



PUBLICACION CIENTIFICA  
DEL COLEGIO MEDICO  
DE HONDURAS

# Revista MEDICA Hondureña

ISSN 0375-1112

VOLUMEN 74 - (Suplemento No. 1) 2006

EL COLEGIO MEDICO DE HONDURAS  
CENTRO NACIONAL DE EDUCACION MEDICA CONTINUA  
EL COMITE ORGANIZADOR

INVITAN AL:

XLIX CONGRESO MEDICO NACIONAL  
“DR. FERNANDO HILSACA HILSACA”



TEMA:

“IMPACTO DEL MEDIO AMBIENTE  
EN LAS ENFERMEDADES CRONICAS”

Lugar: Casino Copaneco y Sociedad Copaneca de Obreros  
Santa Rosa de Copán, Honduras.

Fecha: Del 12 al 15 de Julio del 2006





Publicación Científica  
del Colegio Médico de Honduras  
(fundada en 1930)

# Revista **MEDICA** Hondureña

Vol. 74, (Suplemento No. 1) 2006 pp. S1-67

.....

## CONSEJO EDITORIAL

CECILIA E. VARELA MARTÍNEZ

DIRECTORA

NICOLÁS SABILLÓN VALLECILLO

SECRETARIO

## CUERPO DE REDACCIÓN

JACKELINE ALGER

RUBÉN ELVIR MAIRENA

JOSÉ LIZARDO BARAHONA

JUAN CARLOS MENDOZA

## ADMINISTRACIÓN

COLEGIO MÉDICO DE HONDURAS

APARTADO POSTAL NO. 810

TEGUCIGALPA, HONDURAS

TEL. 232-6763, 231-0518, FAX: 232-6573

Correo electrónico: [revistamedicahon@yahoo.es](mailto:revistamedicahon@yahoo.es)



# Programa Científico y Resúmenes del XLIX Congreso Médico Nacional

Dr. Fernando Hilsaca

*Influencia del medio ambiente en  
las enfermedades crónicas*

Santa Rosa de Copán  
Julio 12 – 15, 2006

## CONTENIDO

Junta Directiva del Colegio Médico de Honduras .....	S5
Comité Organizador del XLIX Congreso Médico Nacional .....	S6
Palabras de Bienvenida del Presidente del Comité Organizador.....	S7
Palabras de Inauguración del Presidente del Colegio Médico de Honduras .....	S8
Cursos Pre-Congreso .....	S9
Actividades Socioculturales .....	S12
Programa Ceremonia Inaugural.....	S13
Reseña biográfica del Dr. Fernando Hilsaca.....	S14
Programa Científico.....	S15
Resúmenes Conferencias .....	S18
Resúmenes Trabajos Libres .....	S35
Índice por autor.....	S59
L. Congreso Médico Nacional .....	S60
Instrucciones para someter Trabajos Libres.....	S62
Lista de patrocinadores y colaboradores del XLIX Congreso Médico Nacional .....	S66
Convocatoria Premios Dr. Ph.D. Luis Humberto Cisne y Dr. Ph.D. Roberto P. Sosa .....	S67

## JUNTA DIRECTIVA COLEGIO MEDICO DE HONDURAS

2006-2008



Presidente  
Vicepresidente  
Secretaria Actas y Correspondencia  
Secretaría de Colegiaciones  
Secretario de Finanzas  
Secretario de Asuntos Educativos y Culturales  
Secretaria de Acción Social y Laboral  
Fiscal  
Vocal

Dr. Carlos G. Mejía  
Dr. Oscar A. Ponce  
Dra. María Concepción Aguilar  
Dra. Edda Esperanza González  
Dr. Said Mejía Lemus  
Dr. Douglas R. Ortega  
Dra. Suyapa Prudot  
Dr. Manuel E. Graugnard  
Dr. Rolando Navas G.

## COMITÉ ORGANIZADOR DEL XLIX CONGRESO MEDICO NACIONAL



*Presidente*

*Dr. Ricardo Leonel Domínguez*

*Vice-Presidente*

*Dra. Liliam Romero*

*Secretario*

*Dr. Francis Contreras*

*Tesorero*

*Dr. José María Aguilar*

*Fiscal*

*Dra. Marlyn Navarro*

**Comité Científico:** Dr. Jorge Maldonado, Dra. Natalie Munguia, Dr. German Barcenas, Dr. Vernon Hernández, Dr. Melvin Castillo, Dr. Luis Bueso.

**Comité Logística:** Dr. Hector Sandoval, Dra. Heidi Meza, Dr. Arturo Castro, Dra. Miriam Murillo, Dra. Denia Romero.

**Comité Protocolo:** Dra. Valeska Cardona, Dr. Marco Antonio Bonés, Dra. Ninoska Murillo, Dra. Aurora López, Dra. Alma Rodríguez, Dra. Amanda López, Dr. Noé Cruz, Dra. Michelle Flores.

**Comité Publicidad:** Dr. Fausto Cruz, Dra. Claudia Montoya, Dr. Carlos Leiva, Dr. Carlos Claudino, Dr. Nelson Penman.

**Comité Sociocultural:** Dra. Lourdes Villela, Dr. Josué Medina, Dr. Leobardo Padilla, Dra. Karla Contreras, Dra. Lourdes Cruz.

## **PALABRAS DE BIENVENIDA DEL PRESIDENTE DEL COMITÉ ORGANIZADOR**

Con enorme placer me encuentro aquí frente a ustedes después de casi un año de arduo trabajo. Vemos con alegría que estamos disfrutando ya de los frutos de esta empresa en que nos embarcamos y que para nosotros fue desde un principio un reto. Esta es la primera vez que el Congreso Médico Nacional se realiza en nuestra ciudad de Santa Rosa de Copán y por tanto fue en su momento el mayor incentivo para trabajar en él.

Pretendimos desde el inicio lograr un Congreso diferente. Diferente en el sentido de un mayor apego a la filosofía que lo inspiró y que está plasmada en el reglamento que rige los congresos médicos nacionales. Diferente también ya que involucramos a la ciudad como tal y otorgarle carácter de anfitriona de este magno evento. Quisimos hacer un congreso digno y representativo de la ciudad, acorde a la costumbre y tradición de nuestra gente, planificado como evento de ciudad y con participación de las instituciones ciudadanas de las cuales todos estamos orgullosos. Es importante anotar que el espíritu del Comité Organizador fue el de favorecer a las instituciones ciudadanas, organizaciones gremiales, ONGs, otorgándoles de manera prioritaria subcontratos y arrendamientos que al final beneficien a la comunidad y al pueblo de Santa Rosa. Un ejemplo de ello son los maletines del Congreso que fueron elaborados a mano por artesanos de la Granja Penal, por lo que cada individuo recibió el pago por su trabajo, pero además las personas privadas de libertad obtienen una ganancia apreciable la cual utilizarán en sus propios proyectos. Así podemos mencionar otros como la Sociedad Copaneca de Obreros, FAPES, Club Rotario de Santa Rosa de Copán, etc. Esta ha sido una actividad de la que personalmente me siento muy orgulloso y que de manera pública agradezco a todas aquellas personas que se dejaron convencer y apoyaron esta iniciativa. Por otro lado, pretendimos incentivar la investigación nacional, favoreciendo en horas y tiempo a los trabajos libres y rescatar así uno de los principios fundamentales para los que estos congresos fueron concebidos.

Quiero agradecer a todos mis compañeros del Comité Organizador y de los Comités que sacrificaron tiempo, esfuerzo y dinero para la realización de este evento.

Esperamos que disfruten su estancia en el Occidente, que se sientan bien atendidos, que las actividades científicas y culturales sean de su agrado y finalmente que cuando el Congreso termine y regresen a sus casas se lleven la idea y el deseo de volver a visitarnos.

Gracias a todos y bienvenidos a nuestra ciudad!

*Dr. Ricardo Leonel Domínguez*  
Presidente del Comité Organizador



## **PALABRAS DE INAUGURACION DEL PRESIDENTE DEL COLEGIO MEDICO DE HONDURAS**

Es un honor para esta Junta Directiva inaugurar un Congreso Médico Nacional en una nueva sede rotatoria como lo es esta bella ciudad de Santa Rosa de Copán. Con esta experiencia se abre la brecha para estimular a otras ciudades con igual potencial como nuevos destinos para llevar la educación médica continua a cada rincón del país a través de éste, el más grande evento científico del gremio médico nacional.

Santa Rosa de Copán tiene ganado este mérito por muchos motivos. Uno de ellos, el gran desarrollo que ha alcanzado en los últimos tiempos en todos los campos y otro, el ser cuna de grandes médicos hondureños que a través del centenario del Hospital de Occidente, fundado en 1902, han contribuido al engrandecimiento de la medicina hondureña. Quiero distinguir el hecho de que en un estudio de evaluación a nivel nacional realizado por la Universidad Nacional Autónoma de Honduras, el Hospital de Occidente fue escogido por los estudiantes del Séptimo Año de la Carrera de Medicina como el hospital donde más docencia recibían. Pido un fuerte y merecido aplauso para reconocer este mérito a los médicos que allí laboran.

Quiero resaltar el arduo trabajo que ha venido realizando el Comité Organizador encabezado por el Dr. Ricardo Domínguez, un médico siempre preocupado por la educación médica que junto con un gran equipo y con la participación de muchos sectores de la sociedad civil copaneca han hecho realidad este sueño forjado desde hace mucho tiempo ¡¡Felicidades a todos y cada uno de los miembros del Comité Organizador y a toda la sociedad copaneca!!

Este magno evento está precedido por tres cursos pre-congresos relevantes: «La Importancia de los Estudios de Gabinete», muy práctico y útil para el quehacer diario de todos los colegas; «Ética Médica», parte integral de la formación humana y moral nuestra; y «Escritos Médicos», para estimular al gremio médico a publicar sus experiencias en todos los campos de la medicina y mejorar su currículo científico en la meta de lograr la verdadera certificación médica. Además, se incluye el capítulo de trabajos libres que es lo que le da esplendor al Congreso y que orgullosamente cada año va superando la producción en número del año anterior, este año con 35 excelentes trabajos. Contamos también con el aporte de ocho maestros internacionales que nos visitan de El Salvador, Cuba, Guatemala, Uruguay y Estados Unidos de Norteamérica. El tema central este año es muy actual y de gran relevancia, ya que cada día notamos la gran influencia del medio ambiente en el surgimiento de nuevas patologías y el agravamiento de otras ya existentes.

El evento va dedicado a la memoria de un gran médico, el Dr. Fernando Hilsaca Hilsaca, egresado de nuestra *Alma Mater* en el año 1950 y con especialidad en cirugía. El Dr. Hilsaca se caracterizó por su don de gente, profesionalismo y entrega al apostolado de la medicina. Conocido aquí como «El Maestro», ayudó siempre a los más necesitados y se proyectó al gremio brindando sus conocimientos y experiencias. Honor a quien honor merece. Un saludo muy especial y felicidades a su familia de parte de todos los médicos de Honduras. En nombre de la Junta Directiva del Colegio Médico de Honduras y del Comité Organizador, declaro solemnemente inaugurado el XLIX Congreso Médico Nacional!

## **CURSOS PRE-CONGRESO**

### **Miércoles 12 de julio**

#### **I. SALON Casino Copaneco**

**Conocer la importancia de los estudios de gabinete.**

#### **Hora**

- 08:00 – 9:00**    **Inscripción**  
**Inauguración y Bienvenida**  
Dr. Ricardo Leonel Domínguez
- 9:00 – 9:45**    **Análisis e interpretación de exámenes en Endocrinología**  
Dra. Gabriela Betancourt
- 9:45 – 10:15**    **Interpretación de la TAC cerebral**  
Dr. Carlos Paz
- 10:15 – 11:00**    **Análisis e interpretación de exámenes en Reumatología**  
Dr. Gustavo Adolfo Castellanos
- 11:00 – 11:15**    **Comentarios y preguntas**
- 11:15 – 11:30**    **Receso**
- 11:30 – 12:15**    **Análisis e interpretación de exámenes en Hemato-oncología**  
Dr. Oscar Pérez
- 12:15 – 13:00**    **Análisis e interpretación de examen general de orina.**  
Dr. Manuel Rocha
- 13:00 – 13:45**    **Radiografía de tórax y su correlación con TAC pulmonar**  
Dr. Carlos Paz
- 13:45 – 14:00**    **Comentarios y preguntas**

## II. SALON Sociedad Copaneca de Obreros

### Capacitación en ética, bioética y práctica medica

**Coordinación:** Comisión de ética y práctica médica del colegio medico de Honduras.

**Objetivos:** 1. Mejorar la aplicación y observancia de los principios éticos en el ejercicio diario de la profesión. 2. Afianzar los conocimientos sobre ética y práctica médica en los estudiantes y profesionales de la Medicina. 3. Mejorar la percepción de la sociedad sobre los valores y ética en general del gremio médico. 4. Implementar la capacitación en ética y práctica médica en los diferentes lugares de trabajo tanto públicos como privados.

#### Hora

**8:00 – 10:00 Mesa Redonda: Retos y desafíos éticos y legales de los profesionales médicos**

Dr. Jorge Fernandez, Dr. Juan Almendares Bonilla,

Lic. Lilian Ferrera

**10:00 - 10:30 Receso**

**10:30 – 12:30 Mesa Redonda: Pacientes críticamente enfermos y pacientes en estado terminal: Implicaciones éticas y legales.**

Dra. Carolina Fortín, Dr. Denis Padgett

**12:30 – 14:00 Código de ética del Colegio Médico de Honduras**

Dr. Carlos Godoy, Dr. Elmer Lopez Lutz, Dr. Jorge Fernández

## III. SALON Casa de la Cultura

## Escritura y publicación de artículos biomédicos.

**Coordinación:** Consejo editorial de la Revista Médica Hondureña.

**Objetivos:** Fomentar la práctica de la escritura y publicación de artículos científicos en revistas biomédicas. Al final del curso, el participante tendrá conocimiento básico sobre: 1. Como preparar un artículo científico original y otras formas de publicación (caso clínico, artículo de revisión, artículo de opinión) y 2. Los índices bibliográficos nacionales e internacionales y las normas internacionales para publicaciones en revistas biomédicas.

### HORA

7:30 - 8:00	<b>Inscripción</b>
8:00 - 8:20	<b>La Revista Médica Hondureña. Reseña histórica.</b> Dra. Cecilia Varela
8:20 - 8:40	<b>Proceso de revisión por pares.</b> Dra. Jackeline Alger
8:40 - 9:10	<b>Tipos de estudios de investigación.</b> Dr. Iván Espinoza
9:10 - 9:40	<b>Introducción /Material y Métodos.</b> Dr. Iván Espinoza
9:40 - 10:00	<b>Resultados.</b> Dra. Cecilia Varela
10:00 - 10:30	<b>Receso</b>
10:30 - 10:50	<b>Discusión.</b> Dra. Jackeline Alger
10:50 - 11:20	<b>Título y Resumen.</b> Dra. Jackeline Alger
11:20 - 12:00	<b>Otras formas de publicación (Informe de casos, Comunicación Corta, Revisión de Temas y Artículos de Opinión).</b> Dra. Cecilia Varela
12:00 - 12:30	<b>Receso</b>
12:30 - 13:00	<b>Consentimiento Informado.</b> Dr. Iván Espinoza.
13:00 - 13:30	<b>Bibliografía. Palabras Clave. Índices Bibliográficos Nacionales e Internacionales.</b> Dra. Jackeline Alger

## ACTIVIDADES SOCIOCULTURALES

### **Miércoles 12 de Julio de 2006**

19:00 a 20:00 Actos de Inauguración XLIX Congreso Médico Nacional, Santa Rosa de Copán 2006. **Lugar:** Casino Copaneco.

20:00 a 22:00 Cóctel de Bienvenida. Concierto de Marimba. **Lugar:** Casino Copaneco.

### **Jueves 13 de Julio de 2006**

19:00 a 20:00 Presentación y actividades artísticas con los niños del Proyecto Cultura, Localidad y Creatividad. Teatro con niños, Exposición y muestra de murales en el piso. **Lugar:** Parque Central

20:00 a 20:30 Concierto de Trompeta. **Lugar:** Parque Central

20:30 a 22:00 Concierto de Marimba. **Lugar:** Parque Central y atrio de la Iglesia Catedral.

Todo el día Exposición de fotografía histórica de Santa Rosa de Copán, su tiempo sus gentes. **Lugar:** Casa de la Cultura

### **Viernes 14 de Julio de 2006**

19:00 a 20:00 Presentación – Recorrido de teatro en la calle. Grupo de Teatro para todos. **Lugar:** Calle Real Centenario, en el Centro de la Ciudad.

20:00 a 22:00 Inauguración de exposición de pintura nacional. **Lugar:** Casa Arias.

20:00 a 22:00 Concierto de Marimba, Presentación de Danzas Folclóricas. **Lugar:** Parque Central.

Todo el día Exposición de fotografía histórica de Santa Rosa de Copán, su tiempo, sus gentes. **Lugar:** Casa de la Cultura

### **Sábado 15 de Julio de 2006**

14:00 a 15:00 Actos de Clausura del XLIX Congreso Médico Nacional Santa Rosa de Copán 2006. **Lugar:** Salones Casino Copaneco y Sociedad Copaneca de Obreros.

21:00 a 02:00 Gran Fiesta de Gala en Honor al XLIX Congreso Médico Nacional. **Lugar:** Casino Copaneco

## PROGRAMA CEREMONIA INAUGURAL

**Miércoles 12 de julio, 19:00 horas**

**Casino Copaneco**

Maestro de Ceremonia: Dr. Marco A Bones

1. Integración de la Mesa Principal  
Dr. Carlos Godoy, Presidente del Colegio Médico de Honduras  
Lic. Manuel Bueso Fiallos, Alcalde Municipal de Santa Rosa de Copán  
Dr. Orison Velásquez, Secretario de Salud Pública de Honduras  
Dr. Ricardo Domínguez, Presidente del XLIX Congreso Médico Nacional  
Lic. Irma Coto viuda de Hilsaca, Esposa del Dr. Fernando Hilsaca
2. Invocación a Dios.
3. Himno Nacional.
4. Palabras de Bienvenida. Dr. Ricardo Domínguez, Presidente Comité Organizador XLIX Congreso Médico Nacional.
5. Reseña biográfica del Dr. Fernando Hilsaca. Dr. Eugenio Interiano.
6. Entrega de Reconocimiento a la Lic. Irma Coto viuda de Hilsaca.
7. Palabras alusivas al acto. Lic. Manuel Bueso, Alcalde Municipal.
8. Inauguración del XLIX Congreso Médico Nacional, Dr. Carlos Godoy.
9. Corrido a Santa Rosa de Copán, Voces Copanecas.
10. Cóctel de Bienvenida.
11. Concierto de marimba.

## RESEÑA BIOGRAFICA DEL DR. FERNANDO HILSACA



**Dr. Fernando Hilsaca Hilsaca**

El *Maestro*, como le llamábamos, Dr. Fernando Hilsaca Hilsaca nació en la ciudad de Tegucigalpa el día 9 de Diciembre de 1929, hijo de Don Juan Hilsaca y doña Elena Hilsaca. Realizó sus estudios de primaria y secundaria en el Instituto Salesiano San Miguel de la ciudad capital. Acudió a la Universidad Nacional Autónoma de Honduras donde obtuvo el título de Doctor en Medicina y Cirugía General el 17 de julio de 1958. Posteriormente se desplazó a los Estados Unidos de Norteamérica donde asistió a la Universidad del Hospital de Veteranos graduándose de Especialista en Cirugía.

Contrajo nupcias con la Licenciada en Enfermería Irma Coto, el 17 de septiembre de 1969 en la ciudad de Nueva Jersey, Estados Unidos. Procrearon dos hijos, Alex Fernando Hilsaca y Jessica Hilsaca. Laboró durante dos años *Ad Honorem* en el Hospital Leonardo Martínez para luego realizar su ejercicio profesional en el Hospital Regional de Occidente desde 1969 hasta 2001. Fue precisamente el año en que ocurrió el conflicto bélico con la república de El Salvador cuando inició su trabajo el y su compañero, el Dr. Camilo López, médicos militares fueron los únicos que no abandonaron sus puestos cuando las noticias decían que las cosas venían mal.

Durante sus años de labor médica en el Hospital de Occidente, se caracterizó por su don de gente, profesionalismo y entrega desmedida al apostolado de la medicina. Era común verlo cargando siempre su bolsita y un libro de la Biblioteca del Hospital. Decía que estos libros aunque viejos, tenían algo que enseñarnos, y además el conocía el Inglés, idioma en que la mayor parte estaban escritos. El *Maestro* siempre será recordado como uno de los médicos insignes de esta institución, quien sacrificó cualquier beneficio económico que tendría al ser uno de los primeros médicos de la zona occidental, a cambio del servicio a los más necesitados, a través de su entrega por la institución hospitalaria. Otra característica era su franqueza para decir las cosas, enseñaba sin recelo todas sus habilidades, y si alguien se equivocaba en sus diagnósticos y procedimientos, simple y llanamente decía ¡NO SEAS BUEY!

Por todas sus virtudes este Congreso lleva su nombre. Falleció en la institución a la que entregó su vida a tiempo completo el 2 de enero del año 2001.

## PROGRAMA CIENTIFICO

**JUEVES 13 DE JULIO**  
**SALON CASINO COPANECO**

### HORA

HORA	INSCRIPCION	
07:00 - 08:00		
08:00 - 08:30	1CM Situación actual de la terapia sustitutiva de la enfermedad renal en Honduras.	Dr. Elio Luís Mena.
08:30 - 09:00	2CM Aplicaciones clínicas de la cápsula endoscópica.	Dr. Douglas Morgan
09:00 - 09:30	3CM Síndrome de colon irritable.	Dr. Marco A. Sánchez
09:30 - 10:00	4CM Tratamiento de urgencia en lesiones deportivas.	Dr. Héctor Moreira
10:00 - 10:15	Comentarios y preguntas	
10:15 - 10:30	<b>Receso</b>	
10:30 - 10:45	1TL Situación de salud y cobertura a servicios de salud de 1268 comunidades rurales de 96 municipios en 14 departamentos del país.	Dr. Franklin Hernández
10:45 - 11:00	2TL Cuerpo extraño en bronquio izquierdo en un niño de 14 meses.	Dr. Dennis Gonzáles
11:00 - 11:15	3TL Microcirugía reconstructiva en el Hospital Escuela.	Dr. Luís Gonzáles
11:15 - 11:30	4TL Frecuencia de inmunodeficiencias primarias en pacientes con neumopatía crónica, INT, Tegucigalpa.	Dra. Claudia Almendarez
11:30 - 11:45	Comentarios y preguntas	
11:45 - 12:15	5CM Reflujo gastroesofágico.	Dr. Marco A. Sánchez
12:15 - 12:45	6CM Colonoscopia virtual.	Dr. Carlos Paz H.
12:45 - 13:15	7CM Uso de nuevos macrólidos como antibióticos.	Dr. Héctor Moreira
13:15 - 13:45	8CM Impedancia en diagnóstico de esofagitis por reflujo.	Dr. Douglas Morgan
13:45 - 14:00	Comentarios y Preguntas	
14:00 - 14:15	5TL Programa de Entrenamiento en Epidemiología de Campo (FETP).	Dr. Ricardo Fernández
14:15 - 14:30	6TL Pruebas de Diagnóstico Rápido y su uso en la vigilancia de la malaria.	Dra. Jackeline Alger
14:30 - 14:40	Comentarios y preguntas	

### SALON SOCIEDAD COPANECA DE OBREROS

### HORA

08:00 - 08:30	9CM Diabetes mellitus, hipertensión arterial y riñón.	Dr. Manuel Rocha
08:30 - 09:00	10CM Conferencia Sociedad Hondureña de Psiquiatría.	Dr. Américo Reyes
09:00 - 09:30	11CM Retinoblastoma.	Dra. Lilia López
09:30 - 10:00	12CM Uso racional de antibióticos.	Dr. Carlos Orellana
10:00 - 10:15	Comentarios y preguntas	
10:15 - 10:30	<b>Receso</b>	
10:30 - 10:45	7TL Tumores germinales de mediastino.	Dr. José Lemus
10:45 - 11:00	8TL Sangrado digestivo en niños.	Dr. Juan R. Guerrero
11:00 - 11:15	9TL Prevalencia de violencia doméstica e intrafamiliar en Honduras.	Dra. Guadalupe Romero
11:15 - 11:30	10TL Angiotomografía pulmonar en tromboembolismo pulmonar.	Dr. Carlos Paz
11:30 - 11:45	Comentario y preguntas	
11:45 - 12:15	13CM Próstata en imagen.	Dr. Carlos Rivera
12:15 - 12:45	14CM Manejo de pancreatitis aguda severa.	Dr. Luis Bueso
12:45 - 13:15	15CM Colangiografía retrógrada endoscópica.	Dr. William Haedo
13:15 - 13:45	16CM Programa Nacional de Cáncer Gástrico.	Dr. Ricardo Domínguez
13:45 - 14:00	Comentarios y preguntas	
14:00 - 14:15	11TL Prevalencia y diagnóstico de salud mental.	Dra. Guadalupe Romero
14:15 - 14:30	12TL Fístulas traumáticas toracobiliares.	Dra. Karen Gonzáles
14:30 - 14:40	Comentarios y preguntas	



## VIERNES 14 DE JULIO

### SALON CASINO COPANECO

#### HORA

08:00 - 08:30	17CM	Avances en la Cirugía Ortopédica para el manejo de niños con parálisis cerebral infantil.	Dr. José Avilez
08:30 - 09:00	18CM	Obesidad en pediatría.	Dr. Guillermo Villatoro
09:00 - 09:30	19CM	Exposición ambiental en relación con leucemia linfoblástica aguda en niños.	Dra. Roxana Martínez
09:30 - 10:00	20CM	Diagnóstico diferencial de ojo rojo.	Dr. Carlos Maldonado
10:00 - 10:15		Comentarios y preguntas	
10:15 - 10:30	<b>Receso</b>		
10:30 - 10:45	13TL	Diversidad genética de <i>Plasmodium falciparum</i> en Honduras	Dra. Jackeline Alger
10:45 - 11:00	14TL	Conocimiento sobre infecciones de transmisión sexual y VIH/sida de alumnos de sexto grado.	Dra. Sonia Escoto
11:00 - 11:15	15TL	Parálisis Cerebral Infantil Espástica. Botox.	Dr. José Avilez
11:15 - 11:30	16TL	Accidentes por serpientes venenosas.	Dr. Miguel Bueso
11:30 - 11:45		Comentarios y preguntas	
11:45 - 12:15	21CM	Educación diabetogénica en niños.	Dra. Lesby Espinoza
12:15 - 12:45	22CM	Diagnóstico diferencial de leucocoria.	Dr. Carlos Maldonado
12:45 - 13:15	23CM	Pié equino varo congénito. Qué hacer? Tratamiento actualizado	Dr. José Avilez
13:15 - 13:45	24CM	Manifestaciones atípicas del reflujo extraesofágico.	Dra. Juana Vásquez
13:45 - 14:00		Comentarios y preguntas	
14:00 - 14:15	17TL	Tratamiento de la incontinencia urinaria de esfuerzo.	Dr. Edin Quijada
15:15 - 14:30	18TL	Injerto autólogo de vena safena en lesión traumática de arteria femoral.	Dr. Jesús Miguel Galiano
14:30 - 14:40		Comentarios y preguntas	

### SALON SOCIEDAD COPANECA DE OBREROS

#### HORA

08:00 - 08:30	25CM	Generalidades de ultrasonido en Obstetricia.	Dr. Luís Fonseca
08:30 - 09:00	26CM	Síndrome de ovario poliquístico.	Dr. León Trejo
09:00 - 09:30	27CM	Evidencia en Obstetricia.	Dr. Jesús O. Vallecillo
09:30 - 10:00	28CM	Actualizaciones en trasplante de médula ósea.	Dr. Cristian Alvarado
10:00 - 10:15		Comentarios y preguntas	
10:15 - 10:30	<b>Receso</b>		
10:30 - 10:45	19TL	Cáncer de tiroides.	Dr. Nahum Lemus
10:45 - 11:00	20TL	Exposición prenatal a radiación en relación con leucemia linfoblástica aguda.	Dra. Roxana Martínez
11:00 - 11:15	21TL	Estadísticas vitales y efectos en la reducción de la mortalidad materna e infantil.	Dr. Franklin Hernández
11:15 - 11:30	22TL	Hipotermia indeseada en el paciente anestesiado.	Dra. Nathalie Munguía
11:30 - 11:45		Comentario y preguntas	
11:45 - 12:15	29CM	Uso clínico del magnesio.	Dr. Al Pinto Panayoti
12:15 - 12:45	23TL	Situación actual de cáncer de cérvix en Occidente de Honduras.	Dr. German Barcenás
12:45 - 13:15	1CMR	Manejo actual del cáncer cervicouterino.	Dr. Elmer Turcios
13:15 - 13:45	24TL	Crioterapia en lesiones precancerosas de cuello uterino.	Dr. Carlos Medina.
13:45 - 14:00		Comentarios y preguntas	
14:00 - 14:15	25TL	Evaluación del Programa de Prevención y Control de la Malaria en el Municipio de Jutiapa, Atlántida.	Dra. Daisy Guardiola
14:15 - 14:30	26TL	Absceso abdominal. Reporte de un caso clínico.	Dr. José Carcamo
14:30 - 14:45		Comentarios y Preguntas	

**SABADO 15 DE JULIO****SALON CASINO COPANECO****HORA**

08:00 - 08:30	30CM	Fotodermatosis.	Dr. Rafael Valle
08:30 - 09:00	31CM	Tendencia actual en manejo de hipertensión arterial.	Dr. Mauricio Varela
09:00 - 09:30	32CM	La incontinencia urinaria de esfuerzo con sling transobturador.	Dr. Edín Quijada
09:30 - 10:00	33CM	Daños a la salud secundarios a la destrucción de la capa de ozono.	Dr. José Pagoada
10:00 - 10:15		Comentarios y preguntas	
10:15 - 10:30	<b>Receso</b>		
10:30 - 10:45	27TL	Evaluación de la terapia de apoyo y depresión en adolescentes embarazadas que asisten al Césamo Las Crucitas.	Dr. Francisco Ramírez
10:45 - 11:00	28TL	Prevalencia de diabetes e hipertensión en Tegucigalpa y factores asociados.	Dr. Rubén Palma
11:00 - 11:15	29TL	Evaluación del Sistema de Vigilancia Epidemiológica de la Malaria en Tocoa, Colon.	Lic. Catalina Sherman
11:15 - 11:30	30TL	Experiencia en cirugía videoparascópica.	Dr. Juan Carlos Cardona
11:30 - 11:45		Comentarios y preguntas	
11:45 - 12:15	34CM	Reflujo gastroesofágico en Pediatría.	Dr. Fernando Menéndez
12:15 - 12:45	35CM	Apiterapia.	Dr. Walter Fierro
12:45 - 13:15	36CM	Aplicaciones de la toracoscopia en Cirugía Cardiovascular.	Dr. Hugo Orellana
13:15 - 13:45	37CM	Papel de la amlodipina en la reducción de la inflamación.	Dr. Hugo Villaroel
13:45 - 14:00		Comentarios y preguntas	

**SALON SOCIEDAD COPANECA DE OBREROS****HORA**

08:00 - 08:30	38CM	Cefalea vascular en Honduras.	Dr. Fabricio Díaz
08:30 - 09:00	39CM	Evaluación de factores de riesgo pre operatorio.	Dr. Sergio Montoya
09:00 - 09:30	40CM	Anestesia epidural en trabajo de parto.	Dr. Manuel Grudnard
09:30 - 10:00	41CM	Dolor post-operatorio.	Dr. Amilcar Hidalgo
10:00 - 10:15		Comentarios y preguntas	
10:15 - 10:30	<b>Receso</b>		
10:30 - 10:45	31TL	Manifestaciones clínicas de la malaria complicada en Honduras. Una serie de casos.	Dr. Roberto Leiva
10:45 - 11:00	32TL	Situación de Rotavirus en Copán.	Dr. Jorge Maldonado, Dra. Liliam Romero
11:00 - 11:15	33TL	Adherencia de los pacientes a la terapia antirretroviral en los Cesamos Alonso Suazo y Carrizal.	Dra. Gina Morales
11:15 - 11:30	34TL	Trauma craneoencefálico producido por machete.	Dr. Jorge Ortega
11:30 - 11:45		Comentario y preguntas	
11:45 - 12:15	42CM	Nuevas estrategias en el manejo de la diabetes tipo II.	Dra. Onix Arita
12:15 - 12:45	43CM	La Enfermedad Cerebrovascular: un problema de salud pública.	Dr. Marco Tulio Medina, Dra. Eunice Ramírez
12:45 - 13:15	44CM	Dolor neuropático y su tratamiento.	Dr. Fabricio Díaz
13:15 - 13:30		Comentarios y preguntas	
13:30 - 13:45	35TL	Las epilepsias prevenibles en Honduras.	Dr. Marco Tulio Medina, Dra. Claudia Amador.
13:45 - 14:00		Comentarios y preguntas	

## RESUMENES CONFERENCIAS

**CMR Conferencia Mesa Redonda**  
**CM Conferencia Magistral**

**1CMR Manejo actual del cáncer cérvicouterino.** Dr. Elmer Turcios. Ginecólogo Oncólogo, Hospital San Felipe e Instituto Hondureño de Seguridad Social, Tegucigalpa.

El cáncer de cérvix constituye un importante problema de salud pública en nuestro país. En EEUU constituye el sexto lugar de frecuencia y el 9% de la totalidad de las neoplasias malignas; en cambio, en los países de América Latina, 1 de cada 1000 mujeres de 35 a 55 años de edad padece cáncer cervical. En todo el mundo, de un total de 8.7 millones de casos nuevos, 3.3 procedían de países desarrollados y 5.4 de las naciones en vías de desarrollo. En Estados Unidos según la American Cancer Society se estiman 10,370 nuevos casos para el 2005 y una mortalidad 3,710 personas. En Honduras, la incidencia de cáncer es de 68 X 100,000 hab, de los cuales el 70% es por cáncer de cérvix, aproximadamente 47 casos por 100,000 hab. Factores de Riesgo: Los factores que se relacionan con mayor riesgo son el bajo nivel sociocultural, inicio de la actividad sexual a edad temprana, múltiples compañeros sexuales (en especial si éstos tienen a su vez diversas parejas), mujeres cuya pareja actual se relacionó con portadores de cáncer cérvicouterino, infección por el virus del papiloma humano (HPV), tabaquismo e infección por el virus de la inmunodeficiencia humana. Cuadro Clínico: En etapas tempranas el cáncer cervical es asintomático y uno de los primeros síntomas es la hemorragia vaginal. En los casos avanzados tenemos dolor pélvico, edema de miembros inferiores, síntomas generales: disminución de peso, anemia, síndrome urémico. Tratamiento: Estadio 0= Si se tratan adecuadamente, el control tumoral de carcinomas cervicales *in situ* deberá estar cerca del 100%. Los métodos incluyen 1) procedimiento circular de escisión electroquirúrgica (LEEP), 2) terapia con rayo láser, 3) conización, 4) crioterapia, 5) histerectomía vaginal o abdominal total. Esta última se utiliza en pacientes con edad postreproductiva, paridad cumplida o cuando el borde del cono está tomado. Para pacientes médicamente inoperables, se puede usar una sola inserción intracavitaria con tándem y ovoides de 5,000 miligramos horas (8,000 cGy dosis de superficie vaginal). Estadio IA= 1) Histerectomía total: si la profundidad de invasión es inferior a 3 milímetros probada por biopsia en cono con márgenes claros y no se observa invasión del canal vascular ni del linfático; 2) Conización: si la profundidad de invasión es inferior a 3 milímetros, no se observa invasión del canal vascular ni del linfático y los márgenes del cono son negativos; la conización sola puede ser apropiada en pacientes que desean preservar su fertilidad; 3) Histerectomía radical: para pacientes con invasión tumoral entre 3 y 5 milímetros se recomienda la histerectomía radical con disección de ganglios linfáticos pélvicos debido al riesgo conocido de hasta un 10% de metástasis de los ganglios linfáticos. La histerectomía radical con disección ganglionar puede también ser considerada para pacientes en las que la profundidad de la invasión del tumor sea incierta debido a un tumor invasor en los márgenes del cono; 4) Radiación intracavitaria sola: la radiación deberá reservarse para mujeres que no son candidatas quirúrgicas. Cáncer de cérvix temprano (IB-IIA), modalidades terapéuticas: HTA tipo III Abdominal Vaginal, Radioterapia: Braquiterapia Tele terapia QT; Rt concomitante, QT neoadyuvante; cirugía QT neoadyuvante; RT Histerectomía radical y linfadenectomía bilateral pélvica. Radioterapia más quimioterapia con cisplatino o cisplatino/FU-5 para pacientes con tumores masivos. Estadio IIB= Radioterapia más quimioterapia: Radiación intracavitaria e irradiación pélvica de haz externo combinada con cisplatino o cisplatino/ fluoracilo. Estadio III= Radioterapia más quimioterapia: Radiación intracavitaria e irradiación pélvica de haz externo combinada con cisplatino o cisplatino/ fluoracilo. Estadio IVA= Radioterapia más quimioterapia: Radiación intracavitaria e irradiación pélvica de haz externo combinada con cisplatino o cisplatino/fluoracilo.

Estadio IVB= A) Terapia de irradiación puede emplearse para paliar la enfermedad central o metástasis dis-tantes. B) Quimioterapia.

- 1CM** *Situación actual de la terapia sustitutiva de la enfermedad renal en Honduras* Dr. Elio Luis Mena. Nefrólogo, Hospital Escuela, Tegucigalpa.
- 2CM** *Aplicación clínica de la cápsula endoscópica.* Dr. Douglas Morgan. Gastroenterólogo, Medicina Interna y Salud Pública; Departamento de Gastroenterología, Universidad Carolina del Norte, Estados Unidos de Norteamérica.
- 3CM** *Síndrome de colon irritable.* Dr. Marco A. Sanchez. Gastroenterólogo, Hospital Escuela y Hospital Militar, Tegucigalpa.
- 4CM** *Tratamiento de urgencia en lesiones deportivas.* Dr. Héctor Moreira. Medicina General, San Salvador, El Salvador.
- 5CM** *Re ujo gastroesofágico.* Dr. Marco A. Sanchez. Gastroenterólogo. Gastroenterólogo, Hospital Escuela y Hospital Militar, Tegucigalpa.
- 6CM** *Colonoscopia virtual.* Dr. Carlos Paz Haslam. Radiólogo Intervencionista, Hospital del Valle, San Pedro Sula.
- 7CM** *Uso de nuevos macrólidos como antibióticos.* Dr. Héctor Moreira. Medicina General, San Salvador, El Salvador.
- 8CM** *Impedancia en diagnóstico de esofagitis por re ujo.* Dr. Douglas Morgan. Gastroenterólogo, Medicina Interna y Salud Pública; Departamento de Gastroenterología, Universidad Carolina del Norte, Estados Unidos de Norteamérica.
- 9CM** *Diabetes mellitus, hipertensión arterial y riñón.* Dr. Manuel Rocha. Nefrólogo, Hospital Mario Catarino Rivas, San Pedro Sula.
- 10CM** *Conferencia Sociedad Hondureña de Psiquiatría.* Dr. Américo Reyes. Sociedad Hondureña de Psiquiatría, Tegucigalpa.
- 11CM** *Retinoblastoma.* Dra. Lilia López. Hospital Escuela, Tegucigalpa.
- 12CM** *Uso racional de antibióticos.* Carlos Orellana San Martín. Unidad de Cuidados Intensivos, Hospital Medical Center, Tegucigalpa.

La resistencia bacteriana es una preocupación alarmante en el mundo actual, donde convergen una serie de factores: la amplia utilización de antibióticos, emergencia de nuevas cepas de bacterias multiresistentes, provocadas en su mayoría por el inadecuado uso de los antibióticos. Aquí trataremos de establecer que problemas estamos causando si estos antibióticos no son bien utilizados y además re –establecer pautas para que su uso

sea racional. Uno de los más importantes aspectos es el tratamiento antibiótico inadecuado, que alude de un modo amplio, a una infección cuyo tratamiento inicial – al momento de la identificación del patógeno- no fue eficaz; a la no utilización de agentes antimicrobianos específicos para los microorganismos aislados, al empleo de un antibiótico para el cual el patógeno demuestra resistencia, o a la completa ausencia de tratamiento antimicrobiano en una infección confirmada microbiológicamente. Las estrategias para minimizar el tratamiento inadecuado incluyen: la interconsulta con un especialista, utilización de lineamientos o guías terapéuticas basadas en evidencia, métodos rápidos y específicos para la identificación microbiológica precisa, identificar los patógenos prevalentes en las infecciones tratadas en cada institución. El tratamiento antibiótico inadecuado de la infección resulto el principal determinante independiente de mortalidad, además reduce la supervivencia en pacientes con sepsis, promueve la emergencia de cepas mas virulentas y multirresistentes. Por otro lado sabemos que la sepsis es aun hoy la principal causa de mortalidad en la UCI. A pesar que muchas veces es imposible identificar el agente etiológico en este síndrome, es apropiado indicar tempranamente un tratamiento antibiótico empírico dirigido a los patógenos mas frecuentes. Las bacterias Gram positivas y los bacilos Gram negativos resistentes a los antimicrobianos son causa importante de infecciones Nosocomiales. Este fenómeno se ve favorecido por el uso frecuente de antibióticos de amplio espectro, el tratamiento antibiótico prolongado, la concentración de pacientes graves en pequeñas áreas hospitalarias y el aumento de las hospitalizaciones prolongadas. Hay en ocasiones motivos que justifican el cambio de antibióticos durante el tratamiento de una infección severa, así como la frecuencia óptima de las rotaciones de antimicrobianos. Una de ellas es la monoterapia, en la actualidad esta contraindicada en el tratamiento de infecciones severas, cuando se aísla en los cultivos microorganismos no sensibles al tratamiento antibiótico empírico elegido en combinación con la respuesta clínica. Da ahí la importancia de obtener las muestras adecuadas para cultivos con el objeto de identificar el agente patógeno y determinar su sensibilidad a los antibióticos. La diferencia estadística de mortalidad entre el grupo de pacientes que reciben el tratamiento antibiótico adecuado para las infecciones (28.4%) y el grupo que recibe tratamiento antibiótico inadecuado (61.9%) es demasiado significativo para dejarla pasar por alto. Dada la elevada mortalidad vinculada con el tratamiento antibiótico inadecuado de pacientes con infecciones severas, es menester maximizar los esfuerzos para administrar tratamientos adecuados desde el momento del diagnóstico.

**13CM Próstata en imagen.** Dr. Carlos Rivera. Radiólogo Intervencionista, Hospital Escuela Tegucigalpa.

Las principales indicaciones para la realización de estudios radiológicos de próstata son: sospecha de cáncer por tacto rectal anormal y/o elevación de antígeno prostático específico; esterilidad y hematospermia. El cáncer latente de próstata afecta a uno de cada dos hombres de edad avanzada. El cáncer clínico es menos frecuente. En Honduras ocupa el tercer lugar de los cánceres más frecuentes del hombre. Clínicamente se manifiesta por síntomas urinarios, disfunción eréctil y hematospermia. En las últimas décadas el diagnóstico y tratamiento ha cambiado radicalmente, por los avances en los estudios de serología y en los métodos de imágenes, sin dejar de ser la clínica el factor más importante para su detección. Todos los métodos de imagen radiológica son útiles en la evaluación de la próstata, principalmente la variedad transrectal del ultrasonido. Con ella se pueden diferenciar diferentes zonas de la próstata para caracterizar mejor las lesiones, sirve de guía para la realización de biopsias y para la evaluación de tratamientos prostáticos. La principal indicación para realizar tomografía computada y resonancia magnética es estapificación. La radiografía simple y medicina nuclear son útiles para evaluación general en busca de posibles metástasis. La tomografía por emisión de positrones (PET CT) combina la alta sensibilidad de la medicina nuclear con la especificidad de la tomografía computada, para la evaluación de la glándula en sí y de las demás zonas del cuerpo con posible diseminación. Finalmente la resonancia magnética

con espectroscopia, determina los niveles enzimáticos de los tejidos normales y anormales, caracterizándolos. El manejo multidisciplinario de la patología prostática es necesario para un adecuado diagnóstico y tratamiento.

**14CM Manejo de pancreatitis aguda severa.** Dr. Luis Bueso. Medicina Interna, Hospital de Occidente, Santa Rosa de Copán.

**15CM Colangiografía retrógrada endoscópica.** Dr. William Haedo. Gastroenterólogo, Instituto Nacional de Gastroenterología de Cuba, Miembro del Comité de Gastroenterología de Cuba.

**16CM Cáncer gástrico: genes, Helicobacter y nutrición. Aspectos actuales.** Dr. Ricardo Leonel Domínguez. Endoscopia Digestiva, Medicina Interna, Hospital de Occidente e Iniciativa de Occidente para Cáncer Gástrico (WHGCI), Santa Rosa de Copán.

Globalmente, es un problema significativo de salud, segundo solamente al cáncer de pulmón, como la primera causa de incidencia y mortalidad por cáncer, con 800 mil nuevos casos y 630 mil muertes anualmente. El cáncer gástrico no cardial y no asociado a EBV constituye cerca del 90% de los cánceres incidentes. Existe una significativa variabilidad geográfica; áreas con alta incidencia incluyen Asia, Latinoamérica y Europa. China aporta aproximadamente un tercio de los casos en números absolutos. En Latinoamérica, la incidencia por 100 mil habitantes va entre 7 y 41 para hombres y 4 a 31, en mujeres. Áreas reportadas de alta incidencia, incluyen Colombia, Chile y Costa Rica. La epidemiología del cáncer es difícil en los países en vías de desarrollo. El Occidente de Honduras ha sido caracterizado como una región de alta incidencia de cáncer gástrico, con una incidencia escandalizada estimada de 39 y 21 para hombres y mujeres respectivamente, por 100 mil habitantes de la población estándar mundial para el año 2000. Estos cánceres ocurren en una edad temprana (25% de bajo de 50 años) y son agresivos (65% pobremente diferenciados). La verdadera incidencia podría ser mayor. El índice propuesto CPI es el más alto descrito en el mundo. La carcinogénesis resulta de una interacción entre la genética de huésped, la virulencia bacteriana, los factores ambientales y co-factores nutricionales. El modelo actual del adenocarcinoma gástrico de fases múltiples o multiestadios, propone que la combinación del perfil de citoquinas proinflamatorias del huésped, con la infección de *Helicobacter pylori* de la niñez, conlleva a una inflamación pangástrica de la mucosa e hipoclorhidria de larga duración. Esta combinación, así como factores del huésped y factores ambientales, predisponen a la atrofia gástrica, metaplasia intestinal y adenocarcinoma. *H. pylori* ha sido clasificado como carcinoma Clase I por el IARC, con aproximadamente 35-50% de los cánceres gástricos atribuibles a este organismo. Estudios epidemiológicos han demostrado un incremento en el riesgo con la infección de 3-10 veces. Existe una significativa diversidad de las cepas de *H. pylori* entre individuos y dentro del huésped, facilitados por mutaciones puntuales y cancelación/inserción de genes. A pesar de la tremenda diversidad genética, *Alelos* específicos constitutivos de *H. pylori* confieren riesgo de enfermedad. El modelo de cáncer gástrico es más complejo que los factores de la infección de *H. pylori* y los factores de virulencia por sí solos. Las investigaciones de la susceptibilidad genética al cáncer gástrico, han subrayado cerca de 50 factores genéticos supuestos. El polimorfismo nulo GSTM1, ha sido el más ampliamente estudiado, pero las variantes de IL-1B y el NAT1 son los que han mostrado la asociación más consistente. El perfil de las citoquinas es modificado o delineado por la región reguladora de polimorfismos de las citoquinas en respuesta a la infección de *H. pylori*. Las citoquinas proinflamatorias centrales con polimorfismos funcionales son IL-1B, IL-10, TNF $\alpha$ . De manera importante, la portación de múltiples *Alelos* de riesgo, ya sean variantes homocigotas o de múltiples genes, incrementa el riesgo de cáncer gástrico, un riesgo relativo de 2 a 3 con un solo alelo, de 5 y 25 para 2 y 3 *Alelos* respectivamente. Concurrentemente, la infección de *H. pylori* es vital para

el riesgo atribuible a los genotipos de estas citoquinas como factores de huésped. Los polimorfismos de IL-1B potencialmente representan el factor de riesgo central del huésped para cáncer gástrico en la infección por *H. pylori*. La prevalencia de *Alelos* de riesgo observada en la población hondureña general *esta dentro de las mas altas reportadas*. La prevalencia de IL-1 $\alpha$ -511T en la población control fue de 81% (95%CI, 75-87%) con CT 57%, TT 25%. La prevalencia de IL-10-1082A en la población fue también muy alta, 93% (95%CI, 88-97%) con GA 30%, AA 63%. Esto *refleja las poblaciones asiáticas*. El polimorfismo de TNF- $\alpha$  esta casi ausente en esta población a diferencia de estudios en otras latitudes. El análisis de los polimorfismos de IL-1 $\alpha$  y IL-10 para los controles basados en población sugiere que el 89% de la población occidental de Honduras, porta al menos un Alelo de riesgo. Solamente el 1.2% portan genotipos de bajo riesgo (CC/GG). Cerca del 20% de la población es homocigoto para ambos polimorfismos de citoquinas (SNPs), portando 4 *Alelos* de riesgo (TT/AA), y por tanto un riesgo significativo aumentado para adenocarcinoma gástrico basado en la literatura actual. Varias décadas de investigaciones han sugerido el rol de factores nutricionales en cáncer gástricos, los estudios son consistentes con respecto al balance entre ciertos factores protectivos e insultos dietéticos. Factores protectivos reconocidos, primariamente antioxidantes, incluyen vegetales frescos, fruta fresca, vitamina C y carotenoides. La evidencia para selenio y vitamina E son menos claros aunque estudios bien diseñados son limitados. Varios insultos dietéticos han sido sugeridos como contribuyentes, incluyendo y nitratos. La exposición a componentes N-nitroso ya sea exógenos o endógenos, es dependiente de la dieta y la preparación de los alimentos (curados, secos, salados). El supuesto rol de los nitratos permanecerá difícil de probar. El consumo de sal y alimentos salados se han asociado con cáncer gástrico en estudios ecológicos, de cohorte y de caso control – primariamente en Japón. Se ha propuesto que el Sodio modula la infección de *H. pylori* y contribuye a la carcinogénesis. Podemos concluir que en muchos aspectos, el cáncer gástrico es mayoritariamente prevenible con programas de tamizaje, erradicación de *H. pylori* (antibióticos, vacuna), y / o intervención dietética. La identificación costo efectiva de poblaciones de alto riesgo con epidemiología detallada es crucial.

**17CM Avances en la cirugía ortopédica para el manejo de niños con parálisis cerebral infantil. Dr.**

*José B. Aviles Irías.* Ortopeda y Traumatólogo, sub –especialista en Neuroortopedia Infantil, Hospital y Clínica San Jorge, Centro de Rehabilitación Teletón, Hospital del Valle, San Pedro Sula.

La parálisis cerebral infantil se define como un trastorno de la postura y la marcha ocasionado por un daño no permanente a un tejido cerebral inmaduro. Los máximos responsables de la discapacidad para el movimiento del niño con parálisis cerebral infantil (PCI) son la espasticidad y la distonía. En los primeros estadios el trastorno es reversible, pero con el tiempo el movimiento articular se reduce como consecuencia de la espasticidad, conduciendo a un acortamiento progresivo de los tendones (contracturas fijas) y a deformidades óseas. Es conveniente tratar en los primeros estadios antes de la aparición de contracturas ya que entonces la única opción es la cirugía osteotendinosa Las deformidades más frecuentemente causadas por la PCI son las de los pies (pies equinos, varos, valgus, adductos), encontradas hasta en más del 90% de los niños Las deformidades de las caderas no suelen presentarse con tanta frecuencia en la PCI hemiparética pero son frecuentes en las PCI dipléjicas y tetrapléjicas, son graves y pasan frecuentemente desapercibidas hasta que ya son irreversibles.(1,3) Experimentalmente se ha demostrado que el aumento del tono muscular interfiere con el crecimiento longitudinal del músculo y convierte las contracturas dinámicas en permanentes. «El músculo espástico crece menos que el músculo relajado». Es preciso estirar al músculo al menos 2 horas diarias para prevenir su contractura. Tradicionalmente en nuestro país el tratamiento de estos niños se concentra en la fisioterapia, férulas, estimulación eléctrica, etc. (terapia física) y en el uso de medicamentos antiespásticos orales; los efectos así obtenidos son breves y terminaban por perderse los resultados no son esperanzadores. Actualmente se propone tratar

antes de que el acortamiento progresivo de músculos y tendones se haga fijo. La fisioterapia, las órtesis y la toxina botulínica "BOTOX" son las armas en este primer estadio.- En los casos en que las deformidades son severas se practican cirugías que corrigen todas las deformidades en un solo acto quirúrgico y de esta forma evitar el síndrome del cumpleaños, concepto que se manejaba anteriormente donde se corregía una Deformidad cada año, en la actualidad la cirugía que se realiza al paciente espástico es conocida como: "Shark attack" (ataque de tiburón) donde se corrige las deformidades músculo tendinosas y deformidades óseas, tanto de cadera, rodillas, tibias, pies, dedos etc. Los resultados son muy esperanzadores, se recomienda que estas cirugías deben ser Practicadas por cirujanos ortopedas con sub. especialidad en Neuro muscular pues los Abordajes terapéuticos son muy específicos para estos pacientes, en Centro América, Honduras es el único país donde se realizan este tipo de cirugía.

**18CM Obesidad en Pediatría.** Dr. Guillermo Villatoro. Endocrinólogo Pediatra, Hospital Escuela, Tegucigalpa.

**19CM Exposición ambiental en relación con Leucemia linfoblástica Aguda en niños.** Dra. Roxana Martínez. Pediatra Hemato-Oncóloga, Hospital Mario Catarino Rivas, San Pedro Sula.

Estamos enfrentando un número creciente de casos de cáncer pediátrico. Los datos registrados muestran un aumento de casos diagnosticados de 140 a 200 en los últimos 6 años. Hemos atribuido esto fundamentalmente a que ahora se hace un mejor diagnóstico, a que hay más pediatras sensibilizados hacia la posibilidad del diagnóstico de cáncer, y a mayor difusión de la enfermedad en los diferentes medios de comunicación, que hacen que los padres consulten más tempranamente. En lo que respecta a San Pedro Sula, el nuevo centro oncológico abierto por la Fundación para el Niño con cáncer en esta zona, en coordinación con el Hospital Mario Catarino Rivas y el Hospital Leonardo Martínez, han permitido la captación de 49 nuevos casos desde el 1 de septiembre del 2005 hasta el 1 de junio del 2006; esto es equivalente a que se hagan 5 nuevos diagnósticos de cáncer cada mes. Pero es esto producto de un mejor diagnóstico? O también interviene un aumento en la incidencia? Sucede esto solo en Honduras o es un comportamiento internacional de la enfermedad? A qué factores podemos atribuir este hecho? Aunque en la mayoría de los casos no es posible determinar la causa de la Leucemia linfoblástica aguda (LLA) en un niño en particular, está claramente descrito que factores genéticos, ambientales, virales y las condiciones de inmunodeficiencia están asociadas a aumento de incidencia de LLA. **Radiación ionizante:** El hecho de que la exposición a radiación se relacionaba con cáncer fue descrito debido al aumento en incidencia de leucemia entre los sobrevivientes a la bomba atómica en Japón durante la Segunda guerra mundial. La relación fue lineal, es decir directamente proporcional a la dosis recibida, para dosis mayores a 100cGy. La Academia Nacional de Ciencias en Estados Unidos ha reportado con base en sus estudios, un incremento de cinco veces el riesgo de todos los cánceres pediátrico para niños expuestos durante el primer trimestre del embarazo, pero de solo 1.5 veces en los expuestos en el segundo y tercer trimestre; y este riesgo se extiende hasta los 12 años de vida. Otras fuentes de radiación ionizante que claramente se han relacionado a cáncer en la edad pediátrica es la energía nuclear. Citamos por ejemplo, el desastre de Chernobyl. De acuerdo al informe de la evaluación hecha por el grupo de expertos de Naciones Unidas luego de veinte años del accidente, el único cáncer pediátrico cuya incidencia aumentó a raíz de la exposición a radiación fue el cáncer de tiroides. Su incidencia aumentó unas 80 veces en comparación con lo que se reportaba en esa zona a mediados de la década previa al accidente. Alrededor de 4,000 casos se reportaron en niños y adolescentes durante este período. Afortunadamente, el 99% de ellos sobrevivieron y permanecen vivos y en remisión. No hay informes sobre el aumento en la incidencia de leucemias en la zona del desastre, que incluye



un promedio de 5,000,000 de habitantes, pues la incidencia fue la esperada para la población general del resto de la ex Unión soviética. Particularmente en el país, hemos tenido en los últimos años 3 casos de leucemias en que hubo un claro antecedente de exposición a radiación (radiografías simples) durante la gestación. **Radiación no ionizante: Campos electromagnéticos:** Los campos electromagnéticos son un componente en crecimiento en el medio ambiente actual, y van a continuar aumentando en forma paralela a la tecnología. Existen campos electromagnéticos generados por la tierra misma, por la presencia de rayos y ahora también por la electrificación. Esto por supuesto genera gran ansiedad en la población, sobre las posibles repercusiones sobre la salud a corto y largo plazo. La intensidad de los campos electromagnéticos normalmente se mide por el magnetismo que genera, y se expresa en Tesla o miliTesla. Las recientes innovaciones tecnológicas llevan al uso de campos magnéticos hasta 100,000 veces más fuertes que el que naturalmente produce la tierra. Tienen usos en investigación y medicina. Por ejemplo los aparatos de MRI someten al organismo a rangos de 0.2-3 T; pero en áreas de investigación se han usado hasta 10 T. Los CEM pueden producir efectos agudos sobre la salud: pueden alterar el movimiento del flujo sanguíneo, cuando son muy intensos, o el ritmo cardíaco. Con intensidad de 2T una persona puede experimentar vértigo, náuseas, sabor metálico y luces parpadeantes. Esto por ejemplo, podría afectar la precisión de un cirujano que opere en un área cercana a un aparato de MRI. En cuanto a los efectos a largo plazo, la comisión sostiene que no ha habido estudios epidemiológicos controlados, y que no es posible tener conclusiones en este momento. Hay un estudio clásico hecho en Denver, que demuestra un aumento en la incidencia global de cáncer de 2 a 3 veces en niños que viven cerca de campos electromagnéticos. Otro estudio hecho en Suecia arroja similares resultados; pero hay dos estudios poblacionales hechos en Rhode Island y en Yorkshire que no muestran diferencia entre niños expuestos y no expuestos a CEM por cables de alta tensión. Hay algunos estudios de laboratorio que sugieren que la exposición a CEM aumenta los niveles celulares del oncogene Myc. Actualmente el NCI y el CCG tienen estudios en curso en Estados Unidos, Canadá y Alemania para examinar el posible papel etiológico de campos electromagnéticos en las LLA pediátricas. La agencia internacional para la investigación del Cáncer (IARC) evaluó la carcinogenicidad de los CEM estáticos en el 2002, y la OMS a través del Internationa EMF project está conduciendo una evaluación de los riesgos para la salud (Environmental Health Criteria, 2006). Sin embargo no hay nada concluyente por el momento y la OMS reevaluará sus recomendaciones al respecto cuando exista mayor evidencia en la literatura médica. **Exposición crónica a químicos:** El pico de incidencia de la LLA históricamente ha surgido en diferentes momentos en diferentes países: en Inglaterra en 1920s, en Estados Unidos en 1940s, en Japón en 1960s, correspondiendo con los mayores períodos de industrialización en estos países. El creciente avance de la industrialización ha producido un gran aumento de sustancias químicas sintéticas. Se estima que existen en el mundo más de 6 millones de productos químicos registrados. La mayor parte de estas sustancias no han sido sometidas a ninguna prueba para determinar su potencial carcinogénico. La IARC ha determinado un grupo de sustancias que se consideran cancerígenas en los humanos, estratificándolas de más a menos en las categorías 1, 2 A, 2B, 3 y 4. En el grupo 1 hay sustancias químicas claramente relacionadas con el cáncer. Algunas de ellas son: anilinas (cáncer de vejiga), asbesto (mesoteliomas), dietilestilbestrol (cánceres de vagina), alquitrán (cáncer de próstata) y el benceno, en relación a leucemia. Las personas que trabajan en producción de plásticos, resinas, nylon, fibras sintéticas, hule, tintes, detergentes o pesticidas tienen un contacto profesional prolongado con el benceno. El benceno también se encuentra como aditivo en la gasolina. Hay suficiente evidencia sobre la carcinogenicidad del benceno en animales de experimentación y en humanos. La principal toxicidad observada en animales de experimentación ha sido sobre las células hematopoyéticas, en algunos casos conduciendo a la anemia aplásica. Las principales fuentes de exposición a benceno son el humo del tabaco, las estaciones de gasolina, los gases des escape de los automóviles y las emisiones industriales. Los vapores de productos que contienen benceno, como los pegamentos, pinturas, cera para muebles también

pueden ser fuentes de exposición. El escape de los automóviles es responsable del 20% de la exposición a benceno en los Estados Unidos. Además otro 50% de la exposición en Estados Unidos proviene de fumar cigarrillos activa o pasivamente. Un fumador típico de 32 cigarrillos diarios recibe 1.8 mg de benceno al día, o sea 10 veces más que una persona que no fuma. La exposición prolongada a niveles altos de benceno produce leucemia, más frecuentemente LMA, por un mecanismo de inhibición de la topoisomerasa II, al igual que ampliamente se ha descrito que el Etopósido y Tenipósido, agentes quimioterapéuticos, pueden inducir segundas neoplasias (LMA) por ser inhibidores de la misma topoisomerasa II. Por ello la Agencia Internacional para la Investigación del cáncer (IARC) y el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos han declarado públicamente la carcinogenicidad del benceno. Hay una publicación reciente de un grupo de ecologistas ecuatorianos que compara el riesgo de padecer leucemia en niños de comunidades de la selva amazónica del Ecuador. Parte de estas comunidades conservan su estilo de vida rural, mientras que otras se han creado con obreros de compañías petroleras que laboran en excavaciones. En la región amazónica del Ecuador, cada pozo que se perfora produce una media de 4.000 metros cúbicos de desechos tóxicos. En 1994, el Centro de Derechos Económicos y Sociales, una organización nacional de derechos humanos, publicó un informe documentando peligrosos niveles de contaminación por petróleo en los ríos de la Amazonia ecuatoriana. En ese estudio se encontraron concentraciones de hidrocarburos aromáticos policíclicos en las aguas utilizadas por la población para beber, bañarse o pescar de 10 a 10.000 veces superiores a los límites permitidos por la Agencia de Protección Medio Ambiental (EPA) de los Estados Unidos. Los resultados de sus estudios ecológicos muestran un riesgo relativo de padecer leucemia en niños menores de 4 años de 3.5. Esto significa que la incidencia de leucemias en este grupo de edad fue 3.5 veces mayor que la de comunidades no expuestas a derivados de petróleo. Y en forma global para todas las edades menores a los 15 años, el riesgo relativo fue de 2.56. Además de las sustancias conocidas, como el benceno, en el mundo se generan anualmente alrededor de 350 a 400 millones de toneladas de residuos peligrosos. Una gran parte de ellos proviene de industrias que contribuyen en forma importante con la economía de las sociedades industriales. Entre ellas están las industrias metalúrgicas del hierro y del acero o de metales no ferrosos y la industria química. Se suman otras fuentes, como las actividades agrícolas, generadoras de residuos de plaguicidas, las extractivas (por ejemplo mineras y petroleras) y las de servicios (como los talleres automotrices que desechan aceites gastados). La mayor parte de estos residuos tienen mezclas complejas con diversos tipos de sustancias. Los niños pueden estar expuestos directamente, o bien sus padres antes o durante la gestación. Las historias clínicas de los pacientes al momento del diagnóstico en nuestro país muestran varios casos de exposición a sustancias tóxicas en el trabajo: madres que laboraban en talleres de pintura de autos, en la industria de jabones y detergentes, en bodegas de fertilizantes e insecticidas, o bien al cigarrillo como fumadoras pasivas. Esto ha constituido hasta el momento solo un dato interesante, anecdótico quizá, pero el aumento de casos detectados de leucemias y otros cánceres debe llamarnos a la reflexión y a investigar qué factores ambientales, que pudieran ser prevenibles, están involucrados en este aumento de incidencia de las neoplasias pediátricas.

**20CM Diagnóstico diferencial de ojo rojo.** Dr. Carlos Maldonado. Médico especialista en Oftalmología, sub-especialista en Oftalmología Pediátrica, Hospital Escuela, Tegucigalpa.

El Ojo rojo un signo frecuente dentro de la patología oftalmológica el cual puede significar una serie de patologías que puede comprometer el globo ocular en situ o como una manifestación de una enfermedad sistémica. Dentro de estas patologías podemos encontrar enfermedades Como la artritis reumatoide la cual se manifiesta como una uveítis tornándose los ojos rojos acompañado además de manifestaciones por la afectación del globo ocular, la presencia de un cuerpo extraño el cual además de causar dolor lagrimeo como respuesta al

daño se presentara ojo rojo. Pero dentro de la gama de enfermedades que causan ojo encontramos además las más frecuentes como las conjuntivitis de las diferentes etiologías las cuales pueden ser, conjuntivitis bacterianas., alérgicas, virales. Además infecciones de los párpados, trauma ocular inflamaciones oculares y neoplasias como el retinoblastoma entre otros. Para poder determinar la causa de el ojo rojo es importante realizar una buena evaluación, iniciando por una historia clínica, una valoración en la lámpara de hendidura, determinar la presencia de prurito o no ya que esto además de orientar el diagnóstico junto con el tipo de la secreción que el paciente presenta. Debemos de recordar que un ojo rojo puede ser el indicio de una enfermedad seria las cuales habrá de determinar el diagnóstico definitivo para ofrecer un tratamiento oportuno.

**21CM Educación diabetogénica en niños con diabetes mellitus.** *Dra. Lesby Espinoza.* Endocrinóloga Pediatra, Hospital Escuela e Instituto Hondureño de Seguridad Social, Tegucigalpa.

**22CM Diagnóstico diferencial de leucocoria.** *Carlos Maldonado.* Médico especialista en Oftalmología, sub-especialista en Oftalmología Pediátrica, Hospital Escuela, Tegucigalpa.

La leucocoria es el signo mas frecuente de muchas patologías oftalmológicas. La mayoría de los oftalmólogos podrían recitar la lista de diagnóstico diferencial cuando se le presenta a su consultorio un paciente con dichas características. La lista de enfermedades asociadas a leucocoria es una serie que comprende desde una patología benigna como la catarata. O de un retinoblastoma donde la vida del niño esta en riesgo si no se hace un diagnóstico certero, oportuno. Cada patología que tiene asociado la leucocoria como signo agregado tendrá sus características propias para lo cual, será importante una buena historia clínica y un buen examen físico, antecedentes, la edad, sexo. La unilateralidad o bilateralidad del mismo. El auxilio de ayudas diagnósticas son importantes para poder determinar a cual patología nos enfrentamos. Iniciando con un fondo de ojo, ultrasonido ocular y sobre todo una Tomografía axial computarizada. Ya que en estos casos el retraso del diagnóstico y/o el desconocimiento de la existencia de dicha patología retrasara el diagnóstico y el tratamiento, mencionando que en los países en vías de desarrollo la presencia de leucocoria es sinónimo de retinoblastoma hasta que no se demuestre lo contrario.

**23CM Pie equino varo congénito. Qué hacer? Tratamiento actualizado.** *Dr. José B. Aviles Irias.* Ortopeda y Traumatólogo, sub-especialista en Neuroortopedia Infantil, Hospital y Clínica San Jorge, Centro de Rehabilitación Teletón, Hospital del Valle, San Pedro Sula.

La descripción mas antigua del PEVC y su tratamiento se adjudica a Hipócrates (460 377 a. C.). Todos los ortopedas están de acuerdo que este diagnóstico se realiza por exclusión, se debe evaluar el estado neurológico del niño, buscar un disrafismo espinal, descartar una miopatía congénita o una artrogriposis, examinar siempre rostro y manos. La patogenia y la biomecánica del PEVC no se conocen bien. A medida que el pie crece durante la vida intrauterina, siempre se atraviesa una fase de pie equino fisiológico antes de las doce semanas. Luego se despliega gradualmente hasta adoptar una posición normal, existen cuatro teorías que tratan de explicar el origen de la aparición del PEVC , una de ellas es la que habla de la detención del desarrollo del pie durante la fase peroneal, otra es la teoría postural del niño intraútero, la que describe alteraciones neuro musculares y las malformaciones congénitas de las estructuras óseas. El tratamiento de esta patología es urgente debe iniciarse desde su nacimiento , con la colocación de yesos correctores los que se cambian semanalmente de tal forma que la corrección se realiza de forma progresiva y según sea su evolución aproximadamente después del quinto yeso cuando ya se a corregido el cavo, aducto y la supinación del pie se puede realizar una tenotomía del trisep

sural la que se realiza en el consultorio medico sin necesidad de llevar al paciente al quirófano, se coloca un ultimo yeso por 3 semanas y posteriormente se le colocaran unas férulas de Dennis Browne para usarlas todo el día por un periodo de tres meses para posteriormente usarlas por las noches por un periodo de 3 años mas y así disminuir el porcentaje de recidivas. Este método fue diseñado por el DR. Ponseti en el año de 1961 y el cual a ganado notoriedad debido a los resultados favorables mas del 90 %, que se obtienen sin necesidad de una intervención quirúrgica. El tratamiento quirúrgico sigue ocupando un espacio en el tratamiento del PEVC pero en un segundo plano para aquellos casos en que las recidivas son importantes.

**24CM Manifestaciones atípicas del re ujo extraesofágico.** Dra. Juana Vásquez. Otorrinolaringóloga, Hospital del Valle, San Pedro Sula.

**25CM Generalidades del ultrasonido en Obstetricia.** Dr. Luis Fonseca. Departamento de Ginecología y Obstetricia; Instituto Hondureño de Seguridad Social, San Pedro Sula.

Las tasas de mortalidad materna e infantil, son índices que indirectamente denotan el estado de desarrollo y atención en salud de un país o una región. Así mismo, la intervención oportuna en situaciones de urgencia durante el embarazo, puede hacer la diferencia entre el éxito o la fatalidad. Toda muerte es lamentable, pero la muerte de una madre y/o su bebé tiene grandes connotaciones, pues rompe la estructura familiar: al dejar hijos huérfanos y esposo viudo. O por otro lado, el trauma de perder a un nuevo miembro, que, aunque no nacido, ya era parte del entorno. Al cónyuge; le resulta muy difícil asumir la crianza y educación de los hijos. Toda institución desea mejorar la calidad de atención a la mujer gestante. Para ello, ha de apoyarse en recursos que brinda la tecnología. El ultrasonido se ha convertido en un procedimiento estándar que se utiliza durante el embarazo. Éste puede mostrar y detectar un número creciente de condiciones que en determinado momento ponen en peligro el bienestar de este binomio. Juega un papel trascendental en situaciones de emergencia como: dolor abdominal, hemorragia, trauma abdominal cerrado, hidrorrea, incremento de volumen de contenido uterino, alteraciones del ambiente fetal (envejecimiento placentario, ubicación de cordón umbilical, placenta) y trastornos de motilidad fetal. Además, puede convertirse en un instrumento vital para información de condición fetal en el mismo instante al realizar un procedimiento quirúrgico abdómino-pélvico de urgencia. Afortunadamente, el ultrasonido no produce radiación ionizante, por lo que se considera un procedimiento muy seguro tanto para la madre como para el feto.

**26CM Síndrome de ovario poliquístico.** Dr. León Trejo. Ginecólogo, sub-especialista en Reproducción e Infertilidad, Hospital Roosevelt, Guatemala.

**27CM Evidencia en Obstetricia.** Dr. Jesús O. Vallecillos. Ginecólogo, sub-especialista en Perinatología, Instituto Hondureño de Seguridad Social, Tegucigalpa.

**28CM Actualidades en trasplante médula ósea.** Dr. Cristian Alvarado. Hemato-oncólogo, CEMESA, San Pedro Sula.

El trasplante de células hematopoyéticas se ha desarrollado en los últimos años, como una de las terapéuticas más importantes en el tratamiento de enfermedades neoplásicas y no neoplásicas. Se ha hecho reducir en forma importante la mortalidad en diferentes padecimientos. El desarrollo se ha logrado en muchas áreas como son la captación de la célula Hematopoyética por medio del sistema de recolección en sangre periférica con el

sistema de aféresis. Y mas recientemente las células de Cordón Umbilical. Aunque en algunos Centros se continúa utilizando la captación de la Medula Osea de las crestas ilíacas con resultados sin una marcada diferencia. Existen varios tipos de Trasplantes los cuales son los autólogos y lo alogénico. Previamente en ambos tipos se le administra al paciente una quimioterapia intensa para erradicar la Medula dañada y transfundir las nuevas células hematopoyéticas. Las indicaciones habituales para el Autólogo son: en Mieloma Multiple, Linfoma no Hodgkin's. En el caso de trasplante alogénico: en Aplasia Medula Severa, Déficit, Inmunitario Severo, Talasemia Mayor, Drepanocitosis Severa, Leucemia Linfoblástica Aguda con criterios de mal pronostico, en Leucemia Mieloblástica Aguda en alteraciones cromosómicas de mal pronóstico, en Leucemia Granulocitica Crónica sin remisión molecular con el uso del Imatinib. Actualmente Honduras requiere de la creación de un Centro de Trasplante de Medula Osea tanto para pacientes Pediátricos como Adultos. En el cual debe de estar basado especialmente en la calidad y la eficiencia iniciando con un trasplante mensual y siguiendo todas las normas internacionales sobre su manejo en todas las diferentes áreas y con el apoyo de las diferentes especialidades. Es importante la creación de un banco de donadores de Medula Osea altruistas y también el banco de células de cordón umbilical. Debemos de tener todos los Médicos Hondureños un sentimiento de Urgencia para realizar los grandes cambios el área científica, para lograr una mejor medicina y alcanzar mejores metas en la curación de muchas patologías al nivel de cualquier país del mundo.

**29CM Uso clínico del magnesio.** Dr. Al Pinto Panayoti. Medicina Interna, Hospital de Occidente, Santa Rosa de Copán.

**30CM Fotodermatosis.** Dr. Rafael Valle. Dermatólogo, Clínica Periférica Sesecapa, Ocotepeque.

La energía derivada directamente o indirectamente del sol influye sobre toda la vida del planeta. En el organismo humano, la piel es el órgano que mas aprovecha esta luz radiante, constituyendo el sitio de choque para el espectro foto biológico, la interacción de la piel con la radiación solar debe ser ejercida en forma razonable y en ocasiones puede ser causa de fotosensibilidad. Las reacciones de fotosensibilidad comprende cualquier alteración inducida por la absorción de energía radiante. En dermatología puede utilizarse para abarcar todas las alteraciones cutáneas que surgen de la interacción de la luz y la piel, incluso reacciones que se consideran respuestas normales, con el bronceado, el fotoenvejecimiento y la quemadura solar. A pesar de que el espectro electromagnético emitido por el sol es muy amplio, la porción capaz de producir foto sensibilización se encuentra limitada a la radiación UVA, UVB, y la luz visible. Con fines académicos de acuerdo a su origen, las foto dermatosis se agrupan en cuatro apartados: Foto dermatosis Idiomáticas. Fotodermatosis secundarias a agentes exógenos. Fotodermatosis secundarias a agentes endógenos. Dermatitis.

**31CM Tendencia actual en el manejo de hipertensión arterial.** Dr. Mauricio Varela. Cardiólogo, Medicina Interna, Hospital Escuela, Tegucigalpa.

**32CM La incontinencia urinaria de esfuerzo con sling transobturador.** Dr. Edin Quijada. Servicio de Urología, Hospital Mario Catarino Rivas, y Clínica Las Cañadas, San Pedro Sula.

La incontinencia de orina de esfuerzo se ha definido como la pérdida involuntaria de orina, es una patología altamente prevalente en el sexo femenino, llegando a afectar aproximadamente a más de 200.000.000 de mujeres en todo el mundo. Debido principalmente a cambios anatómicos y fisiológicos de nivel del piso pélvico que ocurren con la edad. Se han definido cuatro tipos de incontinencia, urgencia, estrés, rebosamiento y de

esfuerzo, en muchas ocasiones pueden ser mixtas. Se ha determinado que la afectación de estas mujeres en la comunidad oscila entre el 10 al 15% y en muchas circunstancias por el condicionamiento social que esto genera no consultan su problema. Múltiples fueron y son las terapéuticas utilizadas buscando corregir esta patología, la cual puede llegar a ocasionar importantes trastornos en la esfera social y por lo tanto en la calidad de vida. Ya que la sintomatología mas frecuente como perder orina al reírse, toser, incorporarse, realizar algún esfuerzo es realmente algo sumamente importante para la gente que lo sufre. El Sling, Cincha o Cabestrillo tuvo su nacimiento aproximadamente en el 1900, como técnica quirúrgica en el tratamiento de la incontinencia, buscando comprimir y obstruir la uretra para evitar la perdida de orina. Pasados 20-30 años esta técnica fue abandonada ya que no se obtuvieron los resultados esperados, comenzando a tener más fuerza otras técnicas, como la suspensión cervical. Marshall-Marchetti-Kranz a principios de la década del 40 describen una técnica por vía abdominal donde elevaban y comprimían el cuello a la región retropúbica. En el año 1960 Burch, por vía abdominal sugiere dar puntos de la vagina al ligamento de Cooper, a manera de hamaca, para elevar y comprimir la uretra. Posteriormente entre los años 70 y 90 las técnicas con aguja por vía vaginal alcanzan un gran auge, buscando con dicha técnica comprimir y elevar la uretra a una posición intraabdominal. Aproximadamente en 1990 la técnica de Sling comienza a resurgir como alternativa terapéutica; la cual hoy en día llega a ser la cirugía de primera elección, no solo en la incontinencia por hipermovilidad uretral sino también en la insuficiencia esfinteriana intrínseca. Para lo cual se toma como base el fundamento anatómico de Reemplazar o reforzar la acción de los músculos elevadores y ligamentos uretropolvicos cuando aumenta la presión intraabdominal. En el afán de superación personal y desarrollar estas técnicas quirúrgicas en nuestro país, en nuestra institución y a nivel privado tenemos 15 meses de estar practicando una cirugía para la incontinencia en la cual hemos utilizado: 1) Aguja de 3 mm con curvatura prediseñada que permite:-un pasaje seguro desde el agujero obturador a la incisión vaginal-ingreso alejado de nervio y arteria obturatriz-pequeño trayecto sin control-mínima disección de tejido-aguja izquierda y derecha, 2) Malla de polipropileno monofilamento 27 x 2 cms, 3) Anestesia Raquídea, 4) Un día de Internación donde hemos realizado el análisis de la técnica, la duración de la técnica ha sido de aproximadamente 12 a 15 minutos como máximo, con un total de 40 pacientes con un seguimiento promedio de 8 meses, con escasas complicaciones y con un éxito que supera al 95%, superando ampliamente cualquier otra técnica utilizada para tal fin en nuestra experiencia. Hemos realizado comparaciones con las otras técnicas y la tasa de recidiva que estas producen, comparando con el sling Transobturador, nos alienta a seguirla utilizando y nos falta todavía un seguimiento mas amplio para presentar en un futuro mas datos que validen este procedimiento y lo establezcan como la cirugía para incontinencia urinaria en las mujeres. Es una técnica segura, con una curva de aprendizaje corta, con mínimas complicaciones y con favorables resultados, lo que la ha convertido en nuestra elección para resolver esta patología tan denigrante y fácil de resolver.

**33CM Daños a la salud secundarios a la destrucción de la capa de ozono.** Dr. José Pagoada. Salubrista, Hospital San Lorenzo, San Lorenzo, Valle.

La maravillosa capa de ozono es un manto protector de la tierra, Constituye un filtro natural que nos protege contra la luz solar ultravioleta (UV). Sin la capa de ozono no se habría desarrollado la vida en la tierra como la conocemos hoy en día, pues la luz UV destruye las células y produce daños letales a la mayoría de los seres vivos. El descubrimiento del agujero de capa de ozono en 1985 sacudió al mundo. Esta situación es la consecuencia de la emisión a la atmósfera de ciertas sustancias químicas, con contenido de cloro y bromo. La más conocida de estas sustancias son los clorofluorocarbonos (CFC). El efecto de la disminución del ozono sobre la superficie terrestre es el aumento de radiación UV. Existen tres tipos de rayos UV: UV-C, UV-B, UV-A. Los rayos UV -C son extremadamente dañinos pero prácticamente no llegan a la superficie terrestre. Los rayos

UV-B son los responsables del enrojecimiento y las quemaduras de la piel y puede alterar estructuras celulares, provocando mutación en el ADN, hecho considerado como principal causa de cáncer de piel. Los rayos UV-A causan serios daños a la piel incluyendo envejecimiento de la piel y arrugas, intervienen también junto con los UV-B en el desarrollo de cáncer cutáneo. El Programa de las Naciones Unidas para el Medio Ambiente (PNUMA) pronostica que a una tasa anual de 10% de pérdida de ozono durante varias décadas, el aumento en casos de cáncer de piel rondará los 250,000 por año. Los rayos UV-B producen además supresión del sistema inmunológico lo que influencia adversamente la inmunidad contra bacterias, virus, parásitos y hongos. La exposición a la radiación UV también es responsable de daños oculares y muy especialmente cataratas y ceguera. Se recomienda al estar expuesto al sol por largos periodos de tiempo usar ropa protectora y sombreros de ala ancha. En los días extremadamente soleados cuando las personas utilizan pantalones cortos debe usarse un protector solar. Hay que reducir al mínimo la exposición a los rayos solares en el tiempo comprendido entre las 10:00 AM y 3:00 PM. También se recomienda el uso de lentes solares que estén diseñados para absorber las radiaciones UV cuando la luz solar es muy intensa. Los más pequeños requieren cuidados extras al igual que, los rubios, pelirrojos (especialmente los de ojos claros), personas con muchos lunares o con antecedentes familiares de cáncer de piel. Es sumamente importante concienciar a la población sobre la importancia de evitar el uso de sustancias que contengan CFC.

**34CM Re ujo gastroesofágico.** Dr. José Fernando Menéndez. Pediatra. Gastroenterólogo, Hospital Roosevelt, Guatemala.

**35CM Apiterapia.** Dr. Walter Fierro. Republica de Uruguay.

**36CM Aplicaciones de la toracoscopía en Cirugía Cardiovascular.** Dr. Hugo Orellana R. Servicio de Cirugía Cardiovascular Hospital Escuela Honduras y Hospital Medical Center, Tegucigalpa.

La cirugía cardiovascular de mínima invasión encuentra una de sus principales expresiones en el uso de la toracoscopía para el diagnóstico y manejo de diversas patologías ubicadas en la cavidad torácica, así como en muchos procedimientos de tipo cardiovascular. Se describe la experiencia inicial del uso de la toracoscopía cardiovascular en diferentes hospitales públicos y privados de Tegucigalpa, en un periodo de tres años, tanto en pacientes adultos como pediátricos, así como la potencial implementación en procedimientos nuevos a corto plazo.

**37CM Papel de la amlodipina en la reducción de la hipertensión arterial.** Dr. Hugo Villarroel. Medicina Interna, Cardiólogo, San Salvador, El Salvador.

**38CM Cefalea vascular en Honduras.** Dr. Fabricio Díaz. Neurólogo, Instituto Hondureño de Seguridad Social y Facultad de Ciencias Médicas, Tegucigalpa.

**39CM Evaluación de factores de riesgo pre-operatorio.** Dr. Sergio Montoya. Anestesiólogo, Hospital Leonardo Martínez, San Pedro Sula.

El término Factor de Riesgo (FR) se refiere a cualquier condición que puede causar un efecto adverso al paciente. Los FR pueden ser los inherentes al paciente (edad, condición médica, reserva orgánica), al procedimiento quirúrgico (tamaño de la herida, magnitud del sangrado, tiempo quirúrgico, electivo o emergencia etc.), a los que brindan la atención (habilidad técnica y conocimientos suficientes) y a aquellos relacionados con la disponibilidad de recursos del hospital donde se brinda la atención entre otros. El beneficio de un procedimiento quirúrgico generalmente es claro pero el riesgo al cual el paciente se somete es una interrogante que no siempre esta bien definida. Los estudios evalúan potenciales factores de riesgo y si son predictores de mal pronóstico. Hasta el momento ni los índices pronósticos ni los predictores individuales han demostrado tener sensibilidad y especificidad absoluta, por lo que la evaluación de morbi-mortalidad a través de ellos es probabilística e inexacta. Una correcta evaluación clínica pre-operatoria debe incluir: Historia clínica completa, exploración física, estudios de laboratorio y gabinete, informar al paciente y sus familiares sobre los pasos clínicos, quirúrgicos, anestésicos, posibles complicaciones y la selección de una buena medicación preanestésica. El propósito de la evaluación es detectar, prevenir y tratar todos aquellos FR susceptibles de ser modificados para disminuir o eliminar los eventos adversos peri-operatorios y debe servir al equipo médico-quirúrgico para decidir si realiza el procedimiento o espera a optimizar al paciente antes de operarlo, obviamente hay circunstancias en que los pacientes deben ser operados aun con riesgo. También se debe hacer una planeación de lo que se hará (Qué abordaje quirúrgico?, Qué tipo de anestesia? Qué nivel de monitorización?, etc.) y tomar medidas preventivas como tener suficiente sangre u otros expansores de volumen, bombas de infusión, monitores, inotrópicos, desfibrilador, etc. Los exámenes de laboratorio y gabinete deben indicarse de acuerdo a la cirugía y las patologías que el paciente tiene, en general se recomienda que a los pacientes mayores de 40 años tengan EKG, mayores de 60 años EKG, Rx. tórax, hemograma completo, BUN, Creatinina, STGO, si es diabético glicemia en ayunas, general de orina además EKG no importando la edad. Cirugías de emergencia: Glicemia, BUN, Creatinina, tipo-Rh, Rx cabeza, cuello y tórax. Realizar estudios demás, solo aumenta los costos del procedimiento (1). Otras recomendaciones deben incluir ayuno de 8 hrs. pacientes mayores de 5 años y de 2 hrs. para lactantes, suspensión de medicamentos como aspirina por 10 días, de hábitos como fumar, continuar medicamentos incluso el día de la cirugía eje. Hipertensión, Epilepsia, enfermedades del corazón, Nebulización antes de la cirugía en los asmáticos, antialérgicos etc. y aplicación de un sedante y/o atropina antes del procedimiento como medicación preanestésica. Existen diferentes escalas que pretenden evaluar áreas específicas de los pacientes, la más estudiada y utilizada es la evaluación del riesgo cardiaco en cirugía no cardiaca. En vista de la gran cantidad de estudios el colegio Americano de Cardiología y la Sociedad Americana de Cardiología (AHA/ACC) han presentado desde 1996 el consenso de lineamientos para la evaluación cardiovascular para cirugía no cardiaca (2). También existe la evaluación del estado físico de la Sociedad Americana de Anestesiología (ASA) (3). Otras áreas han recibido atención: Riesgo en edad avanzada (4), pacientes con hepatopatía (5), enfermedad renal (6), pulmonar (7), trombo embolia (8) entre otras. En resumen podemos decir que la evaluación del riesgo con índices pronósticos es de utilidad porque nos da una idea del riesgo del enfermo pero siempre debemos tener en mente que es una evaluación de probabilidad y que pacientes en riesgo pueden no tener complicaciones pero pacientes con bajo riesgo de acuerdo a un índice pueden presentarlas. La evaluación del enfermo debe ser global teniendo en cuenta que algunas variables son categóricas dándonos una apreciación errónea. Por lo tanto en la evaluación de un enfermo debe tomarse en cuenta el análisis de cada uno de los predictores, las condiciones generales del enfermo, su reserva orgánica y el procedimiento quirúrgico a efectuar.



**40CM Anestesia epidural en trabajo de parto.** Dr. Manuel Grudnard. Anestesiólogo, Hospital Escuela, Tegucigalpa.

**41CM Manejo del dolor post-operatorio.** Dr. Amilcar Hidalgo Tejada. Anestesiólogo cardiovascular, Unidad Cardiovascular (UNICAR), Guatemala.

Es una experiencia sensorial y emocional no placentera relacionada con daño potencial o real del tejido o descrita en términos de tal daño. El dolor siempre es subjetivo. El dolor agudo postoperatorio es de naturaleza nocirreceptiva, secundario a la activación de los nocirreceptores somáticos y viscerales debido al daño tisular y la inflamación. El dolor somático está característicamente bien localizado y es agudo en comparación con el dolor visceral, que tiende a estar menos definidos y a ser difuso. El dolor visceral puede provocar dolor referido a dermatomas cutáneos debido a la convergencia de las fibras viscerales y las somáticas aferentes en la médula espinal. DOLOR AGUDO Fisiología y Anatomía: El dolor postoperatorio se origina por la activación de los nocirreceptores periféricos, estos son Fibras C sensoriales desmielinizadas y Fibras delta A con una delgada capa de mielina. Los nocirreceptores son polimodales es decir responden a estímulos mecánicos, frío, calor y estímulos químicos. Existen dos tipos de nocirreceptores mecánicos y de temperatura de fibra A que son tipo I y tipo II. La sensibilización de los nocirreceptores, ocurre con un daño tisular local e inflamación, se caracteriza por un descenso del umbral y una respuesta aumentada a estímulos que superan el umbral. (Hiperalgnesia). La hiperalgnesia puede ser primaria que se origina en el sitio de la lesión ó secundaria que sucede en la piel no lesionada. Los nocirreceptores viscerales son terminaciones nerviosas de las fibras nerviosas primarias aferentes, son polimodales y responden al espasmo de la musculatura lisa, a la isquemia, a la distensión o a la inflamación. Para el tratar el dolor postoperatorio de debe considerar el tiempo transcurrido desde la operación, el tipo de intervención que lo motiva y la medida y localización de la incisión. El tipo de intervención distingue entre dolor intenso, moderado o leve. El objetivo debe ser evitar la aparición del dolor postoperatorio y aliviarlo rápidamente cuando se presente. Pautas básicas del tratamiento del dolor: El dolor se puede evitar totalmente con fármacos analgésicos, desgraciadamente los pacientes padecen dolor porque reciben un tratamiento ineficiente. Cada paciente puede tener un dintel doloroso diferente y también una respuesta más o menos favorable a los analgésicos. Por esto de debe individualizar el tratamiento. Los sedantes nunca son sustitutos de los analgésicos. Siempre que sea posible se deben dar los analgésicos vía oral, si no es posibles usar vía IM ó IV. La eficacia de un analgésico es mayor cuando se administra para prevenir la aparición de un dolor esperable, y menor cuando se administra para tratar un dolor ya establecido. En consecuencia, el mejor efecto analgésico se obtiene utilizando los fármacos en dosis e intervalos adecuados, con una pauta prefijada. La pauta de «analgésico si dolor», aumenta la angustia del enfermo y las necesidades de analgésicos. No subestimar la duración de los efectos de los analgésicos. Excepto cuando el dolor tenga un origen múltiple, la asociación de analgésico puede resultar beneficiosa. Los analgésicos se utilizan aislados no asociados. Los opiáceos se deben emplear en función del origen y la intensidad del dolor, no de la gravedad de la enfermedad. EL uso d de opiáceos suele necesitar la administración simultanea de laxantes y antieméticos. La adicción a opiáceos no es tan fuerte como se supone, no aparece con tratamientos de menos de una semana de duración. Pauta Analgésica Inicial (Primeras 72 horas) Distinguir entre dolor leve, moderado e intenso. Dolor Moderado: Metamizol Diclofenaco. Acido acetil salicílico. Paracetamol y codina. Dolor intenso: Los fármacos de elección son los opiáceos agonistas puros. La elección del analgésico implica tomar en cuenta los siguientes aspectos: Edad del paciente Historia de ulcera gastroduodenal Riesgo de depresión respiratoria Historia de hepatopatías. Uso de anticoagulantes. Historia de hipersensibilidad a los AINE o a las pirazolonas.

**42CM Nuevas estrategias en el manejo de diabetes tipo II.** Dra. Onix Arita. Endocrinóloga, Clínicas Bendaña, San Pedro Sula.

Actualmente la Diabetes Mellitus está considerada como una pandemia mundial, con un número aproximado de 150 millones de Diabéticos en el mundo, número que se duplicará para el año 2025 si la tendencia no se modifica. Nuestro país a pesar de los índices de pobreza no se comporta diferente y datos de estudios y tamizajes aislados lo ubican en una región de alta prevalencia de Diabetes, así como de Obesidad y Síndrome metabólico. La Enfermedad Cardiovascular consecuencia de estas enfermedades se ubica en la primera causa de morbimortalidad, tomando en cuenta el carácter multisistémico de este tipo de enfermedades. Sabemos que la educación es piedra angular en el manejo de estos problemas de salud y que la contribución de institutos y programas nacionales de salud son necesarios para lograr un impacto favorable en las tendencias epidemiológicas. Como médicos debemos de conocer y tener claro los mecanismos fisiopatológicos de la enfermedad que nos hagan comprender el tratamiento farmacológico que obligadamente va de la mano con los programas de educación y monitoreo aplicado a estos pacientes. La presente conferencia se desarrollará con el fin de actualizar metas actuales y tendencias actuales en el tratamiento de la Diabetes tipo 2 de acuerdo a la evidencia clínica que hasta el momento se tiene con los diversos estudios que en este campo se han realizado.

**43CM La enfermedad cerebro vascular: un problema de salud pública de Honduras** Dr. Marco Tulio Medina, Dra. Eunice Ramírez. Postgrado de Neurología, Universidad Nacional Autónoma de Honduras, Hospital Escuela, Tegucigalpa.

De Acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS) la enfermedad cerebro-vascular (ECV) o Ictus, es la segunda causa de muerte, y la primera causa de discapacidad, a nivel mundial. Se calcula que alrededor de 5.54 millones de muertes se produjeron en el año 2000, de las cuales, dos tercios corresponden a los países en vías de desarrollo. Recientemente, la ECV ha sido declarado «enfermedad catastrófica en Ibero América», en vista de la magnitud de casos reportados en América Latina, España y Portugal. Es por esa razón, que la OMS, la World Federation of Neurology, y la Internacional Stroke Society, ha lanzado una propuesta internacional denominada Iniciativa Global del Ictus (The Global Stroke Initiative) para que de una manera sistemática, se realicen estudios epidemiológicos, y se obtenga información costo-efectiva, para posteriores tomas de decisión a nivel de salud pública que permitan prevenir el ictus. Métodos: El Postgrado de Neurología de la Universidad Nacional Autónoma de Honduras llevo a cabo entre el 2001 al 2006 un sistema de Vigilancia epidemiológica de la ECV (the WHO Stepwise Stroke), evaluando los eventos cerebro vasculares ocurridos en el Hospital Escuela, así como a nivel comunitario en la Colonia la Kennedy (Tegucigalpa) y en el municipio de Salama (Olancho) de los casos fatales, no fatales y determinación de los factores de riesgo para EVC. Durante los años 2001, 2003 y 2004 se estudiaron 1,573 personas en la Colonia la Kennedy, Tegucigalpa (Zelaya, Padilla, Medina et al), determinándose una prevalencia de 5.7 casos por 1000 habitantes. En un estudio de casos y control, Padilla et al, determinaron en el 2004 que la Hipertensión arterial representaba un riesgo (OR) de 8.27 ( $p=0.039$ , 95% CI= 0.87-78.01) para padecer de ECV. También en el 2004, Romero Sevilla et al, llevaron a cabo un estudio casa por casa y determinaron una prevalencia de 24.8% de Hipertensión Arterial Sistémica, de los cuales el 56% de los casos no estaban bajo tratamiento o recibiendo un adecuado control. Estudio Rural de Población: entre el 2004 al 2006 (Ramírez, Thompson et al) estudiaron la prevalencia de ECV en la Comunidad rural de Salama en 5396 personas, encontrándose una prevalencia de 3.6 x 1000 habitantes, se determinaron los factores de riesgo en un estudio de casos y control, encontrándose preliminarmente que la Hipertensión arterial sistémica y las dislipidemia constituyeron los principales factores de riesgo. Estudio

Hospitalario: Entre el 2003 al 2006 Ávila-Alvarado et al y posteriormente Rodríguez et al, llevaron a cabo un registro Hospitalario de ECV, en el Hospital Escuela evaluándose en el 2003, ochenta y dos casos consecutivos, encontrándose una mortalidad del 24%, siendo los Subtipos de EVC mas frecuentemente encontrados: isquémicos (61%), hemorrágicos (24%) y no determinados (15%). Posteriormente Rodríguez et al en mas de 150 casos consecutivos entre el 2005 al 2006 encontraron un incremento de la mortalidad por EVC, de mas del 40% versus 24% encontrada en el 2003. Los factores de riesgo más importantes fueron HTAS, tabaquismo, alcoholismo, diabetes, etc. Conclusiones: La Prevalencia de Enfermedad Cerebro vascular en Honduras es similar a la observada en otros países de América Latina, representando no obstante la principal causa de mortalidad a nivel Hospitalario (HE) en Tegucigalpa. La Hipertensión arterial junto a la dislipidemia, diabetes, y estilos de vida, constituyeron los principales factores de riesgo. La enfermedad cerebrovascular es un problema de Salud Pública en Honduras que requiere medidas urgentes de prevención.

**44CM Dolor neuropático físico y tratamiento.** Dr. Fabricio Díaz: Neurólogo, Instituto Hondureño de Seguridad Social y Facultad de Ciencias Médicas, Tegucigalpa.

## 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.* Franklin Y. Hernández, MD, MSc. Coordinador 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.* Dennis I. González M. 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.** *Luis A. González,* 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.** *Claudia Almendarez,<sup>1,2</sup> K. Fernández Zelaya,<sup>1</sup> J. Banegas Matamoros.<sup>3</sup>* <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 *Mucor* 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.** Dr. Ricardo Fernández,<sup>1,2</sup> Marco Pinel,<sup>2</sup> Jackeline Alger,<sup>2</sup> Gloria Suárez,<sup>3</sup> Augusto López,<sup>4</sup> Víctor Cáceres<sup>5</sup>. <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.** Dra. Jackeline Alger, 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 *Plasmodium falciparum*, 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 *P. falciparum*. *Financiado parcialmente por Proyecto Fortalecimiento de la Respuesta Nacional para la Protección y Promoción de la Salud en Malaria, Tuberculosis y SIDA, Fondo Global Honduras; Programa Nacional de Prevención y Control de la Malaria, Secretaría de Salud.*



**7TL Tumores germinales de mediastino.** Dr. José Naun Lemus, 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.** Juan Rafael Guerrero Manueles, Médico Especialista en Pediatría, Instituto Hondureño de Seguridad Social, Tegucigalpa.

**Antecedentes:** La infección por *Helicobacter pylori* es la infección crónica más 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 *H. pylori* produce la enfermedad venciendo las defensas del estómago, 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 resultados. **Descripción de casos clínicos:** Se hace la presentación de dos casos envalados 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 *H. pylori* 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 *H. pylori* 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.** Guadalupe Romero, 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 más, 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.** Dr. Carlos Paz Haslam, 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 *lightspeed plus* 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 (*General Electric*) 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.** *Guadalupe Romero*, 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 subsistema 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.** *Karen González*, 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.** *Dra. Jackeline Alger,<sup>1</sup> MQC Cynthia Bonilla,<sup>2</sup>* <sup>1</sup>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 *Plasmodium falciparum* 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 *P. falciparum* 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 *P. falciparum*. 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 *P. falciparum* 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. *Financiado parcialmente por Proyecto Fortalecimiento de la Respuesta Nacional para la Protección y Promoción de la Salud en Malaria, Tuberculosis y SIDA, Fondo Global Honduras; Programa Nacional de Prevención y Control de la Malaria, Secretaría de Salud.*

**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.* Sonia L. Escoto C. 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.** Dr. José B. Aviléz Irías, 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 deambulación, 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.** Dr. Miguel G. Bueso. 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 atrox*, 10 casos), Bufo (3 casos) y tamagás verde (*Bothrops bilineatus*, 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.** Dr. Edin Quijada, Dr. Daniel Chinchilla. 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.** Dr. Jesús Galiano,<sup>1</sup> Hugo Reyes Girón,<sup>2</sup> J. García Crespo.<sup>3</sup> <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.** Dr. José Nabun Lemus, Dr. Mario Noé. 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.** Dra. Roxana Martínez, 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.**

*Franklin Y. Hernández, MD, MSc.* 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.** Dra. Natalie Munguía, 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.** *Dr. German Barcenás, 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 *in situ* 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, Dr. Carlos Medina, 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. Dra. Daisy Guardiola Ramos,<sup>1</sup> Delmin Cury,<sup>2</sup> Brenda Meléndez.<sup>3</sup> <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. *Financiado parcialmente por Proyecto Fortalecimiento de la Respuesta Nacional para la Protección y Promoción de la Salud en Malaria, Tuberculosis y SIDA, Fondo Global Honduras y la Secretaría de Salud Honduras.*

**26TL Absceso abdominal. Reporte de un caso.** Dr. José Carcamo. Cirujano Vascular y Angiólogo, Facultad de Ciencias Médicas.

**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 derecha, 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 *Mycoplasma pneumoniae* 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.** Francisco A. Ramírez,<sup>1</sup> Víctor Girón<sup>2</sup> Alicia Paz,<sup>2</sup> Ricardo Madrid,<sup>3</sup> Américo Reyes.<sup>4</sup> <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.** Rubén Palma Carrasco, MD; Elia B. Pineda, MSc; Eduardo Fernández, MD, MSc; Luis Améndola, MD, MSc; Adriana Hernández, MSc; Franklin Hernández, MD, MSc. 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.** Lic. Catalina Sherman,<sup>1</sup> Dra. Jackeline Alger,<sup>2</sup> Dra. Laura Julia Salgado,<sup>3</sup> Dra. Gloria Suárez,<sup>4</sup> Dr. Marco A. Pinel,<sup>5</sup> Dr. José O. Solórzano.<sup>6</sup> <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. *Financiado parcialmente por Proyecto Fortalecimiento de la Respuesta Nacional para la Protección y Promoción de la Salud en Malaria, Tuberculosis y SIDA, Fondo Global Honduras; Programa Nacional de Prevención y Control de la Malaria, Secretaría de Salud.*

**30TL Experiencia en cirugía videolaparoscópica en Santa Rosa de Copán.** Dr Juan Carlos Cardona,<sup>1</sup> Dr. Victor Hugo Barnica,<sup>1</sup> Dr. José Antonio Leiva.<sup>2</sup> <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 adherencias, colocación de cateter de diálisis, ooforectomías (5.7%). Se presentaron 5 complicaciones (3.1%) entre lesión de vía 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.** Dr. Roberto Leiva,<sup>1</sup> Dra. Olga Rivera,<sup>2</sup> Dra. Jackeline Alger.<sup>3</sup> <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 *Plasmodium vivax* (7) y *P. falciparum* (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 *P. vivax*, 0.3 mg/kg/día por 14 días, o contra gametocitos de *P. falciparum*, unidosis 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.** Dra. Liliam Romero, Dr. Jorge Maldonado, Dr. Nelson Penman, 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.** Gina Morales,<sup>1</sup> Miguel Aragon,<sup>2</sup> Tomasa Martínez,<sup>3</sup> Lesby Castro,<sup>4</sup> CA Medrano.<sup>2</sup> <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.** Dr. Jorge Eduardo Ortega. 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.** Dr. Marco Tulio Medina, Dra. Claudia Amador. 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 instauró 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.

## INDICE POR AUTOR

Alger Jackeline	5TL, 6TL, 13TL, 29TL, 31TL	Maldonado Carlos	22CM
Almendares Claudia	4TL	Maldonado Jorge	32TL
Alvarado Cristian	28CM	Manueles Juan	8TL
Amador Claudia	35TL	Martinez Roxana	19CM, 20TL
Amendola Luís	28TL	Martinez T.	33TL
Aragón M.	33TL	Medina Carlos	24TL
Avilez José	17CM, 23CM, 15TL	Medina Marco Tulio	43CM, 35TL
Banegas Matamoros J.	4TL	Medrano C.A.	33TL
Barcenas German	23TL	Meléndez Brenda	25TL
Bonilla Cinthya	13TL	Montoya Sergio	39CM
Bueso Miguel	16TL	Morales G.	33TL
Cáceres Víctor	5TL	Murguía Natalie	22TL
Carcamo José	26TL	Noe Mario	19TL
Castro L.	33TL	Orellana Carlos	12CM
Chinchilla Daniel	17TL	Orellana Hugo	36CM
Cury Delmin	25TL	Ortega Jorge	30TL, 34TL
Díaz Fabricio	41CM, 44CM	Pagoada José	33CM
Domínguez Ricardo	16CM	Palma Rubén	28TL
Escoto Sonia	14TL	Paz Alicia	27TL
Fernández Eduardo	28TL	Paz Carlos	10TL
Fernández Ricardo	5TL	Penman Nelson	32TL
Fernández Zelaya K.	4TL	Pineda Elia	28TL
Fonseca Luís	25CM	Pinel Marco	5TL, 29TL
Galiano Jesús	18TL	Quijada Edin	32CM, 17TL
García Crespo J.	18YL	Ramírez Eunice	43CM
Girón Víctor	7TL	Ramírez Francisco	27TL
Gonzáles Dennis	2TL	Reyes Américo	27TL
Gonzáles Karen	12TL	Reyes Hugo	18TL
Gonzáles Luís	3TL	Rivera Carlos	13CM
Guardiola Daysi	25TL	Rivera Olga	31TL
Hernández Adriana	28TL	Romero Guadalupe	9TL, 11TL
Hernández Franklin	1TL, 21TL, 28TL	Romero Liliam	32TL
Hidalgo Amilcar	41CM	Salgado Laura	29TL
Leiva Roberto	31TL	Sherman Catalina	29TL
Lemus José Nahun	19TL, 7TL	Solórzano José	29TL
López Augusto	5TL	Suárez Gloria	5TL, 29TL
Madrid Ricardo	27TL	Turcios Elmer	1CMR
Maldonado Carlos	20CM	Valle Rafael	30CM

Apreciado colega, marca tu calendario  
y comienza a preparar los trabajos libres.

Te esperamos en el

**L CONGRESO MEDICO NACIONAL**

11-14 de julio de 2007

Este magno evento científico cumple sus Bodas de Oro  
y celebraremos en grande!

# L CONGRESO MEDICO NACIONAL

## 11-14 de julio de 2007

### CURSOS PRE-CONGRESO

#### 1. Capacitación en ética, bioética y práctica medica

**Coordinación:** Comisión de Ética y Práctica Médica del Colegio Médico de Honduras.

**Objetivos:** 1. Mejorar la aplicación y observancia de los principios éticos en el ejercicio diario de la profesión. 2. Afianzar los conocimientos sobre ética y práctica médica en los estudiantes y profesionales de la Medicina. 3. Mejorar la percepción de la sociedad sobre los valores y ética en general del gremio médico. 4. Implementar la capacitación en ética y práctica médica en los diferentes lugares de trabajo tanto públicos como privados.

#### 2. Escritura y publicación de artículos biomédicos.

**Coordinación:** Consejo Editorial de la Revista Médica Hondureña.

**Objetivos:** Fomentar la práctica de la escritura y publicación de artículos científicos en revistas biomédicas. Al final del curso, el participante tendrá conocimiento básico sobre: 1. Como preparar un artículo científico original y otras formas de publicación (caso clínico, artículo de revisión, artículo de opinión) y 2. Los índices bibliográficos nacionales e internacionales y las normas internacionales para publicaciones en revistas biomédicas.

## INSTRUCCIONES PREPARACION DE RESUMENES (Trabajos Libres y Conferencias)

### CONGRESO MEDICO NACIONAL

Los Trabajos Libres deben ser originales (no publicados) y pueden ser Trabajos Científicos (Observacionales o Experimentales), Trabajos Clínicos (Caso Clínico o Serie de Casos) y Experiencias en Salud Pública (Evaluación de Programas, Intervenciones y/o Proyectos en la Prevención, Control y/o Rehabilitación a nivel institucional y/o comunitario). A continuación se describe brevemente cada categoría.

**Estudios Observacionales:** Descriptivos (Transversales o Prevalencia; Longitudinales o Incidencia), Casos y Controles (Retrospectivos), Cohortes (Prospectivos).

**Estudios Experimentales:** Ensayos Experimentales y Ensayos Clínicos.

**Caso Clínico:** Presentaciones clínicas típicas de enfermedades poco frecuentes, presentaciones atípicas de enfermedades comunes, problemas diagnósticos y/o terapéuticos.

**Serie de Casos Clínicos:** Colección de casos clínicos de enfermedades endémicas o epidémicas cuyo análisis permita realizar una caracterización clínica y epidemiológica de la patología en cuestión.

**Evaluación de Programas, Intervenciones y/o Proyectos en la Prevención, Control y/o Rehabilitación:** Esta modalidad recogerá aquellas experiencias exitosas e innovadoras en el campo de la Salud Pública, ya sea en el ámbito institucional y/o comunitario.

Los Trabajos Libres deben someterse a un proceso de arbitraje. Los Resúmenes deben contener información que ha sido considerada importante por el Comité Científico. La observación de las siguientes recomendaciones aumentará la probabilidad de que su Resumen sea aceptado para presentación en el Congreso. Puede utilizar el Formato de Resumen contenido en este documento o una fotocopia del mismo.

## **INSTRUCCIONES PARA PREPARACION DEL RESUMEN (Conferencias y Trabajos Libres)**

Lea las instrucciones antes de comenzar a llenar el Formato de Resumen y revise ejemplos publicados en otros suplementos de la Revista Médica Hondureña (Rev Med Hondur 2003; 71: [supl 1] y Rev Med Hondur 2004; 72: [supl 1]). Los Trabajos Libres aceptados para presentación se enumerarán y serán publicados en el Libro de Resúmenes.

1. Provea la información solicitada y escoja el tipo de trabajo, si es un Trabajo Libre (científico, clínico y experiencia en salud pública) o conferencia (magistral, plenaria, simposium, mesa redonda, foro, panel, etc.).
2. Proporcione los datos que se le piden: Nombre del expositor, dirección postal, datos de la ciudad, Tel/FAX, Correo-Electrónico.
3. Ayudas audiovisuales: Marque de acuerdo a las ayudas audiovisuales que necesitará.
4. Escriba el cuerpo del Resumen en el cuadro. Utilice letra tipo Times New Roman punto 12, la cual le dará una capacidad máxima aproximada de 500 palabras. Comience por el Título del trabajo, continúe con una nueva línea con los Autores (subraye el nombre del Expositor), y en otra línea, las respectivas Instituciones. En otra línea comience el Cuerpo del Resumen el cual debe contener las secciones descritas a continuación.
5. Cuerpo del Resumen. Trabajo Científico: Antecedentes, Objetivo(s), Material y Métodos, Resultados y Conclusiones/Recomendaciones. Trabajo Clínico: Antecedentes, Descripción del caso/serie de casos (criterios clínicos, epidemiológicos, laboratorio, manejo y desenlace), Conclusiones/Recomendaciones. Experiencia de Salud Pública: Antecedentes, Descripción de la experiencia, Lecciones aprendidas. Conferencia: Texto sin subtítulos.
6. Envíe el Resumen (original y una copia, más un diskette 1.44 MB) vía Correo Postal a la dirección que se indicará posteriormente o vía Correo electrónico a la dirección que también se indicará posteriormente.

**FECHA LIMITE PARA ENTREGA DE RESUMENES: 31 DE MARZO DE 2007.**



## **RESUMEN TRABAJOS LIBRES**

CATEGORIA DEL TRABAJO LIBRE

TITULO

NOMBRE, GRADO ACADEMICO DE AUTORES, DIRECCIÓN DEL DEPARTAMENTO DONDE LABORAN

DATOS DEL EXPOSITOR

Nombre:

Dirección:

Teléfono:

EQUIPO A UTILIZAR

CUERPO DEL RESUMEN (no más de 500 palabras)

### **Trabajo Científico**

Título

Autores

Instituciones

Antecedentes, Objetivo(s), Material y Métodos, Resultados y Conclusiones/Recomendaciones.

### **Trabajo Clínico**

Título

Autores

Instituciones

Antecedentes, Descripción del caso/serie de casos (criterios clínicos, epidemiológicos, laboratorio, manejo y desenlace), Conclusiones/Recomendaciones.

### **Experiencia de Salud Pública**

Título

Autores

Instituciones

Antecedentes, Descripción de la experiencia, Lecciones aprendidas.

**RESUMEN CONFERENCIA MAGISTRAL, SIMPOSIUM, MESA REDONDA, FORO, PANEL**

TITULO

NOMBRE, GRADO ACADEMICO DE AUTORES, DIRECCIÓN DEL DEPARTAMENTO DONDE LABORAN

DATOS DEL EXPOSITOR

Nombre:

Dirección:

Teléfono:

EQUIPO A UTILIZAR

CUERPO DEL RESUMEN (no más de 500 palabras)

Conferencia

Título

Autores

Instituciones

Texto sin subtítulos que debe incluir la información relevante que se presentará en la conferencia.

## LISTA DE PATROCINADORES Y COLABORADORES DEL XLIX CONGRESO MEDICO NACIONAL DE HONDURAS 2006

1. BAMER
2. Centro de Diagnóstico Médico
3. Centro Médico Quirúrgico
4. Corporación Municipal de Santa Rosa de Copán
5. Casino Copaneco
6. CAMO
7. Farmacia LOS ANGELES
8. Farmacia CENTRAL
9. Laboratorio ABBOTT Nutricional
10. Laboratorio ASTA Médica
11. Laboratorio BAYER
12. Laboratorio FINLAY
13. Laboratorio FARSIMAN
14. Laboratorio GLAXO SMITH KLANE
15. Laboratorio MK
16. Laboratorio MC
17. Laboratorio MENFARS
18. Laboratorio MERCK
19. Laboratorio NOVARTIS
20. Organización Panamericana de la Salud/  
Organización Mundial de la Salud
21. Laboratorio PAILL
22. Laboratorio PHANALAB
23. Laboratorio PHARMAETICA
24. Laboratorio ROTTA
25. Laboratorio SILANES
26. Laboratorio STEIN
27. Laboratorio SENOSIAIN
28. Laboratorio SHERING PLOUGH
29. Laboratorio SYNTHESIS
30. Laboratorio TERRA MED
31. Laboratorio UNIPHARM
32. Rotary International
33. Sociedad Copaneca de Obreros



## **CONVOCATORIA**

### **PREMIOS DE INVESTIGACION**

Dr. Ph.D. Luis Humberto Cisne Reyes

Dr. Ph.D. Roberto P. Sosa Mendoza

Con el propósito de cumplir con la función universitaria del Colegio Médico de Honduras, establecida en su Ley Orgánica y para honrar la memoria del Dr. Ph.D. Luis Humberto Cisne Reyes y Dr. Ph.D. Roberto P. Sosa Mendoza, pilares de la Investigación Científica en Honduras, la Junta Directiva del Colegio Médico de Honduras:

### **CONVOCA A CONCURSO**

**Premio Nacional de Ciencias Médicas Básicas Dr. Ph.D. Roberto P. Sosa Mendoza.**

**Premio Nacional de Ciencias Médicas Clínicas Dr. Ph.D. Luis Humberto Cisne Reyes.**

### **REQUISITOS:**

- a) Podrá optar a los premios las investigaciones realizadas en forma individual o equipo de investigación. Los Médicos deberán estar inscritos y solventes.
- b) Las investigaciones efectuadas no deberán tener más de dos años de finalizadas, ser inéditas y no haber sido premiadas.
- c) Presentar original y dos copias de la investigación en sobres sellados, sin nombre de autores. En sobre aparte adjuntar el nombre de los autores y direcciones de contacto del investigador principal.

**FECHA LIMITE DE RECEPCION: 31 DE AGOSTO DEL 2006.**

**DR. CARLOS GODOY MEJIA**

Presidente CMH

**DR. DOUGLAS ORTEGA**

SecretariodeAsuntosEducativosyCulturales