagnosticados directamente por los servicios institucionales. En relación a la caracterización de la vigilancia epidemiológica, se encontró que el laboratorio estaba abastecido en 46% y la media semanal de muestras examinadas resultó de 25. En 24% de los casos, la muestra se revisó en un período < 14 días a partir del inicio de los síntomas, en 33% en un período < 14 días desde la toma de la muestra. Sólo en 63% de las semanas se enviaron muestras para control de calidad y la notificación del alerta semanal de malaria fue 76%. El 72% de los ColVol tiene > 2 años de colaboración, 35% informó que fue visitado por un TSA en los últimos 60 días o menos, y sólo 23% se encontró con un abastecimiento > 80%. En la caracterización de

la participación social, se encontró que 85% de los líderes comunitarios han participado en actividades contra la malaria y el 39% de las instituciones en la comunidad han participado en reuniones de trabajo con la institución salud. El 94% de los usuarios calificó de muy buena la atención del ColVol y sólo 68% calificó de la misma forma la atención recibida en el centro de salud. **Conclusiones y recomendaciones:** La estrategia de integración del programa de malaria a los servicios generales de salud es un proceso no consolidado. Debilidades en la vigilancia epidemiológica son susceptibles de fortalecerse, como la falta de oportunidad en el proceso de confirmación de casos y control de calidad y sistema de información no actualizado. La participación social y comunitaria se ha limitado a la ejecución puntual por parte de la comunidad de acciones definidas por el nivel institucional, en lugar de un proceso de empoderamiento de la población. La malaria debe conceptualizarse como un problema de salud y desarrollo. El Municipio de Jutiapa requiere de un proceso fuerte de desarrollo de recursos humanos, de la participación social y la coordinación interinstitucional. : *JbubVUX dFVUa YBY dfDfcmV: dFUYa Jbc XYUFYi YUB UBU dFUUDf dWCEmDfa cVEXYUGUi XYbA UUFJZH VFWogm G=85 ž: dx;` cU< dx flgmUCXWUfUXGUi X< dx flg'*

**26TL Absceso abdominal. Reporte de un caso.** '8f">gf7UWac" Cirujano Vascular y Angiologo, Facultad de Ciencias Medicas.

**Descripción del Caso:** Paciente del sexo masculino de 18 años de edad, estudiante universitario, sin antecedentes patológicos. El paciente se presentó con cuadro de tres semanas de evolución de fiebre, náuseas y vómitos, evolucionando con exacerbación de fiebre, disnea y afección del estado general. Al examen físico el paciente estaba alerta, lucido, cooperador, con cuadro febril de 38.5° C, lucía agudamente enfermo, con tinte icterico en piel y conjuntivas. A la exploración pulmonar se encontró estertores y crépitos bilaterales. El abdomen se encontró distendido, con hepatoesplenomegalia, sin signos claros de irritación peritoneal. Los hallazgos de laboratorio al ingreso demostraron los siguientes valores: Ht 22.9 vol%, Hb 8 g/dL, plaquetas 324,000/ul, creatinina 0.716 mg/dl, leucocitos 19,600 cel/ul, Se solicitaron exámenes complementarios incluyendo hemocultivo, urocultivo y TAC abdominal. Se decidió conducta expectante en espera de resultados. A las 48 horas de ingreso, el paciente presentó fiebre de 39° C. La radiografía de tórax demostró neumonía basal desecha, por lo que fue ingresado a la Unidad de Terapia Intensiva persistiendo con el mismo cuadro. Resultados adicionales de exámenes incluyen: Coombs Directo negativo, Coombs Indirecto negativo, anticuerpos antinucleares negativo, IgG Citomegalovirus negativo, IgM Citomegalovirus negativo, cardiolipinas IgM 8, Cardiolipinas IgA 1.5, anticuerpos A *JWUga UdbYa cbJY* negativo, VIH negativo. La TAC abdominal informó trombosis venosa portal intra y extra hepática más abscesos múltiples intrahepáticos. A los 5 días de hospitalización, las opiniones clínicas se refieren a un proceso hemolítico agudo por coagulación intravascular directa debida a trombosis o infección. Se decide realizar laparotomía exploradora en vista de la evolución tórpida del paciente encontrando absceso retroperitoneal secundario a apendicitis aguda y hematoma subyacente. Ambos cedieron con recuperación de todo el proceso. El paciente egresó en buenas condiciones.

**27TL Evaluación de la terapia de apoyo y depresión en adolescentes embarazadas que asisten al Cesamo Las Crucitas, Tegucigalpa.** : *fUBW5 "FUa #Yž:J Wf; JfCB 5 JWDUžF JWX'A UWX 5 a fJWF Yg'* <sup>1</sup>Residente Postgrado de Psiquiatría, <sup>2</sup>Secretaría de Salud, Hospital Psiquiátrico Mario Mendoza, <sup>3</sup>Departamento de Patología Hospital Escuela y Catedrático UNAH, <sup>4</sup>Coordinador del Post Grado de Psiquiatría.

**Antecedentes:** La adolescencia esta comprendida entre los 12 y 19 años, siendo un período de transición entre la pubertad y la edad adulta. **Objetivo:** Determinar la frecuencia de depresión y evaluación de la terapia

grupal en las adolescentes embarazadas que asisten a control al CESAMO las crucitas durante el segundo trimestre del año 2005. **Metodología:** Se realizó una evaluación a 56 adolescentes embarazadas, se dividió en dos grupos: 41 que únicamente recibieron control y 15 de ellas además de su control pertenecían a un grupo de terapia de apoyo coordinado por el servicio de trabajo social. El estudio se realizó mediante dos enfoques: cuantitativo y cualitativo evaluándose datos: socioeconómicos, familia, conyugue, depresión mediante la escala de Hamilton, entrevistas de profundidad, grabaciones y fotografías previo consentimiento informado por escrito. **Resultados:** Adolescentes que no pertenecen al grupo de terapia el 5% estaban entre 12-13 años, 13% entre 14-15 años, 51% entre 16-17 años y 31% entre 18-19 años, el 7% se encontraban casadas, el 24% solteras y 68% en unión libre, el 32% sin conyugue, 22% esta era su segunda pareja, 5% la tercera y el 3% la cuarta, el 88% considero su embarazo como no deseado, el 63% dice que todavía no sabe porque se embarazo, 76% desearía no estar embarazada, el 73% estaba arrepentida, el 83% temerosa, 54% reporto deseos de morir, el 44% tuvo ideación suicida y 24% realizo intentos suicidas, el 44% presentaba una depresión moderada y el 27% grave. Las del grupo de terapia: el 13% se encontraba entre 14-15 años, 53% 16-17 años, 33% 18-19 años, 73% unión libre, 13% casadas y solteras respectivamente, 27% esta sin su pareja, 33% esta era su segunda pareja, 7% tercera, 87% no deseaba el embarazo, 73% todavía no sabe porque se embarazo, 73% desearía estar no embarazada, 76% están arrepentidas del embarazo, 22% reporto deseos de morir, 6% ha tenido ideación suicida y 2% lo intento, 27% presenta depresión moderada y 13% grave. **Conclusiones:** A pesar que ambos grupos presentan características y condiciones similares, el grupo que recibió la terapia grupal presento porcentajes más bajos de depresión, ideación e intento suicida, reflejando que la terapia grupal es fundamental en las adolescentes embarazadas.

**28TL Prevalencia de diabetes e hipertensión arterial y factores asociados en la ciudad de Tegucigalpa, Honduras.** Fi VjbDUa U7UffUgZA 8/9 JUG"DjbyXZA GW9XUX: YfzbXYZA 8ZA GW@i lg5 a jXcUz A 8ZA GW5 XJUBU< YfzbXYZA GW fU\_ jlb< YfzbXYZA 8ZA GW Fundación Hondureña de Diabetes, Secretaría de Salud, OPS/OMS, PRIESS

**Antecedentes:** En Honduras el conocimiento de la situación actual de las enfermedades no transmisibles es muy limitado. La diabetes constituye la causa número 18 de consulta externa en población de 15 a 49 años, representado el 1%, el cual aumenta a 3.6% en población de 50 años y más. Al revisar las causas de mortalidad en hospitales públicos y privados la diabetes mellitus ocupa el decimosexto y decimoquinto lugar respectivamente. En un estudio de tamisaje para detección de glucosa en sangre con muestreo capilar en 6914 personas mayores de 35 años y con factores de riesgo de Tegucigalpa y San Pedro Sula entre 1997 y 1999, se encontró que el 12.1% tenían glucemias en ayunas iguales o mayores a 140 mg/dl. La hipertensión arterial es la primera causa de consulta externa en el INT, de los cuales el 74% presenta sobrepeso y obesidad. Según opiniones de profesionales de la salud se considera que las dislipidemias pueden superar el 60%. **Objetivos:** determinar la prevalencia de diabetes mellitus, hipertensión arterial y los factores asociados y con base a resultados proponer estrategias de intervención. **Material y métodos:** El diseño corresponde a un estudio descriptivo transversal. La muestra calculada fue de 2400 personas, seleccionadas por etapas: 4 unidades de salud, 13 barrios y colonias, 96 manzanas. Se aplicó una encuesta y se realizó toma de valores bioquímicos, antropométricos y de toma de presión. La diabetes mellitus fue diagnosticada a través de una glucemia en ayunas y una prueba de tolerancia a la glucosa 2 horas después de una carga de 75 gramos de glucosa, según criterios de la OMS. La presión arterial se midió con tensiómetros digitales debidamente calibrados. **Resultados:** La prevalencia global de diabetes mellitus fue de 8.0%, y de 17.3% para pre diabetes. Un 42.3% de las personas con diabetes son de diagnóstico nuevo. La prevalencia global de hipertensión arterial fue de 23.9%, y de 16.0% para pre hipertensión.

sión. Un 33.3% de las personas con hipertensión arterial son de diagnóstico nuevo. En relación a los factores asociados se encontró una prevalencia de sobrepeso y obesidad de 58.5% por índice de masa corporal, y de 43.8% de obesidad central por perímetro abdominal. La prevalencia de colesterol total elevado fue de 53.4% y de 48.6% para triglicéridos elevados. La prevalencia de síndrome metabólico resultó de 24.2% utilizando los criterios de ATPIII. **Conclusiones y recomendaciones:** Las prevalencias de diabetes mellitus, hipertensión arterial, obesidad, dislipidemias y síndrome metabólico son comparables con resultados encontrados en otros países centroamericanos, comprobándose que estas enfermedades ya son un problema de salud pública importante, y reflejan una tendencia a su incremento por los altos porcentajes de personas con pre diabetes e pre hipertensión, si no se implementan estrategias de prevención en el país.

**29TL Evaluación del sistema de vigilancia epidemiológica de la malaria en el Municipio de Tocoa, Departamento de Colón, Honduras.** @|W7U|bUG\YaUbž 8fU'XWY|bY5 |fž 8fU'@UfUx |JU GU|UXž 8fU'; `d|JUGi zfyž 8f"A fW5 "D|byž 8f">gfC"GcGfUbc" <sup>1</sup>Programa de Entrenamiento en Epidemiología de Campo, Dirección de Vigilancia de la Salud, Secretaría de Salud, Tegucigalpa; <sup>2</sup>Servicio de Parasitología, Departamento de Laboratorios Clínicos, Hospital Escuela; <sup>3</sup>Programa Nacional de Prevención y Control de la Malaria, Secretaría de Salud; <sup>4</sup>Programa de Entrenamiento en Epidemiología de Campo, Centros de Control y Prevención de Enfermedades, San Salvador, El Salvador; <sup>5</sup>Consultor, Centros de Control y Prevención de Enfermedades, Tegucigalpa, Honduras; <sup>6</sup>Dirección de Vigilancia de la Salud, Secretaría de Salud.

**Antecedentes:** El sistema de vigilancia de malaria en la Secretaría de Salud de Honduras inició en 1942 con el propósito de detectar y tratar los casos, documentar la distribución de la enfermedad por especie parasitaria y evaluar las estrategias de control. En la actualidad, el 78% de la población hondureña habita en zonas con algún de riesgo de transmisión de malaria y el Municipio de Tocoa, Departamento de Colón, es uno de los municipios con mayor incidencia de malaria a nivel nacional. **Objetivo:** Evaluar el sistema de vigilancia epidemiológica de la malaria que se ejecuta en el Municipio de Tocoa. **Metodología:** Se diseñó un instrumento para coleccionar las características del Sistema. En agosto del año 2004 se entrevistó a personal de la red de Colaboradores Voluntarios Comunitarios (Col-Vol.), del Área Municipal (Unidades de Salud y Unidad Ambiental) y del Hospital de Tocoa (Laboratorio Clínico y Departamento de Estadística). Se visitó el 100% (12) de las Unidades de Salud (US) y aleatoriamente se entrevistó un máximo de dos Col-Vol. de cada US. Se estimó el valor predicativo positivo (VPP) del Sistema comparando los resultados de laboratorio de los años 2001-2003. Se utilizó EpiInfo 3.2.2 para el cálculo de frecuencias y promedios de algunos atributos. **Resultados:** El Sistema que se ejecuta en el Municipio de Tocoa cuenta con dos tipos de definición clínica de caso y se desarrolla a partir de registros de la red de Col-Vol. y US. La información fluye desde el nivel local al central por dos vías diferentes. Mediante el uso de indicadores detecta tendencias y evalúa impacto, determina ocurrencia de casos en tiempo, lugar y persona, con una aceptabilidad del 70%. Pueden transcurrir hasta 37 días entre la toma de la muestra y el resultado; y su VPP promedio fue de 19%. Existe carencia de normas, rotafolios, mapas en las US y puestos de Col-Vol. No existe una base de datos a nivel local y el análisis es realizado manualmente en los diferentes niveles. **Conclusiones y recomendaciones:** Aunque el sistema de vigilancia epidemiológica de la malaria que se ejecuta en el Municipio de Tocoa es sencillo, moderadamente aceptable, sensible, con bajo VPP, útil y representativo, no suministra información oportuna en el nivel local, por lo que la ejecución de las medidas de intervención es tardía en la mayoría de los casos. Se recomienda unificar la definición clínica de caso, definir la ruta de la información desde el nivel local al central, proveer material informativo e insumos a los diferentes actores, desarrollar en el Col-Vol. el sentido de alerta y establecer mecanismos que diferencien

datos de vigilancia activa dentro del sistema de vigilancia. : ]bubVX`dUWVa YHydf DfomV: dHUYa JYlc XYU F Ygi YUB UYbU`dFUUDfchWbndfca cVbXYUGUi XYb'A Uf]UZH VVWogdnG=85 ž: dXc; `cU< dXfUg' Dfclá UB UYbU XDYfYbVb7chfc`XYUA Uf]LzGYMfUXYGUI X

**30TL Experiencia en cirugía videolaparoscópica en Santa Rosa de Copán.** 8f`i Ub7Uf`og7UXbUž8f`J MW lhf`< i [c'6Ufb]Wž'8f`>og5 bcb]c@YjU<sup>1</sup> Cirujano General y Videolaparoscopia, <sup>2</sup>Médico General.

**Antecedentes:** Con el advenimiento de la cirugía mínimamente invasiva se percibe un cambio en el arte y la ciencia de la cirugía, con ciertas ventajas en cuanto al acto fisiológico de las mismas operaciones convencionales. Es una transformación tecnológica con menos agresividad biológica pero con resultados similares o superiores, persiguiendo una menos incomodidad y morbilidad, ahorro económico y social resultante de hospitalizaciones menos prolongadas y reducida incapacidad. A partir del año 2000 en el mes de Abril se inicia la era de la cirugía laparoscópica, en el Hospital Médico Quirúrgico de Santa Rosa de Copán, realizándose hasta la fecha 157 procedimientos entre colecistectomías, apendicetomías y laparoscopías diagnósticas, procedimientos ginecológicos, lisis de adherencias colocaciones de catéter de diálisis. **Objetivo:** Evaluar el comportamiento de la cirugía laparoscópica como una nueva tecnología y opción para el tratamiento de diferentes enfermedades de tratamiento quirúrgico ; y nos permita comparar los resultados con la cirugía convencional. **Material y métodos:** Análisis de 157 cirugías laparoscópicas realizadas en el Hospital Médico Quirúrgico Santa Rosa, entre abril del año 2000 y junio del año 2006. **Resultados:** Se realizaron 119 colecistectomías laparoscópicas (75.8%) 29 apendicetomías (18.5%) y 9 procedimientos entre laparoscopías diagnósticas, lisis de abherencias, colocación de cateter de diálisis, ooforectomías (5.7%). Se presentaron 5 complicaciones (3.1 %) entre lesión de via biliar, sangrado, fuga de bilis. No hubo mortalidad. **Conclusión:** La cirugía videolaparoscópica constituye una alternativa eficaz, segura con una morbilidad igual o menor que la cirugía convencional.

**31TL Manifestaciones clínicas de la malaria complicada en Honduras: una serie de casos, Hospital Escuela, Tegucigalpa.** 8f`F`cVflc@YjUž'8f`UC [UF]j YUž'8f`U`dWY]bY5 [Y' <sup>1</sup>Hospital El Carmen; <sup>2</sup>Departamento de Medicina Interna y <sup>3</sup>Servicio de Parasitología, Departamento de Laboratorios Clínicos, Hospital Escuela, Tegucigalpa.

**Antecedentes:** La malaria complicada y severa puede presentarse con una variedad de manifestaciones clínicas. En zonas de baja transmisión ocurre en niños y adultos, y en zonas de alta transmisión, donde los adultos han adquirido inmunidad protectora, ocurre generalmente en niños, adultos inmigrantes y mujeres embarazadas, especialmente primigestas. En Honduras es necesario caracterizar la malaria complicada y severa para un manejo clínico óptimo de los casos y un mejor abordaje epidemiológico. A continuación se presenta una serie de 9 casos de pacientes que fueron ingresados al Hospital Escuela, Tegucigalpa, durante un período de 5 años (2000-2005). **Descripción de la serie de casos:** Los pacientes, cinco hombres y cuatro mujeres, edad promedio de 21.7 años (rango 12-33), procedían del Municipio del Distrito Central (6) y del área rural de Francisco Morazán (3). Todos, excepto uno, fueron ingresados con diagnóstico de dengue clásico (2) o dengue hemorrágico (6). El promedio de días intrahospitalarios fue 4.6 (rango 3-7). El diagnóstico de malaria fue realizado en promedio de 2.4 días (rango 1-4), demostrando *DUGaXi a j]jU* (7) y *D'ZUMfi a* (2). El origen de la infección se pudo trazar en 8 casos a los departamentos de Olancho (4), Francisco Morazán (3) y El Paraíso (1). Un caso (11.1%) informó antecedente de malaria. Siete pacientes (77.8%) presentaron paroxismo malárico (hipotermia, fiebre y diaforesis); todos presentaron fiebre, escalofrío y cefalea; 8 (88.9%)

presentaron vómito. Dos pacientes (22.2%) presentaron hipotensión al momento del ingreso. La evolución de los síntomas antes del ingreso fue en promedio 7 días (rango 4-14). El 44.4%, 33.3% y 11.1% de los pacientes presentó valores inferiores a los normales de hematocrito, hemoglobina y eritrocitos, respectivamente. La mayoría de los pacientes (77.8%) presentó trombocitopenia al momento del ingreso, 4 (44.4%) presentaron valores inferiores a 60,000 y 7 (77.8%) valores inferiores a 100,000 plaquetas/ $\mu$ L. A todos los pacientes se les realizó una gota gruesa y/o extendido fino como método diagnóstico. El valor promedio de la parasitemia (n=8) demostró una parasitemia alta (15,500 estadíos asexuales sanguíneos/ $\mu$ l de sangre) y la parasitemia en los casos de malaria falciparum fue aproximadamente 1.5 veces mayor que la de los casos de malaria vivax. Todos los pacientes fueron tratados con cloroquina (25 mg/kg cloroquina base en 48 horas) y primaquina (dosis contra hipnozoitos de 0.3 mg/kg/día por 14 días, o contra gametocitos de 0.9 mg/kg). Conclusiones y recomendaciones: La malaria complicada en Honduras tiene una presentación clínica similar a dengue complicado. Se debe hacer énfasis en la diferenciación clínica (paroxismo malárico, anemia), epidemiológica (área endémica, antecedente) y de laboratorio (gota gruesa), de estas dos enfermedades infecciosas prevalentes desde la primera evaluación hospitalaria o ambulatoria de los pacientes.

**32TL Situación de la diarrea por Rotavirus en el Hospital de Occidente.** *8fU@]lā Fca Yčž8f"čf[Y*  
*A UXbUXž8f" B YgbDYa Už* especialistas en Pediatría. Departamento de Pediatría, Hospital de Occidente, Santa Rosa de Copán.

**Antecedentes:** El problema de la diarrea en Honduras es de las principales causas de morbimortalidad, principalmente en niños. En 1929, Zahorosky describió como la enfermedad de vómitos invernales, la cual en una forma retrospectiva probablemente corresponda en su mayoría a una gastroenteritis por rotavirus. En 1973 Bishop y colaboradores en Australia, mediante el uso de microscopio electrónico lograron identificar el primer rotavirus en humanos. Según la OMS, alrededor de 100 millones de episodios de diarrea afectan anualmente a niños menores de cinco años, de los cuales 15 millones fallecieron. Se cree que el 25% de estas muertes se asociaron a rotavirus. **Objetivo:** Identificar el agente etiológico Rotavirus en niños con diarrea ingresados en el Hospital de Occidente. **Metodología:** Se estudió todos niños menores de cinco años ingresados con diarrea y/o vómitos en la diferentes salas del Hospital de Occidente, en el período comprendido entre marzo 2005 y marzo 2006. Se registró información en la ficha de vigilancia epidemiológica y se tomó muestras para el estudio virológico tipo aglutinación en látex. **Resultados:** Se estudiaron 512 pacientes, de los cuales 233 (45.5%) casos resultaron positivos por el test por Rotavirus. El grupo más afectado fue los lactantes (85%). Sin embargo, se identificó la infección en 4 neonatos (1.7%). La letalidad general por diarrea fue 0.8%. Los meses de mayor incidencia fueron enero, febrero y marzo. El 84% ingresó con algún grado de deshidratación. **Conclusiones y recomendaciones:** El rotavirus es la principal causa de gastroenteritis en el Hospital de Occidente. Basados en esto podremos aseverar que no se justifica el uso de antibióticos en los pacientes ingresados con este diagnóstico, donde la prevención es el pilar fundamental para disminuir la morbimortalidad por este agente y la carga económica que esto ocasiona a los hospitales. Recomendamos implementar la vacuna segura para todos los niños menores de cinco años por parte del Programa Ampliado de Inmunizaciones de la Secretaría de Salud.

**33TL Adherencia de los pacientes a la terapia antiretroviral en los CESAMOS Alonso Suazo y Carrizal, Tegucigalpa.** ; <sup>1</sup>Residente de la Maestría en Epidemiología de Campo FETP- GAP, Depto. de ITS/VIH/SIDA; <sup>2</sup>Consultor CDC, Depto. de ITS/VIH/SIDA; <sup>3</sup>Región Metropolitana; <sup>4</sup>Coordinadora Programa ITS/VIH/SIDA, Región Metropolitana, Tegucigalpa.

**Antecedentes:** Con el surgimiento de los tratamientos antiretrovirales (TARV), la historia natural de la infección por VIH en las personas que viven con SIDA (PVVS) cambió, siendo ahora un desafío el mantenimiento de una buena adherencia en estos pacientes. Por el contrario, una baja adhesión originaría un rebrote de la actividad viral y se podría desarrollar cepas resistentes al tratamiento. En Honduras no hay estudios sobre adherencia a TARV. **Objetivo:** Conocer el grado de adherencia a la TARV e identificar cuales factores la condicionan en los pacientes atendidos en los Centros de Salud Alonso Suazo y Carrizal de la Región de Salud Metropolitana, Tegucigalpa. **Metodología:** Se estudió al total de pacientes en TARV de los Centros de Salud Alonso Suazo y Carrizal de la Región de Salud Metropolitana (63 pacientes), valorándoseles su adherencia por medio de dos parámetros: dosis olvidadas en los 4 días previos a la entrevistas según cuestionario y por un retraso superior a dos días para recoger el tratamiento por datos de farmacia. Se hizo asociación de factores condicionantes a través de análisis bivariado y multivariable. **Resultados:** El 84% de los pacientes encuestados fueron adherentes a través de cuestionario y 80% por datos de farmacia, encontrándose falta de adherencia asociada a olvido (OR11.4, 95% 2.1- 71.9, Vp 0.01) y por pérdida de una o mas citas en los últimos 3 meses (OR 22, 95% 3.70-154, Vp 0.00007). No se pudo asociar el grado de adherencia con los niveles de CD4 y Carga Viral debido a la falta de realización de dichas pruebas en los participantes en estudio. **Conclusiones y recomendaciones:** Los resultados obtenidos coinciden con otras investigaciones realizadas en Centro América y en Europa. Los factores asociados a falta de adherencia encontrados se pueden evitar mediante intervenciones dirigidas en los servicios de atención de las personas viviendo con VIH/SIDA. Es necesario que los servicios de salud brinden las pruebas de carga viral y CD4.

**34TL Trauma craneoencefálico producido por machete. Abordaje terapéutico inmediato.** <sup>1</sup>Servicio de Neurocirugía, Hospital Nacional Dr. Mario C. Rivas, San Pedro Sula.

**Objetivo:** Describir las lesiones producidas por el machete a nivel craneoencefálico y comparar los diferentes abordajes terapéuticos. **Metodología:** Estudio transversal y descriptivo basado en la observación de los pacientes con fractura expuesta de cráneo con o sin daño al tejido cerebral. Durante un periodo de dos años se estudió 166 pacientes. Los pacientes fueron tratados de acuerdo a protocolos de emergencia del hospital suturando las heridas al momento de su admisión y posteriormente se individualizó el tratamiento de acuerdo al criterio propio del neurocirujano. **Resultados:** 58 pacientes fueron posteriormente llevados a quirófano para realizar duroplastia, craniectomías o limpieza quirúrgica y 108 pacientes no fueron llevados a quirófano por anemia severa con inestabilidad hemodinámica y dificultades para transfundir, ausencia de tomografía en pacientes neurológicamente normal, paciente con buena evolución y tomografía sin lesión que justificara intervención quirúrgica. La evolución de ambos grupos de pacientes fue similar. **Conclusiones y recomendaciones:** No se observó ningún beneficio con la remoción de pequeños fragmentos óseos y duroplastia. Es de suma importancia tener un cierre temprano de las heridas para evitar mayor pérdida sanguínea y disminuir el riesgo de infección. Se sugiere individualizar el tratamiento con base en los hallazgos tomográficos.

**35TL Las Epilepsias Prevenibles en Honduras.** 8f"A UWH }c'A WbZ8fU'7UXU5 aUd" Sociedad Hondureña de Epilepsia, Tegucigalpa.

**Antecedentes:** Las epilepsias representan un grupo heterogéneo de patologías neurológicas, que afectan a más de 5 millones de Latino Americanos, casi 3 millones de ellos sin un adecuado tratamiento. En América Latina y particularmente en Honduras la prevalencia e incidencia es 2 a 3 veces mas frecuente que en países desarrollados. Se ha determinado que este incremento esta relacionado con la presencia de epilepsias potencialmente prevenibles como las caudas por Neurocisticercosis, daño perinatal, traumatismos encéfalo craneanos entre otras. **Métodos:** Se revisó la información de una serie de investigaciones neuroepidemiologicas que se llevaron cabo en Honduras entre 1997 al 2006, inicialmente en Salama (Olancho) y Tegucigalpa y posteriormente a nivel Nacional. Se utilizaron las guías para estudios epidemiológicos propuesto por la Liga Internacional Contra la Epilepsia. Simultáneamente se determinaron las causas de epilepsia a nivel comunitario (Salama y Tegucigalpa) utilizando estudios de Neuroimagen (Tomografía Axial Computarizada), Electroencefalografía y estudios inmunológicos. Se instauro en Salama un programa de intervención comunitario que consistió en campañas de educación, desparasitación, mejoría de las instalaciones de Salud, mejoría en los sistemas de agua segura, letrización, etc. **Resultados:** Medina et al en 1997 reportaron una prevalencia de 23.3 x1000 habitantes, en 6473 personas estudiadas en Salama. Siendo las principales causas: la Neurocisticercosis (37%), daño perinatal (8%), postraumáticas (3%). En el 2005 Álvarez, Medina y Durón evaluaron las causas en la misma población después de 8 años de intervención comunitaria, observándose una reducción significativa de mas del 50% de las causas de epilepsia debidas a Neurocisticercosis (18.9% p < 0.01) En el 2004, Rivera et al reporto en un estudio de 1382 personas de la Colonia la Kennedy, Tegucigalpa, una prevalencia de 10.8/1000 habitantes. Determinándose como causas la neurocisticercosis (26.6%) y el trauma craneal (13.3 %) entre otras. Entre los años de 1999 al 2001 Molina, Medina, Durón junto a Médicos en Servicio Social estudiaron mas de 135,126 personas en mas de 50 comunidades a nivel nacional, encontrando una prevalencia media nacional de 5.4 x 1000 habitantes, con focos de alta prevalencia en Olancho y Choluteca. **Conclusión:** Las Epilepsias Potencialmente prevenibles debidas a neurocisticercosis, daño perinatal y traumatismo encefalocraneano son responsables del 40 al 48% de las causas de epilepsias en estudios epidemiológicos realizados en Honduras. Existen importantes variaciones de la prevalencia en diferentes comunidades del país. Las Intervenciones de Salud Publica a nivel comunitario pueden reducir las causas prevenibles como se ha demostrado en el Estudio de Salama después ocho años de seguimiento.