



PUBLICACION CIENTIFICA
DEL COLEGIO MEDICO
DE HONDURAS

Revista MEDICA Hondureña

ISSN 0375-1112

VOLUMEN 75 - (Suplemento No. 1) 2007



EL COLEGIO MEDICO DE HONDURAS
EL CENTRO NACIONAL DE EDUCACIÓN MEDICA CONTINUA
EL COMITÉ ORGANIZADOR

INVITAN AL:

II Congreso Médico Nacional "Dr. Wilfredo Sandoval Calix"

TEMA:

**"SISTEMAS DE SALUD,
PRACTICA MEDICA
Y REALIDAD NACIONAL"**

LUGAR: LA CEIBA, HOTEL QUINTA REAL

FECHA: 10, 11, 12 Y 13 DE JULIO DEL 2007

INSCRIPCION: ANTES DEL 30 DE JUNIO LPS. 1.700⁰⁰
A PARTIR DEL 1 DE JULIO LPS. 2.000⁰⁰

BANCO MERCANTIL BAMEX CUENTA DE CHEQUES # 19364-5

DERECHO A: PRE-CONGRESO, CONGRESO,
ACTIVIDADES SOCIALES Y CULTURALES

CREDITO CENEMEC: 2 PUNTOS ORO

PRESENTACION DE TRABAJOS LIBRES
CON PREMIACION A LOS MEJORES TRABAJOS

INFORMACION

www.psinet.hn/congresomediconacionalhonduras2007
e-mail: anibalmontoya@msn.com / deleceiba@yahoo.com
jgalmen@yahoo.com / amilicarzel@hotmail.com
Teléfonos: 440-0375, 998-3647, 948-5561, 443-0662

SIL-MORBORAL
SOLUCIONES PARA EL DOLOR

Silanes
SOLUCIONES PARA EL DOLOR

Medicinal
SOLUCIONES PARA EL DOLOR



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

Revista **MEDICA** Hondureña

Vol. 75, (Suplemento No. 1) 2007 pp. S1-62

CONSEJO EDITORIAL

NICOLÁS SABILLÓN VALLECILLO
DIRECTOR

SILVANA VARELA MARTÍNEZ
SECRETARIA

CUERPO DE REDACCIÓN

GUSTAVO ÁVILA MONTES
JUAN CARLOS MENDOZA
EDNA JANETH MARADIAGA
REYNA DURÓN
JUAN ALFONSO PAZ
JORGE PINEDA MURCIA
SENIA OCHOA RUEDA
JACKELINE ALGER (EDITOR EXTERNO)

ADMINISTRACIÓN

COLEGIO MÉDICO DE HONDURAS

APARTADO POSTAL NO. 810
TEGUCIGALPA, HONDURAS
TEL. 232-6763, 231-0518, FAX: 232-6573
Correo Electrónico: revistamedicahon@yahoo.es

Programa Científico y Resúmenes del L Congreso Médico Nacional

Dr. Wilfredo Sandoval Cálix

***Sistemas de Salud, Práctica Médica
y Realidad Nacional***

La Ceiba, Atlántida
10 - 13 de Julio, 2007

CONTENIDO

Junta Directiva del Colegio Médico de Honduras.....	S5
Comité Organizador del L Congreso Médico Nacional	S6
Palabras de Bienvenida de la Presidenta del Comité Organizador	S7
Palabras de Inauguración del Presidente del Colegio Médico de Honduras.....	S8
Cursos Pre-Congreso	S11
Actividades Socioculturales.....	S12
Programa Ceremonia Inaugural.....	S13
Programa Ceremonia de Clausura	S14
Reseña Biográfica del Dr. Wilfredo Sandoval Cálix.....	S15
Programa Científico	S16
Resúmenes de las Conferencias.....	S22
Resúmenes de los Trabajos Libres	S33
Índice de los Resúmenes por Autor.....	S54
LI Congreso Médico Nacional.....	S55
Instrucciones para someter Trabajos Libres	S57
Patrocinadores y colaboradores del L Congreso Médico Nacional.....	S61
Convocatoria a Premios de Investigación.....	S62

JUNTA DIRECTIVA COLEGIO MÉDICO DE HONDURAS 2006-2008



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

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

COMITÉ ORGANIZADOR DEL I CONGRESO MÉDICO NACIONAL



Presidenta
Vicepresidente
Secretaria
Pro-Secretaria
Tesorero
Fiscal
Vocal

Dra. Mirtha Lorena Ponce
Dr. Ricardo Aguilar
Dra. María Estela Cáliz
Dra. Sandra M. Núñez
Dr. Aníbal Montoya
Dra. Daisy Guardiola
Dr. Alfonso Berganza

- Comité Científico:** Dr. José Almendáres (Coordinador), Dr. Amílcar Zelaya, Dr. Guillermo Maradiaga, Dra. Cecilia Mayén, Dra. Loira Rodríguez, Dr. Luis Fernández, Dra. María Estela Cáliz.
- Comité de Logística:** Dr. Juan Carlos Escobar (Coordinador), Dra. Zully Palma, Dra. Digna Monge.
- Comité de Finanzas:** Dr. Aníbal Montoya (Coordinador), Dr. Mauricio Galindo, Dra. Leda Amador.
- Comité Social:** Dr. Hernán Erazo (Coordinador), Dra. Laura Navarro, Dra. Dorian Sánchez, Dra. Frances Castro, Dra. Ileana Gutiérrez, Dra. Carolina Burgos.
- Comité de Inscripción:** Dra. Sandra Núñez (Coordinadora), Dra. Norma Artiles, Dra. Mercy García, Dra. Vilma Contreras, Dra. Claudia Maradiaga, Dra. Dilcia Ortiz.
- Comité de Publicidad:** Dr. Alfonso Berganza, Dra. Cristina Ponce, Dr. Gustavo Moncada.

PALABRAS DE BIENVENIDA DE LA PRESIDENTA DEL COMITÉ ORGANIZADOR

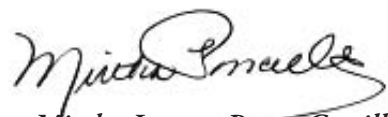
La “capital ecoturística de Honduras, La Ceiba” y el Comité Organizador del L Congreso Médico Nacional, les recibimos con los brazos abiertos y con la calidez de nuestro mar y de nuestra gente. Hoy, La Ceiba se viste de colores y el grupo médico local se enorgullece de ser sede de este evento, que en esta ocasión reviste una importancia especial ya que llegamos a la celebración del Quincuagésimo Congreso Médico Nacional.

El Comité Organizador ha querido trascender el espacio gremial, abriendo la oportunidad de hacer partícipe a la comunidad ceibeña, a través de sus autoridades, instituciones, la banca, el comercio y otros, con el propósito de proyectarse y contribuir al turismo y a la economía de la zona. Nos embarcamos en “un proyecto de ciudad, La Ceiba participa”, que si bien es cierto ha significado un arduo trabajo, ha sido una magnífica experiencia donde se han conjugado la creatividad, la espontaneidad, la perseverancia, el trabajo en equipo, la solidaridad y sobre todo la alegría por obtener al final un propósito común como es la satisfacción de todos nuestros colegas y de los ciudadanos de este bello puerto. Creemos firmemente que de ahora en adelante, los congresos médicos deben seguir esta pauta, que poco a poco se irá perfeccionando y cobrando vida propia, ya que nuestro gremio es dinámico y evoluciona marcando precedentes positivos que contribuyen al desarrollo social y económico del país.

Es así, como después de un año de trabajo intenso, ofrecemos a ustedes un programa científico de calidad y un programa social y cultural amistoso, genuino, con valores locales que esperamos disfruten y aprovechen al máximo. Damos gracias a Dios por permitirnos estar ante ustedes, las gracias también para cada una de las personas que de diferente manera han contribuido a este resultado.

Siéntanse bienvenidos y bienvenidas, La Ceiba les saluda.

Muchas Gracias.


Dra. Mirtha Lorena Ponce Castillo
Presidenta del Comité Organizador
L Congreso Médico Nacional

PALABRAS DE INAUGURACIÓN DEL PRESIDENTE DEL COLEGIO MÉDICO DE HONDURAS

Esta Junta Directiva es verdaderamente privilegiada en cuanto a los Congresos Médicos Nacionales se refiere, ya que hemos gozado de dos honores históricos: inaugurar el año recién pasado una nueva sede alternativa de este evento, Santa Rosa de Copán, lo cual resultó no sólo novedoso sino exitoso en todos los aspectos; y ahora estamos gozando del gran privilegio de inaugurar el Congreso Médico Nacional No. 50, con el cual celebramos las Bodas de Oro de este magno evento, que es un orgullo para el Colegio Médico de Honduras, como el máximo evento de educación médica a nivel nacional.

En esta ocasión y como ha sido siembre tradición, el tema central es de actualidad e interés: *Los Sistemas de Salud, la Práctica Médica y la Realidad Nacional*. Este es un tema en el cual el Colegio Médico de Honduras siempre ha incursionado, cuestionando sus debilidades y proponiendo alternativas de solución en un afán constructivo, para mejorar el acceso, la calidad y calidez de la atención médica a la población hondureña, proponiendo en esta ocasión el Sistema Integrado de Salud, para que dicha propuesta sea analizada y de ser posible puesta en marcha por parte del Gobierno. Para impulsar la propuesta, se nos ha unido a esta iniciativa la Comisión de Salud del Congreso Nacional de la República. El L Congreso Médico Nacional incluye tres cursos pre-congreso: Escritos médicos Ética médica e Imagenología; dos talleres, uno de sonología cardíaca y otro de terapia respiratoria; y 39 conferencias magistrales con tres plenarias. Además participan colegas que presentaran 29 trabajos libres, incluyendo cuatro murales.

Por el momento histórico que vivimos, debemos echar un vistazo hacia atrás y remontarnos al día 27 de octubre de 1962, que es cuando se reconoce oficialmente como el día de la Fundación del Colegio Médico de Honduras precisamente aquí en La Ceiba. Sin embargo, como sucede frecuentemente, esa fecha representa un momento en el tiempo de una lucha que se había iniciado muchos años antes. En el caso del Colegio Médico de Honduras, los esfuerzos del gremio Médico Hondureño para constituirse en un único colegio llevaban casi 50 años hasta que en ese año de 1962 se aunaron esfuerzos para constituirse como tal, mediante la fusión de los dos grandes grupos de Médicos de todo el país en ese tiempo: la Asociación Médica Hondureña y el Colegio Médico Universitario. Es en esa reunión de 1962 que se celebró el IX Congreso Médico Nacional, denominado así por primera vez.

La Asociación Médica Hondureña se había establecido desde 1929, con fines eminentemente científicos, a iniciativa del Dr. Camilo Figueroa e impulsado por el deseo de los médicos de todo el país que sentían la necesidad de una integración nacional para la superación profesional y el desarrollo de la profesión médica. La Asociación Médica Hondureña consideraba desde sus inicios en 1929 que la profesión médica había llegado a un momento histórico - político que permitía ya la unión de un número relativamente considerable de médicos diseminados por todo el país que sentían la necesidad de una integración gremial con fines académicos. Por otro lado, en el año de 1949 el Hospital General San Felipe fue declarado Hospital Clínico mediante una serie de reformas propiciadas por el entonces Ministro de Educación, el Dr. Carlos M. Gálvez. Éste propi-

ció la creación del Colegio Médico Universitario para velar por el cumplimiento de tres funciones médicas fundamentales: Universitaria, Jurídica y Ética. Así, el 27 de mayo de 1950, en una reunión de los médicos y cirujanos residentes en el Distrito Central, se procedió a fundar el Colegio Médico Universitario cuya Junta Directiva quedó integrada de la forma siguiente: Dr. José T. Mendoza Presidente, Dr. Angel D. Vargas Secretario y Dr. Mario Díaz Quintanilla Vocal.

En esos momentos, existía una clara rivalidad entre las dos agrupaciones médicas lo cual mantenía el gremio médico dividido. Esta división producía ciertas molestias entre los profesionales médicos de todo el país, que veían la necesidad de unir a todos los profesionales médicos con una proyección más amplia. El descontento se hizo sentir en las reuniones que celebraran cada una de las dos entidades gremiales, por lo que se realizaron una serie de actividades que buscaban sobrepasar las diferencias de las dos instituciones culminando con la fundación de la Unión Médica Hondureña que fungió entre 1954 y 1958, siendo su primer Presidente el Dr. Gilberto Osorio Contreras. Al Dr. Osorio Contreras le sucedió el Dr. Hernán Corrales Padilla (1955-1956), período durante el cual se obtiene la personería jurídica. Al Dr. Corrales Padilla le sucedió el Dr. José Adán Cueva, en cuyo período concluyó la formalización de un acercamiento entre la Unión Médica y el Colegio Médico Universitario, que se llevó a cabo en enero de 1959 en el Salón de Anatomía Patológica del Hospital General San Felipe, con la participación del Dr. Asdrúbal Raudales, Presidente del Colegio Médico Universitario, y del Dr. Adán Cueva, Presidente de la Unión Médica Hondureña. Además, participaron los Drs. Edgardo Alonzo y Silvio Zuñiga, Secretarios de las dos instituciones y un buen grupo de otros colegas. En esta sesión se hizo notar que para reunir a todos los médicos del país era necesario el obtener la colegiación obligatoria para trabajar en forma armoniosa y proceder a colegiar a todos los médicos en un solo frente. Además se consideró que se nombrarían comisiones especiales para la elaboración y redacción del Anteproyecto de la Ley Orgánica y Estatutos del nuevo Colegio Médico.

De 1958 a 1962, aunque se propuso una Junta Directiva provisional que agrupara el recién formado Colegio Médico de Honduras, por diversas razones no se constituyó oficialmente como tal, en parte quizá a que el Presidente electo, el Dr. Ramón Alcerro Castro, salió del país en viaje de estudios y no se formalizó la integración de ambas agrupaciones médicas. La Unión Médica Hondureña continuó sesionando sin mencionarse el aspecto relativo al nuevo Colegio Médico. El 9 de octubre de 1962 se celebró una Asamblea General en la Casa del Médico en Comayagüela, donde se acordó que se celebrara en La Ceiba el día 27 de octubre dos sesiones para constituir el Colegio Médico de Honduras. En la primera sesión tendría lugar la constitución del Colegio Médico, la elección y toma de posesión de la Junta Directiva y en la segunda se discutiría la Ley Orgánica.

Reunidos en el Colegio María Regina de la ciudad de La Ceiba, se procedió a la elección de la Primera Junta Directiva del Colegio Médico de Honduras el 27 de octubre de 1962. Es en este año que las Jornadas Médicas, que se originaron en 1934, se denominan por primera vez Congreso Médico Nacional cuando en La Ceiba se realizó el IX Congreso Médico Nacional. Ya antes la V Jornada Médica se había realizado en esta ciudad en 1958. Como pueden apreciar, La Ceiba ha estado siempre ligada a la historia del Congreso Médico Nacional y más aun cuando en el año 1986 aquí mismo se toma la decisión de separar el Congreso Médico Nacional

de la Asamblea Ordinaria celebrada en febrero y trasladarlo por resolución al mes de Julio, fungiendo ese año como coordinador el Dr. Luis Mauricio Pérez.

Y no puedo finalizar estas palabras, sin elogiar a alguien grande, grande no solo como médico sino como persona humana, y me refiero al homenajeado este año de quien el Congreso lleva su nombre, me refiero al Dr. Wilfredo Sandoval Cálix. Ya conocimos de todas las virtudes y méritos del Dr. Sandoval que lo hacen merecedor de este homenaje. Es un gran honor que el Congreso Médico Nacional en su Quincuagésimo Aniversario se realice en La Ceiba y se denomine con el nombre de tan ilustre médico Hondureño.

Salud Médicos y Médicas Hondureños, Salud Médicos y Médicas Ceibeños! Que viva La Ceiba! Que viva Honduras y que viva el Colegio Médico de Honduras!

Este magno evento queda solemnemente inaugurado. Buenas noches y muchísimas gracias.



Dr. Carlos A. Godoy

Presidente

Colegio Médico de Honduras

CURSOS PRE-CONGRESO

ETICA MÉDICA		ESCRITURA Y PUBLICACION DE ARTICULOS BIOMEDICOS		IMAGENOLOGIA MÉDICA	
Salón Palestina		Salón Majestic		Salón Aladino	
INSCRIP- CION	8:00 – 10:00 horas				
HORA	Moderador: Dra Matilde Palou	HORA	Moderador: Dra. Cecilia Mayén	HORA	Moderador: Dr. Guillermo Maradiaga
10:00 – 10:45	Medicina como bien social: perspectiva histórica de la salud pública Dr. Jorge Fernández	10:00 – 10:20	La Revista Médica Hondureña. Reseña Histórica Dr. Nicolás Sabillón	10:00 – 10:50	Medicina basada en evidencia Dr. Manfredo Turcios
10:45 – 11:15	Responsabilidad profesional en la practica clínica Dr. Ángel Cruz Banegas	10:20 – 10:40	Proceso de revisión por pares Dra. Jackeline Alger	10:50 – 11: 40	¿Cuándo y cómo indicar una radiografía? Dra. Delmy Padilla
11:15 – 12:00	Médicos y medios de comunicación Dra. Carolina Fortín	10:40 – 11:20	Tipos de estudios de investigación. Material y Métodos. Dra. Edna Maradiaga	11:40 – 12:30	Aplicaciones de la sonografía y doppler Dr. José Ramón Montoya
12:00 – 13:00	RECESO	11:20 – 12:00	Resultados Dra. Cecilia Varela	12:30 – 12:50	Receso
13:00 – 14:00	MESA REDONDA: Ética y responsabilidad en instituciones de salud Coordinador: Dr. Ivan Espinoza	12:00 – 12:30	Receso	12:50 – 13:40	Neurorradiología: indicaciones de TAC e IRM en el estudio de patologías del sistema nervioso Dra. Janeth Bú
				13:40 – 14:30	TAC e IRM en diagnóstico de patologías de pulmonares y cardíacas Dr. Carlos Paz Haslam
14:00 – 14:45	Cuidados paliativos en pacientes en estado terminal Dra. Carolina Fortín	12:30 – 12:50	Discusión Dra. Reyna Durón	14:30 – 14:50	Preguntas
14:45 – 15:45	MESA REDONDA: Código de ética Coordinador: Dr. Elmer López Lutz	12:50 – 13:20	Título y resumen Dr. Nicolás Sabillón Introducción Dra. Reyna Durón		
		13:20 – 14:00	Otras formas de publicación (informe de casos, comunicación corta, revisión de temas y artículos de opinión) Dra. Cecilia Varela		
		14:00 – 14:30	Receso		
		14:30 – 15:00	Consentimiento informado Dra. Edna Maradiaga		
		15:00 – 15:30	Bibliografía, palabras clave, Índice bibliográfico nacionales e internacionales Dra. Jackeline Alger		

ACTIVIDADES SOCIOCULTURALES

MARTES 10 DE JULIO, 2007

19:00 – 22:00 h Ceremonia de Inauguración del L Congreso Médico Nacional y Cóctel de Bienvenida.
Lugar: Centro de Convenciones Hotel Quinta Real.

MIERCOLES 11 DE JULIO

19:00-20:00 h Concierto de Marimba. **Lugar:** Parque Central
Concurso Escolar de Dibujo. Patrocinado por: Diario Tiempo y Gobernación Política de Atlantida.

20:00-1:00 h Noche cultural: Presentación del grupo Sol y Luna, presentación de Danzas Folklóricas. Cena Típica (21:30). Concierto especial del cantautor nacional Guillermo Anderson. **Lugar:** Castle Beach

JUEVES 12 DE JULIO

16:00 h Tarde Deportiva y Noche de talentos. **Lugar:** Zona Salvavidas.

VIERNES 13 DE JULIO

14:00-15:00 h Ceremonia de Clausura del L Congreso Médico Nacional.
Lugar: Centro de Convenciones Hotel Quinta Real.

20:00 – 02:00 h Gran Fiesta de Gala en Honor al L Congreso Médico Nacional. Traje Formal.
Lugar: Centro de Convenciones, Hotel Quinta Real.

PROGRAMA CEREMONIA INAUGURAL

Martes 10 de julio, 19:00 horas

Centro de Convenciones Hotel Quinta Real

Maestro de Ceremonia: Dr. Jorge Pinto.

1. Entrada solemne del Pabellón Nacional y del Estandarte del Colegio Médico de Honduras.
2. Integración de la Mesa Principal:
Dr. Carlos Godoy, Presidente Colegio Médico de Honduras
Dr. Milton Simón, Alcalde Municipal de La Ceiba
Dra. Jenny Meza, Secretaria en el Despacho de Salud
Dra. Mirtha Lorena Ponce, Presidenta Comité Organizador L Congreso Médico Nacional.
3. Invocación a Dios.
4. Himno Nacional de Honduras.
5. Palabras de Bienvenida. Dra. Mirtha Lorena Ponce, Comité Organizador del L Congreso Médico Nacional.
6. Reseña Biográfica Dr. Wilfredo Sandoval Cáliz.
7. Entrega de Reconocimiento al Dr. Wilfredo Sandoval por parte del Colegio Médico de Honduras y de la Alcaldía Municipal de La Ceiba.
8. Palabras Alusivas al acto. Dr. Milton Simón, Alcalde Municipal.
9. Inauguración del L Congreso Médico Nacional. Dr. Carlos Godoy, Presidente Colegio Médico de Honduras.
10. Programa especial de Apertura del L Congreso Médico Nacional.
11. Cóctel de Bienvenida.

PROGRAMA DE LA CEREMONIA DE CLAUSURA

Viernes 13 de julio, 15:00 horas

Centro de Convenciones Hotel Quinta Real

1. Premiación a los mejores Trabajos Libres. Dr. José Almendáres, Coordinador Comité Científico.
2. Palabras de Clausura del L Congreso Médico Nacional. Dr. Carlos Godoy, Presidente Colegio Médico de Honduras.
3. Palabras de Despedida. Dra. Mirtha Ponce, Presidenta Comité Organizador.

RESEÑA BIOGRÁFICA DEL DR. WILFREDO SANDOVAL CÁLIX



El Dr. Wilfredo Sandoval Cálix, hijo de Don Marcial Sandoval Burgos y Doña Aurora Cálix de Sandoval, nació en Minas de Oro, Comayagua, el 10 de marzo de 1938. Realizó sus estudios de educación primaria en la Escuela Pública Dionisio de Herrera de Minas de Oro y la completó en la Misión Evangélica, de esta comunidad. Su educación secundaria la realizó en el Instituto Central Vicente Cáceres de Tegucigalpa obteniendo el título de Bachiller en Ciencias y Letras en 1956. Inició sus estudios en la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional Autónoma de Honduras (UNAH) y obtuvo el título de Médico y Cirujano en el año 1966. Posteriormente viajó a Estados Unidos de América a la Universidad de Mount Vermont, The Jewish Hospital y Dawn State University, Puerto Rico, graduándose de Especialista en Cirugía en el año de 1972. Contrajo nupcias con la Sra. Miriam Arias con quien procreó dos hijos, Wilfredo José y Mauricio.

Durante sus años en la Facultad fue presidente de la Asociación de Estudiantes de Medicina (1963-1964). En 1978 fue presidente de la Asociación Médica Ceibena. Durante catorce años fue docente *Ad Honorem* en el Hospital Vicente D'Antoni, del programa del Internado Rotatorio de la Facultad de Ciencias Médicas, UNAH, y de la Universidad de Guadalajara, México. Ha publicado varios trabajos en la Revista Médica Hondureña. Coordinó la brigada del Colegio Médico de Honduras para auxiliar a las víctimas del terremoto en Guatemala en Febrero de 1976. También coordinó durante 14 años las brigadas anuales de Cirugía Plástica y Reconstructiva procedentes de Estados Unidos y que en el Hospital Vicente D'Antoni, atendían personas de escasos recursos económicos. Inició una tenaz lucha desde 1990 en contra de la minería a tajo gigante y cielo abierto con el uso de cianuro en Minas de Oro, convirtiéndose en defensor de la salud y la vida. Sus protestas se hicieron escuchar en la Asamblea Anual de Accionistas de la Corporación Mundial de Minería en Londres, Reino Unido, el 5 de mayo de 1993. La biodiversidad aun se conserva en la zona. Tiene como pasatiempo la fotografía.

Por todas estas virtudes y logros, es un gran honor que el L Congreso Médico Nacional se denomine *Dr. Wilfredo Sandoval Cálix*.

PROGRAMA CIENTÍFICO

EXHIBICIÓN DE MURALES

SALON ALADINO, MIÉRCOLES 11 Y JUEVES 12 DE JULIO, 13:00 A 15:00 HORAS

MIÉRCOLES 11 DE JULIO

SALON MAJESTIC

HORA

07:00 – 08:00		INSCRIPCIÓN	
08:00 – 08:30	1CM	Actualización en inmunizaciones del adulto	Dr. Rodrigo Hasbun
08:30 – 09:00	2CM	VIH y tuberculosis	Dra. Elsa Palou
09:00 – 09:30	3CM	Uso racional de antibióticos	Dr. Rodrigo Hasbun
09:30 – 09:45	1TL	Diversidad genética de <i>P. vivax</i> y <i>P. falciparum</i> : análisis de muestras provenientes de diferentes zonas geográficas de Honduras, C.A.	Dra. Jackeline Alger
09:45 – 10:00		Comentarios y preguntas	
10:00 – 10:20		Receso	
10:20 – 11:05	4CP	Sesión Plenaria	
		Sostenibilidad económica del sistema de salud pública	Dr. Yanuario García Dr. Jorge Higuero
11:05 – 11:35	5CM	Diagnóstico y tratamiento de las micosis superficiales	Dra. Leticia Argeñal
11:35 – 11:50	2TL	Enfermedad de Chagas congénita en un área endémica de Honduras	Dr. Jaime del Cid
11:50 – 12:10		Receso	
12:10 – 12:40	6CM	Dermatoparasitosis	Dr. Jorge López
12:40 – 13:10	7CM	Enfermedades sistémicas y el ojo	Dr. Danilo Ponce
13:10 – 13:25	3TL	Registro de casos de Leishmaniasis en el Servicio de Parasitología, Depto. Laboratorios Clínicos, HE, Tegucigalpa, Honduras, 2004 – 2006	Dra. Jackeline Alger
13:25 – 13:40		Comentarios y preguntas	
14:00 – 14:15	4TL	Prevalencia de EDA en menores de 5 años en La Masica, Atlántida. Diciembre 2004	Dra. Daysi Guardiola
14:15 – 14:30	5TL	Impacto psicosocial de la enfermedad mental en la familia	Dr. Francisco Ramírez
14:30 – 14:45	6TL	Prevalencia y características de niños menores de 5 años con IRA en municipio de Arizona, Atlántida, 2005	Dra. Daysi Guardiola
14:45 – 15:00		Comentarios y preguntas	

SALON PALESTINA

HORA

07:00 – 08:00

INSCRIPCION

08:00 – 08:30 8CM

Trastornos orgánicos cerebrales

Dr. Gustavo Amaya

08:30 – 09:00 9CM

Diagnóstico de crisis epilépticas (sesión videos)

Dra. Reyna Durón

09:00 – 09:30 10CM

Síndrome de Bournaut en profesionales sanitarios

Dra. Aída Lagos

09:30 – 09:45 7TL

Agresividad, impulsividad y trastorno antisocial en privados de libertad y policías de la Penitenciaría Nacional y CEFAS. Estudio de casos y controles

Dr. Francisco Ramírez

09:45 – 10:00

Comentarios y preguntas

10:00 – 10:20

Receso

10:20 – 11:05 4CP

Sesión Plenaria Salón Majestic
Sostenibilidad económica del sistema de salud pública

Dr. Yanuario García

Dr. Jorge Higuero

Dr. Manuel Maldonado

Dr. Mario Pinto

11:05 – 11:35 11CM

Abordaje Integral del Cáncer de mama

11:35 – 11:50 8TL

La cirugía ginecológica y sus avances

11:50 – 12:10

Receso

12:10 – 12:40 12CM

Hipertensión en el embarazo

Dr. Marco Villar

12:40 – 13:10 13CM

Cáncer cervicouterino y el papiloma virus humano

Dr. Leopoldo Díaz

13:10 – 13:25 9TL

Seroprevalencia de la infección por *Trypanosoma cruzi* en mujeres embarazadas atendidas en tres centros de salud del Depto. Intibucá, Honduras

Dr. Yovany Cardona,

Dr. Paris Aguilar

13:25 – 13:40

Comentarios y preguntas

14:00 – 15:30 1TALLER

Sonología cardíaca normal y patológica

Dr. Marco Bográn

15:30 – 15:45

Comentarios y preguntas

*JUEVES 12 DE JULIO**SALON MAJESTIC*

HORA

08:00 – 08:30	14CM	Manejo del dolor oncológico	Dr. Arturo Rosa
08:30 – 09:00	15CM	Terapia física en manejo del dolor crónico	Dra. Sandra Corleto
09:00 – 09:30	16CM	Tuberculosis	Dra. Cecilia Varela
09:30 – 09:45	10TL	Investigación clínico-epidemiológica de un caso fatal de malaria transfusional	Dra. Ofelia Martínez
09:45 – 10:00		Comentarios y preguntas	
10:00 – 10:20		Receso	
10:20 – 11:05	17CP	Sesión Plenaria	
		Sistema de Información en la red de salud pública	Dra. Georgina Díaz
Dr. Marco Pinel			
11:05 – 11:35	18CM	Enfermedad ácido péptica y reflujo gastroesofágico	Dr. Jubal Valerio
11:35 – 11:50	11TL	Cuerpo extraño en vía aérea, experiencia en el HE y MI de Honduras, enero 2001 – mayo 2007	Dr. Raúl Zelaya
11:50 – 12:10		Receso	
12:10 – 12:40	19CM	Actualización en tratamiento de VIH-SIDA	Dra. Elsa Palou
12:40 – 13:10	20CM	Guías y pautas para organizar equipo médico	Dr. Antonio Barrios
13:10 – 13:25	12TL	Acantosis nigricans	Dra. Johana Bermúdez
13:25 – 13:40		Comentarios y preguntas	
14:00 – 14:15	13TL	Diagnóstico y tratamiento de neumonía en menores de 5 años, en unidades de salud de Arizona, Atlántida, 2005	Dra. Daysi Guardiola Dr. José Lemus
14:15 – 14:30	14TL	Hepatectomía en cáncer de hígado	
14:30 – 14:45	15TL	Experiencia de la CPRE en el diagnóstico y Tratamiento de pacientes con ictericia obstructiva en el servicio de cirugía del HE, desde 2003 – 2005	Dra. Heydy Zelaya
14:45 – 15:00		Comentarios y preguntas	

SALON PALESTINA

HORA

08:00 – 08:30	21CM	Avances en cirugía estética	Dr. Guillermo Peña
08:30 – 09:00	22CM	Manejo agudo de enfermedades por compresión	Dr. Fermín López
09:00 – 09:30	23CM	Micosis sistémicas	Dr. Miguel Sierra
09:30 – 09:45	16TL	Experiencia de trauma de cuello en el HE entre enero 2004 a agosto 2006	Dra. Marcela Pineda
09:45 – 10:00		Comentarios y preguntas	
10:00 – 10:20		Receso	
10:20 – 11:05	17CP	Sesión Plenaria Salón Majestic Sistema de Información en la red de salud pública	Dra. Georgina Díaz Dr. Marco Pinel Dr. Obdulio Tinoco
11:05 – 11:35	24CM	Rinosinusitis aguda y crónica	
11:35 – 11:50	17TL	Caracterización clínico-epidemiológica de epistaxis posterior en HE, junio 2002 – junio 2005	Dra. Marcia Rodríguez
11:50 – 12:10		Receso	
12:10 – 12:40	25CM	EPOC	Dr. Javier Sevilla
12:40 – 13:10	26CM	Iatrogénicas en ventilación mecánica	Dr. Miguel Sierra
13:10 – 13:25	18TL	Una nueva esperanza en abordaje quirúrgico del angiofibroma juvenil	Dr. Benjamín Cano
13:25 – 13:40		Comentarios y preguntas	
14:00 – 15:30	2TALLER	Terapia Respiratoria	Dr. Oscar Sabillón Dra. Mirna Juárez
15:30 – 15:45		Comentarios y preguntas	

VIERNES 13 DE JULIO

SALON MAJESTIC

HORA

08:00 – 08:30	27CM	Manejo no invasivo del infarto agudo de miocardio	Dr. Carlos Almendares
08:30 – 09:00	28CM	Stents coronarios	Dr. Francisco Somoza
09:00 – 09:30	29CM	Abordaje de pacientes con disrafismo	Dr. Manuel Melgar
09:30 – 09:45	19TL	Asociación de macrofactores de riesgo sanitarios, ambientales y antropológicos con la infestación de <i>Aedes Aegypti</i> en el área de influencia del centro de salud “3 de Mayo” de Tegucigalpa, Honduras, abril 2004	Dr. Luis Rivera
09:45 – 10:00		Comentarios y preguntas	
10:00 – 10:20		Receso	
10:20 – 11:05	30CP	Sesión Plenaria	
		Atención médico paciente en salud pública	Dr. Gustavo Amaya
11:05 – 11:35	31CM	Obesidad, epidemia del siglo XXI	Dra. Onix Arita
11:35 – 11:50	20TL	Cirugía para la obesidad	Dr. Juan C. Mendoza
11:50 – 12:10		Receso	
12:10 – 12:40	32CM	Certificación y recertificación	Dr. Jesús Pineda
12:40 – 13:10	33CM	Nuevas terapias en Diabetes mellitus	Dr. Javier Sevilla
13:10 – 13:25	21TL	Confirmación del primer hallazgo de <i>Aedes albopictus</i> y su caracterización para su control en Honduras	Dr. Luis Rivera
13:25 – 13:40		Comentarios y preguntas	

SALON PALESTINA

08:00 – 08:30	34CM	Síndrome cardiometabólico	Dr. Rafael Zelaya
08:30 – 09:00	35CM	Cáncer gástrico	Dr. Ricardo Domínguez
09:00 – 09:30	36CM	Evaluación oftálmica en pacientes pediátricos	Dr. Carlos Maldonado
09:30 – 09:45	22TL	El enigma de altitud del cáncer gástrico en América Central	Dr. Ricardo Domínguez
09:45 – 10:00		Comentarios y preguntas	
10:00 – 10:20		Receso	
10:20 – 11:05	30CP	Plenaria Salón Majestic	
		Atención médico paciente en salud pública	Dr. Gustavo Amaya
11:05 – 11:35	37CM	Nuevos abordajes en manejo de hernias de disco	Dr. Manuel Melgar
11:35 – 11:50	23TL	Cáncer gástrico y el patrón asiático de genotipos de citokinas de riesgo en América Central: IL-8,	
IL-1 β IL-10, TNF β			Dr. Ricardo Domínguez
11:50 – 12:10		Receso	
12:10 – 12:40	38CM	Evaluación clínica del niño dismórfico	Dr. Ramón Alvarenga
12:40 – 13:10	39CM	Líquidos y electrolitos en pediatría	Dr. Carlos Sánchez
13:10 – 13:25	24TL	Cáncer gástrico y el sinergismo de selenio, genotipos de citokinas de riesgo del huésped e infección por <i>H. pylori</i> en América Central	Dr. Ricardo Domínguez
13:25 – 13:40	25TL	Análisis de la situación del retinoblastoma en el HMI	Dr. Carlos Maldonado
13:40 – 13:55		Comentarios y preguntas	

RESÚMENES CONFERENCIAS

CM Conferencia Magistral

CP Conferencia Plenaria

1CM Actualización en inmunizaciones del adulto. Dr. Rodrigo Hasbun. Tulane Hospital, New Orleans, Estados Unidos.

2CM VIH y tuberculosis. Dra. Elsa Palou. Internista e Infectóloga, Instituto Nacional del Tórax, Tegucigalpa.

3CM Uso racional de antibióticos. Dr. Rodrigo Hasbun. Tulane Hospital, New Orleans, Estados Unidos.

4CP Sostenibilidad económica del sistema de salud pública. Dr. Yanuario García, Dr. Jorge Higuero Crespo.

5CM Diagnóstico y tratamiento de las micosis superficiales. Dra. Ana Leticia Argeñal. Dermatóloga y Veneróloga, Hospital D'Antoni, Clínicas Medicentro, La Ceiba.

Las micosis superficiales constituyen un capítulo importante dentro de la patología cutánea. Son frecuentes en la consulta médica y se ha exagerado su diagnóstico por parte del médico, siendo costumbre calificar y aún tratar diferentes dermatosis en forma errónea, con todo tipo de preparaciones antimicóticas; ocasionando fallas terapéuticas y complicaciones de diversa índole. A esto, se agrega la automedicación del paciente quien considera con mucha frecuencia cualquier enfermedad cutánea como una infección micótica. Las micosis superficiales son enfermedades producidas por hongos que invaden la capa más externa de nuestra piel, la capa córnea. Sin embargo, muchas de ellas deben considerarse invasoras, particularmente en personas inmunocomprometidas. Las micosis superficiales comprenden la candidiasis muco cutánea, tiñas o dermatofitosis, pitiriasis versicolor y tiña negra palmar, cuyos agentes etiológicos son un sin número de hongos. Sus características clínicas están bien definidas y su aparición está favorecida por factores tales como clima cálido y húmedo, edad, enfermedades sistémicas, inmunosupresión, hábitos higiénicos y ocupación. Los métodos diagnósticos incluyen el uso de preparaciones con hidróxido de potasio, cultivo por hongos, luz de Wood, biopsia y otros. Muchas infecciones micóticas pueden ser tratadas con agentes tópicos, mientras que otras requieren tratamiento sistémico (áreas afectadas extensas, maceración, infecciones secundarias, inmunosupresión). Dentro del tratamiento tópico existen los antimicóticos clásicos, que son de espectro reducido y con acción fungistática (tolnaftato, derivados imidazólicos). Muchos han caído en desuso. Los nuevos antimicóticos tópicos (derivados azólicos, terbinafina, amorolfina, etc) son más aceptables, menos tóxicos, bajo efecto sensibilizante y amplio espectro antifúngico. La terapia tópica tiene un porcentaje de cura de más del 80%; debiendo ser aplicada por lo menos una semana después del desaparecimiento de los signos clínicos. Los antimicóticos sistémicos disponibles son: Griseofulvina, ketoconazol, itraconazol, fluconazol y terbinafina. Algunos de éstos, tienen un buen perfil de seguridad en cuanto a efectos secundarios. Se considera de elección el tratamiento de mayor beneficio, menor riesgo y costo, pero para un resultado óptimo se debe individualizar el mismo.

6CM Dermatoparasitosis. Dr. Jorge López. Dermatólogo y Venerólogo, sub-especialista en Cirugía Dermatológica, IHSS, San Pedro Sula.

Las dermatoparasitosis que afectan a la piel con mayor frecuencia son la pediculosis y la sarna. Asimismo se describen enfermedades tropicales que pueden transmitirse mediante un vector infectado, como la leishmaniasis (moscas de la arena), o que pueden deberse a la penetración directa del parásito a través de la piel (larva migrans o esquistosomiasis). La enfermedad de Lyme, transmitida por garrapatas. La sarna es una erupción contagiosa e intensamente pruriginosa, debida a un ácaro que socava el estrato córneo y se acantona en él. Se debe a la infestación por *Sarcoptes scabiei*, un ácaro octópodo: se trasmite de un individuo a otro tras contacto físico prolongado y generalmente íntimo. El prurito comienza de forma insidiosa en los muslos. Es intermitente, pero suele empeorar tras bañarse o desvestirse, así como durante el sueño. La sarna constituye una enfermedad eminentemente tratable, aunque en nuestro medio esto dependerá en cierta medida de la información del paciente y su seguimiento. El tratamiento debe aplicarse tras un baño y por toda la superficie cutánea, a excepción de la cara. Los tratamientos disponibles son: Hexacloruro de gamma benceno (lindano); Benzoato de bencilo; Crema de permetrina al 5%. La pediculosis es una infestación de la piel debida a un insecto hematófago, que produce una irritación considerable. Los piojos tienen seis patas y carecen de alas. Existen dos especies que parasitan al hombre: *Phthirus pubis* (ladillas) y *Pediculus humanus*. Resulta especialmente pruriginoso, siendo visible los piojos. Los huevos denominados* liendres*, aparecen adheridos al tallo de los cabellos. El diagnóstico suele resultar obvio, dado que es posible ver los piojos en movimiento e identificar las liendres. Puesto que se ha informado la resistencia al cloruro de gamma benceno, hoy en día se emplea malation al 0.5%. Si fracasa este tratamiento, es posible el uso de permetria aplicándola por la noche dejándola actuar por 12 horas y al día siguiente se lava el cabello con un shampoo. Las liendres deben eliminarse empleando un peine de dientes finos y debe examinarse a toda la familia para evitar re infestaciones. La enfermedad de Lyme es un trastorno que afecta inicialmente a la piel, pero que puede producir secuelas articulares y neurológicas, debido a *Borrelia burgdorferi*, una espiroqueta transmitida por garrapatas infectadas a partir de un reservorio animal. Burgdofer, en 1982, aisló una nueva espiroqueta en garrapatas Ixodides, a la que se denominó *Borrelia burgdorferi*. Posteriormente ésta se aisló en la piel, la sangre y el líquido cefalorraquídeo de pacientes afectados por la enfermedad de Lyme. Aparece hasta tres semanas después de una picadura de garrapatas, la erupción característica, denominada eritema migrans. Las tetraciclinas o penicilinas orales constituyen tratamientos eficaces del eritema migratorio y parecen acortar el curso de la erupción, reduciendo la posibilidad de complicaciones. La larva migrans (erupción serpiginosa) es erupción debida a las larvas de alguna de las diversas uncinarias no humanas. Los huevos suelen alcanzar el suelo por medio de las heces de perros infectados. La uncinaria mas frecuente es **Ancylostoma braziliensis**, que se localiza en el caribe. Una vez en la tierra, las larvas salen del huevo. Suelen atravesar la piel del huésped humano cuando este camina o se sienta en la playa contaminada o en la tierra. Frecuente se diagnostica esta enfermedad en veraneantes. El paciente observa un prurito intenso junto con un trayecto cutáneo móvil. A la exploración se aprecia uno o varios trayectos serpiginosos lineales localizados en el punto de penetración de las uncinarias, que suele ser el pié, las nalgas o la mano. Las larvas se desplazan a una velocidad de varios milímetros al día. El diagnóstico es clínico, responde a aplicaciones tópicas de tiabendazol al 10%. La leishmaniasis cutánea (botón de oriente, úlcera de Bagdad) es la infección granulomatosa de la piel transmitida por moscas de la arena infectadas por *L. trópica*. Las leishmaniasis cutánea presentan un amplio espectro de manifestaciones clínicas. Las más frecuentes consisten en un proceso agudo localizado en alguna región expuesta. Este comienza en forma de pápula que crece gradualmente hasta convertirse en un nódulo firme e indurado. Puede resultar pruriginoso y presenta un color rojo oscuro. Se desarrolla una costra sobre su superficie que da paso a una úlcera subyacente poco profunda. La lesión cura lentamente desde su zona central

dejando una cicatriz. Puede demostrarse la presencia del microorganismo en frotis cutáneos o estudiando cortes histopatológicos, pueden visualizarse cuerpos de *Leishmania –dovonan* en el interior de histiocitos de gran tamaño. El tratamiento de la Leishmaniasis cutánea no es fácil. Los fármacos empleados con mayor frecuencia son los antipalúdicos y los compuestos de antimonio pentavalente. El uso de antibióticos es útil en casos de infección secundaria. Las lesiones mas pequeñas pueden tratarse con crioterapia.

7 CM Enfermedades sistémicos y el ojo. Dr. Danilo Ponce. Oftalmólogo, Clínicas Medicentro, La Ceiba.

8CM Trastornos orgánicos cerebrales. Dr. Gustavo Amaya. Psiquiatra, Hospital Regional Atlántida, Clínicas Medicentro, La Ceiba.

9CM Diagnóstico de crisis epilépticas. Dra. Reyna Durón. Neuróloga, sub-especialista en Epilepsia, Unidad de video-EEG digital, Honduras Medical Center, Instituto Neurociencias, Tegucigalpa.

El diagnóstico de las crisis epilépticas debe basarse en la combinación de parámetros clínicos, electroencefalográficos y de neuroimagen. La evaluación clínica requiere además de la historia, un examen neurológico minucioso, la realización de un árbol genealógico si es pertinente y una descripción detallada de las crisis tanto por el paciente como por los testigos de las mismas. El papel del EEG en el diagnóstico y clasificación de las epilepsias y otros trastornos neurológicos está bien establecido. La sensibilidad de este método puede ser aumentada con el uso del circuito cerrado de televisión o video simultáneo sincronizado (Video-EEG). Este método permite comparar el parámetro bioeléctrico con el clínico, permitiendo la determinación de tipos de crisis y síndromes epilépticos, la identificación del foco epiléptico y su expresión clínica, el estudio de movimientos anormales y diferenciando ataques clínicos que no tienen origen bioeléctrico (pseudocrisis). El Video-EEG prolongado o video-telemetría es de vital importancia en el estudio de pacientes en fase I de evaluación previo cirugía de epilepsia. Debido al alto costo de algunos estudios prolongados, en ocasiones puede recurrirse a videos caseros realizados por los familiares del paciente, quien puede luego presentarlos a su médico para análisis. Los datos proporcionados por los estudios con video suelen conducir a diagnósticos y tratamientos más precisos en neurología. Nuestro objetivo es presentar a los asistentes casos, técnicas y conceptos sobre la utilidad de los diferentes métodos diagnósticos utilizados en epileptología, con ejemplos que incluyen grabaciones mediante video-EEG. Se presenta sesión de casos de epilepsia mediante la combinación de diferentes técnicas clínicas, electroencefalográficas y de neuroimagen actuales. Se presentará sesión de casos evaluados con Video-EEG realizado en unidades de encefalografía, videos caseros sin EEG, videos caseros simultáneos a Holter-EEG, Video-EEGs con poligrafía en niños y adultos y ejemplos de estudio de casos con video-telemetría en evaluación prequirúrgica.

10CM Síndrome de Burnout en profesionales sanitarios. Dra. Aída Lagos. Psiquiatra, CEPSE, Clínicas Santander, La Ceiba.

Hay acuerdo casi unánime en fijar 1974 como el año de origen de estudio sobre el burnout, y citar a Freudenberg como el autor que inicio dicho estudio. Freudenberg (1974) describe entonces el burnout como una “sensación de fracaso y una existencia agotada o gastada que resultaba de una sobrecarga por exigencias de energías, recursos personales o fuerza espiritual del trabajador. Sin embargo ya desde 1960 Graham Greens usa el término en una publicación “A burnout case”. Retrocediendo aún más en el tiempo, en 1901 Thomas Mann, en su novela “The Buddenbrooks”, se refiere ya este término. Uno de los temas fundamentales tratados en los estudios sobre

burnout ha sido su definición y las diferentes aportaciones conceptuales a la comprensión del síndrome que se han presentado y se siguen presentando, con las consiguientes dificultades para conceptualizar un proceso tan complejo como es éste. Otra dificultad añadida es la de su similitud, y no igualdad, con el concepto de estrés aplicado a las organizaciones (estrés laboral), lo que ha supuesto cuestionar constantemente el constructo. Las doctoras C. Maslach y S. Jackson, en sus trabajos sobre el “Síndrome de burnout” desde 1976, consideran este síndrome como un proceso de estrés crónico por contacto en el cual dimensionan tres aspectos: el cansancio emocional, caracterizado por la pérdida progresiva de energía y agotamiento; la despersonalización, caracterizado por un cambio negativo de actitudes que lleva a un distanciamiento frente a los problemas, e incluso a culpar a los propios pacientes de los problemas que acontecen al profesional; la falta de realización personal, donde se dan respuestas negativas hacia si mismos y hacia el trabajo, con manifestaciones pseudodepresivas y con tendencias a la huida, agotamiento físico y psíquico, la despersonalización en el sentido de la deshumanización. Pines y Kafry (1978) definen burnout “como una experiencia general de agotamiento físico, emocional y actitudinal,” Posteriormente, junto con Aronson (Pines, Kafry y Aronson, 1981), redefinen el constructo “como un estado de agotamiento físico, emocional y mental causado por estar implicada la persona durante largos períodos de tiempo en situaciones que le afectan emocionalmente. Este término fue recibiendo aportaciones de otros estudiosos, hasta que en Noviembre de 1981, se celebró en Filadelfia la I Conferencia Nacional sobre burnout, que sirvió para aunar criterios. Este recorrido por distintas definiciones llega al punto en el que parece que se admite fundamentalmente la definición de Maslach y Jackson (1981). Desde un nivel organizacional los profesionales sanitarios se caracterizan por trabajar en organizaciones que responden al esquema de una burocracia profesionalizada. Esto trae consigo problemas de coordinación entre los miembros, incompetencia de los profesionales, problemas de libertad de acción, incorporación de innovaciones y respuestas disfuncionales por parte de la dirección a los problemas de las organizaciones. La consecuencia de la falta de ajuste de la organización a su estructura genera además consecuencias que pueden identificarse como antecedentes del síndrome de quemarse por el trabajo. Entre ellas cabe citar la ambigüedad, el conflicto y la sobrecarga de rol, baja autonomía, cambios tecnológicos, falta de recursos etc. El problema del Burnout alcanza tal magnitud, que la Organización Mundial de la Salud evalúa en su informe del año 2000 la calidad de los sistemas de salud entendiendo que consecuencias como la tasa de accidentalidad, la morbilidad y el absentismo en los profesionales, entre los cuales esta sobradamente demostrado que el personal sanitario es el más afectado, están directamente ligadas a sus condiciones de trabajo (OMS, citado en Gil-Monte, 2001). Además cita el propio Gil-Monte (2001), y centrándonos en el ámbito nacional una sentencia del Tribunal Supremo en el año 2000 que respalda legalmente esa importancia al reconocer el síndrome de quemarse por el trabajo como una dolencia psíquica causante de períodos de incapacidad temporal y como un accidente laboral. Se considera el burnout como una enfermedad profesional, pero no se tiene en cuenta aún al gran número de profesionales sanitarios que abandonan la profesión en su mayoría motivados por el desgaste profesional. El diagnóstico precoz, la terapia médica y psicológica, cambios en la calidad de alimentación y la distribución del tiempo de sueño- trabajo- esparcimiento, permiten revertir muchos cuadros. Lo más positivo para estos estados es gestionar técnicas de recursos humanos y materiales para humanizar la relación laboral y gratificar al individuo en el sentido amplio del término con lo cual se actuaría previniendo el primer eslabón que encadena a estas dolencias y mejorando la CALIDAD DE VIDA.

11CM *Abordaje integral del cáncer de mama.* Dr. Manuel Maldonado Rodríguez. Cirujano Oncólogo-Senólogo, San Pedro Sula

Hoy en día, el cáncer de mama a nivel mundial es un problema de salud pública por su alta incidencia, así como clínico por su amplio espectro de manifestaciones y el impacto en el entorno del paciente afectado.

Desde el punto de vista de salud pública los esfuerzos se enfocan en crear hábito en la población femenina en cuanto a la práctica del autoexamen mamario mensual y la mamografía en intervalos según su grupo etáreo. Este aspecto en nuestro país aún depende de la iniciativa de instituciones particulares y tanto el MSP como el IHSS que se dedican a tratar al paciente con la enfermedad ya instalada, avanzada en la mayoría de los casos, lo cual incrementa el gasto económico y la mortalidad. Hay barreras socio-económicas y culturales que debemos abordar a todo nivel, incluso del gremio médico, para vencer el misticismo, fanatismo, fobia, pesimismo, apatía y empirismo. Aun con rigurosos programas de detección masiva y avanzados métodos de diagnóstico en imágenes y biología molecular todavía el 90% de los diagnósticos de cáncer de mama se realizan porque se palpa o se ve alguna anormalidad en la mama.

El intervalo de más incidencia en Honduras está entre los 41 a 50 años de edad, teniendo importante y cada vez mayor número de casos antes de los 40, lo cual dificulta el diagnóstico clínico y por imágenes, debido a la dinámica fisiológica de la mama y el predominio del tejido estromal sobre el glandular. Los hallazgos clínicos más frecuentes son tumor o induración persistente indolora, retracción de piel y/o del pezón, "piel de naranja", eritema focal o difuso, sin fiebre, descarga sanguinolenta por el pezón y nódulo axilar no doloroso. El estudio de imágenes por excelencia es la mamografía, que en general se indica bianual después de los 40 años de edad. Su objetivo es la búsqueda de los signos tempranos de cáncer como microcalcificaciones polimorfas o imágenes ocupantes de espacio de bordes imprecisos o mal definido, penetrante y áreas de distorsión o asimetría. Esto requiere frecuentemente el auxilio complementario de la ultrasonografía y muy excepcionalmente de la resonancia magnética nuclear. Debemos ser racionales en la indicación de estos estudios y recordar que la mamografía analógica bien hecha y bien interpretada sigue siendo confiable y adecuada para nuestro medio. El diagnóstico definitivo debe establecerse por estudio histopatológico y las muestras deben ser manejadas adecuadamente tanto en su obtención para no comprometer el tratamiento definitivo como en su procesamiento para estudios de rutina y pruebas especiales como por ejemplo determinación de receptores hormonales. El pilar del tratamiento sigue siendo la cirugía, la cual se trata de hacer cada vez menos mutilante y con menor impacto fisiológico, basados en los avances en biología molecular, nuevos medicamentos de quimioterapia con mejores resultados y menos toxicidad, avanzadas técnicas de radioterapia que brindan mayor precisión en el manejo del área afectada y mejor conocimiento de los aspectos endocrinos de la enfermedad. Como no tenemos la capacidad económica para procurarle manejo multidisciplinario a nuestra población, el médico de cabecera en su domicilio debe constituirse en el integrador de todos los elementos, orientando el uso adecuado de los recursos en la fase de diagnóstico, dando las medidas de soporte durante el tratamiento, y en el paciente en curso terminal aliviando las distintas molestias que se presentan para prolongar su vida con calidad y dignidad, recordando que nuestra responsabilidad no termina con la muerte del paciente pues aun debemos velar por el bienestar de los que quedan : familia, amigos y nosotros mismos.

12CM Hipertensión en el embarazo. Dr. Marco Villar. Ginecólogo.

13CM Cáncer cervicouterino y el papiloma virus humano. Dr. Leopoldo Díaz Solano. Ginecólogo, Hospital Regional Atlántida, Clínicas Santander, La Ceiba.

El cáncer cervico uterino ha sido reconocido como la segunda forma de malignidad prevalente en la mujer, con un estimado de 470,606 nuevos casos y responsable de 233,372 muertes cada año a nivel mundial. El cáncer cervical es un gran problema de salud pública entre las mujeres de áreas de alto riesgo como ser Latinoamérica, El Caribe y África con 30 nuevos casos por 100,000 por año. Es la primera causa de neoplasia maligna en las

mujeres en Honduras, con una tasa estimada de incidencia de 31 por 100,000 y 17 por 100,000 de mortalidad, representa el 40 % de los tumores malignos. La infección por Papiloma Virus Humano es de las causas más comunes de infecciones sexualmente transmitidas. El Centro de Control de Enfermedades y Prevención reporta 357,000 de visitas iniciales por verrugas genitales en el 2005, el 1 % de los adultos sexualmente activos la presentan. Hay un rango de nuevas infecciones por PVH de 1 millón a 5.5 millones por año. En Honduras se ha reportado el 28 % de PVH, con el 20 % de tipo 6 y 11, y el 16 % para los tipos 16 y 18 en una población universitaria. El PVH ha sido propuesto como la primera causa necesaria identificada de un cáncer humano. Se han reportado citología anormal en 3.8 %, para lesiones de bajo grado, alto grado y cáncer de células escamosas en 2.9 %, 0.8 % y < 0.1 % respectivamente. El valor predictivo negativo para la prueba de PVH y citología cervical para lesiones de alto grado es del 99 – 100 %. La prevalencia de PVH por detección molecular es 10 – 30 veces mayor que la anormalidad de citologías reportadas. En Honduras se ha reportado el 39 % de mujeres con citologías negativas, PVH positivo. Infección persistente con PVH carcinogénico es encontrada virtualmente en todos los casos de cáncer cervical (90% - 100%). El PVH 16 y 18 son identificados en 50 % y 10 % respectivamente de casos con cáncer cervical. El protagonismo de la infección por PVH en el cáncer cervical va más allá de toda duda razonable. En los últimos quince años, los avances realizados en biología molecular y tecnologías relacionadas han incrementado el entendimiento de la asociación entre la infección del PVH y el desarrollo de la neoplasia cervico uterina. La mejor comprensión de los mecanismos virales para la carcinogénesis cervical han establecido las bases para el desarrollo de terapias específicas del PVH, los efectos inmunológicos de la infección han permitido incursionar en la evaluación de agentes inmunoterapéuticos. El desarrollo de vacunas preventivas y terapéuticas se ha incrementado como medidas de la prevención primaria y tienen las mejores expectativas en sus efectos a largo plazo en la incidencia del cáncer. La posibilidad de protección contra tipos oncogénicos diferentes de PVH 16 y 18 significa que muchos casos de cáncer cervico uterino pueden ser prevenidos más de lo que previamente se había identificado, lográndose una mayor reducción en la morbilidad y mortalidad .

14CM Manejo del dolor oncológico. Dr. Arturo Rosa. Anestesiólogo, Hospital Vicente D'Antoni, La Ceiba.

El dolor es una experiencia sensorial y emocional desagradable, asociada o no a daño tisular. Tiene una incidencia de 30 al 90%. Un 25 a 30 % de los pacientes con cáncer mueren sin haber experimentado alivio del dolor. Un 70 a 80 % de los pacientes son tratados con opciones farmacológicas y un 20 % con procedimientos intervencionistas. Las causas de dolor en el paciente oncológico son clasificadas según el origen, si es neoplásico, secundario al tratamiento o no neoplásico. Los mecanismos fisiopatológicos están claramente establecidos, siendo estos la invasión directa por el tumor, la compresión, la oclusión vascular y la obstrucción de vísceras huecas. También como consecuencia de la quimioterapia, radioterapia etc. Para la evaluación del dolor oncológico siempre es muy importante una buena historia clínica, resaltando las características semiológicas del dolor. El tratamiento farmacológico es dirigido de acuerdo a la etiología, ejemplo: actuando directamente sobre el tumor, mediante cirugía, radioterapia, quimioterapia, hormonoterapia etc. Dirigido al manejo sintomático, bloqueando todas la probables vías de transmisión del dolor. Se debe considerar el tratamiento adyuvante según el tipo de dolor, tomando en cuenta la prevención de los efectos indeseables, sobre todo de los analgésicos opiáceos. Después de agotar los esquemas de tratamiento farmacológico recomendados por la OMS, podemos considerar los tratamientos intervencionistas, siendo fundamental para ello, tener bien caracterizado y localizado el dolor, sobre todo si se trata de un dolor somático o visceral, ya que las opciones invasivas son diferentes. Debemos de valorar los riesgos- beneficios, considerando las secuelas adversas que pueden dejar estos procedimientos. Dentro de estas alternativas están los bloqueos neurolíticos y la inhibición del sistema nervioso

simpático. Siempre debemos recordar que el manejo del dolor oncológico, debe ser multidisciplinario, ya que tenemos que tomar en cuenta todos los aspectos que influyen sobre el paciente con cáncer. Estos pacientes aun en la etapa final de su enfermedad merecen tener una buena calidad de vida, para lo cual debemos involucrarnos todos, médicos, personal paramédico, psicólogos, familia, amigos, etc.

15CM *Terapia física en el manejo del dolor crónico.* Dra. Sandra Corleto. Fisiátra y Rehabilitadora, Centro de Unidades Médicas, San Pedro Sula.

16CM *Tuberculosis.* Dra. Cecilia Varela. Internista y Neumóloga, Instituto Nacional del Tórax, Hospital Escuela, Tegucigalpa.

17CP *Sistema de información en la red de salud.* Dra. Georgina Díaz, Dr. Marco Pinel.

18 CM *Enfermedad ácido péptico y reflujo gastroesofágico.* Dr. Jubal Valerio. Gastroenterólogo, Clínicas Medicentro, La Ceiba.

19CM *Actualización en tratamiento de VIH-SIDA.* Dra. Elsa Palou. Internista e Infectóloga, Instituto Nacional del Tórax, La Ceiba.

20CM *Guías y pautas para organizar equipo médico.* Dr. Antonio Barrios.

21CM *Avances en cirugía estética.* Dr. Guillermo Peña Cabús. Cirujano Plástico, San Pedro Sula

22CM *Manejo agudo de enfermedades por compresión.* Dr. Fermín López, Roatán

23 CM *Micosis sistémicos.* Dr. Miguel Sierra Hofman. Internista, Intensivista y Neumólogo,

24 CM *Rinosinusitis aguda y crónica.* Dr. Obdulio Tinoco. Otorrinolaringólogo, Hospital Escuela, Tegucigalpa.

25CM *EPOC.* Dr. Javier Sevilla. Medicina Familiar, Indianápolis, Estados Unidos.

De acuerdo con la Iniciativa Global para la Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica, el EPOC es una importante causa de morbilidad y mortalidad entre las enfermedades crónicas en todo el mundo. La EPOC es actualmente la cuarta causa de muerte a escala mundial y puede predecirse que su prevalencia y mortalidad se incrementarán en las próximas décadas. Es necesario realizar un esfuerzo internacional unificado para intentar invertir estas tendencias. *La EPOC es un proceso patológico que se caracteriza por una limitación del flujo aéreo que no es completamente reversible. La limitación del flujo aéreo es, por lo general, progresiva y se asocia con una respuesta inflamatoria pulmonar anormal a partículas o gases nocivos.* El diagnóstico de EPOC debe considerarse en cualquier paciente que presenta síntomas como tos, aumento de la producción de esputo o disnea, y/o antecedentes de exposición a los factores de riesgo de la enfermedad. El diagnóstico se confirma por medio de la espirometría. La constatación de un volumen espiratorio máximo en el primer segundo (FEV1) posbroncodilatador <80% del valor de referencia en asociación con un FEV1/capacidad vital forzada (FVC) <70% confirma la presencia de limitación del flujo aéreo que no es completamente reversible. En caso de que no se

disponga de espirometría, el diagnóstico de EPOC debe basarse en todos los medios disponibles. Para sustentar el diagnóstico pueden utilizarse síntomas y signos clínicos, como dificultad respiratoria o aumento del tiempo espiratorio. Asimismo, la disminución del pico de flujo espiratorio es consistente con el diagnóstico de EPOC, pero tiene poca especificidad ya que puede ser causado por otras enfermedades pulmonares o por maniobras incorrectas. Con el fin de mejorar el diagnóstico de EPOC deben realizarse los esfuerzos necesarios para acceder a una espirometría perfectamente estandarizada. La tos crónica y el aumento de la producción de esputo preceden frecuentemente en varios años al desarrollo de la limitación del flujo aéreo, si bien no todos los individuos con estos síntomas van a desarrollar EPOC. Un plan de tratamiento efectivo de la EPOC incluye cuatro componentes: 1) evaluación y supervisión de la enfermedad; 2) reducción de los factores de riesgo; 3) tratamiento de la EPOC estable de acuerdo a su estadio; 4) tratamiento de las exacerbaciones. Los objetivos del tratamiento eficaz de la EPOC consisten en: prevenir la progresión de la enfermedad, aliviar los síntomas, mejorar la tolerancia al ejercicio, mejorar el estado general de salud, prevenir y tratar las complicaciones, prevenir y tratar las exacerbaciones, reducir la mortalidad. Es importante desarrollar una competencia a nivel de la atención primaria para estandarizar nuestro abordaje para el diagnóstico y manejo de los pacientes con EPOC tanto ambulatoria como intrahospitalariamente con los recursos farmacológicos y otras modalidades terapéuticas existentes y establecer proyecciones para mejorar los servicios y el acceso a los mismos de acuerdo a las recomendaciones, lineamientos y criterios actualizados para el tratamiento.

26CM *Iatrogénias en ventilación mecánica.* Dr. Miguel Sierra Hofman. Internista, Intensivista y Neumólogo.

27CM *Manejo no invasivo del infarto agudo de miocardio.* Dr. Carlos Almendáres. Cardiólogo, sub-especialista en arritmias, Hospital Escuela, La Policlínica, Tegucigalpa.

28CM *Stents coronarios.* Dr. Francisco Somoza. Cardiólogo y Hemodinamista, Hospital CEMESA, San Pedro Sula.

29CM *Abordaje de pacientes con disrafismo.* Dr. Manuel Melgar. Neurocirujano, Universidad de Tulane, New Orleans, Estados Unidos.

30CP *Atención médico paciente en salud pública.* Dr. Gustavo Amaya. Salubrista, psiquiatra, Hospital Atlántida, Clínica Medicentro.

31CM *Obesidad, actualización.* Dra. Onix Arita. Internista y Endocrinóloga, Hospital Bendaña, San Pedro Sula.

La Obesidad considerada actualmente como pandemia mundial, es la principal precursora de el Síndrome metabólico con el subsecuente desarrollo de D.M tipo 2 y enfermedad aterotrombótica que finalmente son la primera causa de muerte cardiovascular, siendo ésta la primera causa de morbi-mortalidad en el mundo, incluyendo a los países en vías de desarrollo. Siendo una enfermedad multicausal en la que intervienen factores genéticos, hormonales, ambientales, psicológicos, está demostrado que el estilo de vida caracterizado por alimentación inadecuada rica en grasas saturadas y carbohidratos simples , acompañada de sedentarismo son la principal causa de esta enfermedad y lo que ha producido su imparable incremento en las últimas 3 décadas del desarrollo de la humanidad. Múltiples factores bioquímicos, hormonales, neuroendócrinos están involu-

crados, los cuales se acentúan y se manifiestan a partir de que el tejido adiposo se incrementa en el organismo, generando reacciones de inflamación, resistencia a insulina, daño endotelial y las consecuencias conocidas por todos, generados por una lipólisis incrementada y los ácidos grasos libres a nivel tisular. El diagnóstico se fundamenta en medidas antropométricas que incluyen IMC, IC, ICC, pliegues cutáneos, siendo los más aceptados actualmente por su sencillez y reproducibilidad el IC y el IMC, de estos aspectos se detallará durante la conferencia. Cambios sustanciales en el estilo de vida es la clave en el tratamiento de estos trastornos, Hay medicamentos que están aprobados por la FDA en sobrepeso y obesidad, siendo Orlistat, Sibutramina y Rimonobant el más reciente aprobado, y las técnicas quirúrgicas que tienen indicaciones precisas en grupos de pacientes con obesidad que no han logrado objetivos con las medidas anteriores, y que se garantice un manejo multidisciplinario antes y después de el procedimiento realizado. El Médico como líder en sus diferentes comunidades debe de detectar y tratar de combatir este serio problema que involucra a todas las edades y grupos étnicos y sociales con el objetivo de preservar la salud en general, así como promover políticas comunitarias y gubernamentales para manejo de grupos y poblaciones en general, además de la detección y el tratamiento en la práctica clínica diaria.

32CM *Certificación y recertificación.* Dr. Jesús Pineda. Pediatra, Tegucigalpa.

33CM *Nuevas terapias en Diabetes Mellitus.* Dr. Javier Sevilla. Medicina Familiar, Indianápolis, Estados Unidos.

Hoy por Hoy el manejo de la diabetes requiere la incorporación de varios componentes necesarios además del control glicémico para el tratamiento exitoso. Es importante enfatizar la importancia de la educación al paciente con Diabetes en las áreas de nutrición, actividad física, monitoreo y control de la glicemia y un abordaje farmacológico individualizado de acuerdo a las características y necesidades del paciente. En general el diagnóstico temprano y tratamiento adecuado pueden basarse en las recomendaciones universales con el objetivo de prevenir complicaciones agudas y reducir el riesgo de complicaciones crónicas. El arsenal farmacológico continúa creciendo, aumentando de esta forma las opciones terapéuticas. Con el objetivo de simplificar y estandarizar nuestro abordaje terapéutico podemos considerar algunos lineamientos derivados de las recomendaciones actuales. Reconociendo el componente educacional un tema de discusión en si mismo nos concentraremos en las opciones medicamentosas. El paciente recién diagnosticado con Diabetes Mellitus tipo II puede manejarse inicialmente con los así llamados cambios de hábitos terapéuticos y monitoreo glicémico por las primeras dos a cuatro semanas y si los niveles de glucosa no son óptimos o es mayor que 140mg/dl al momento del diagnóstico puede considerarse tratamiento con hipoglicemiantes orales. Si la glucosa se encuentra a niveles entre 126-180mg/dl las biguanidas pueden servir como primera opción seguida de las Tiazolidinedionas, Sulfonilureas o combinaciones de las anteriores e insulina cuando sea necesario o mandatorio. Si los niveles de glicemia se encuentran entre 180-300mg/dl se recomienda comenzar con Sulfonilurea y Biguanidas, agregar Tiazolidinediona o cualquiera de los combinaciones disponibles. Si en dos a cuatro semanas no se logra el nivel glicémico deseado podemos considerar agregar o cambiar a insulina. Si al momento del diagnóstico los niveles de glucosa están por arriba de 300mg/dl se considera niveles tóxicos y se recomienda comenzar con insulina, con la intención de revertir el proceso y recuperar la función pancreática, insulina con una sulfonilurea o insulina con una combinación a dosis baja. Es importante proveer educación y mantenerse alerta en caso de hipoglucemia severa o recurrente y considerar ajustar dosis o discontinuar los agentes causales en el primer grupo. Una vez que los niveles de glicemia deseados se han alcanzado en el segundo grupo se debe considerar mantener el mismo régimen o reducir las dosis iniciales de acuerdo a las circunstancias para evitar el riesgo de

hipoglucemia. En el tercer grupo si la hiperglicemia es persistente se debe incrementar al máximo las dosis de los agentes orales o ajustar la dosis de insulina o agregar Byetta para alcanzar los objetivos terapéuticos en dos a doce semanas. En general, si el objetivo terapéutico no se logra en las siguientes doce semanas es necesario revisar el régimen nuevamente con incrementos necesarios; iniciar insulina manteniendo la biguanida, la tiazolidinediona o combinación de éstas y si el paciente ya está recibiendo insulina entonces es considerado necesario intensificar la terapia. Si los objetivos terapéuticos no se alcanzan con los últimos ajustes se puede considerar Symlin y referencia al endocrinólogo si aún no se logra un control adecuado.

34CM *Síndrome cardiometabólico.* Dr. Rafael Zelaya. Internista y Endocrinólogo. Tegucigalpa.

35CM *Cáncer gástrico.* Dr. Ricardo Domínguez. Internista, Hospital Regional de Occidente, Santa Rosa de Copán.

36CM *Evaluación oftálmica en paciente pediátrico.* Dr. Carlos Maldonado. Oftalmólogo pediatra. Hospital Materno Infantil, Tegucigalpa.

Se tiene la idea que es sumamente difícil el examen oftalmológico de un paciente y cuando nos referimos al examen pediátrico oftalmológico se considera que será aun más complicado o difícil, ya que si es difícil examinar al niño será más difícil examinar sus ojos. Es importante que los médicos que damos atención por primera vez, en donde se considere que el ojo esta comprometido, es más sencillo, de lo que nosotros nos imaginamos. El examen oftalmológico debe de dirigirse a la detección y tratamiento oportuno de enfermedades como las cataratas congénitas, el retinoblastoma y el glaucoma congénito son críticos, ya que dichas enfermedades necesitan tratamiento temprano durante la infancia, ya que retraso en el diagnóstico puede resultar en pérdidas irreversibles de la visión. Los signos como lagrimeo o epífora, ojo rojo, leucororia son signos importantes para determinar cual es la causa. Efectuar una exploración ocular en un lactante o niño pequeño requiere flexibilidad en el acceso y estar dispuesto a modificar la sucesión de etapas dentro de la exploración. El arte de la oftalmología pediátrica se define por la capacidad para identificar la información que es de importancia crítica, verificar en el niño individual y obtener estos datos con detalles, que a menudo tienen poca información histórica. La evaluación del paciente pediátrico contempla varios aspectos: Anamnesis: se obtiene en la entrevista, con el padre o la persona encargada del niño; y cuando el niño habla, la información es de mucha utilidad. Anatómico: toda evaluación de un recién nacido debe cubrir todos los sitios anatómicos desde los párpados, pestañas, presencia o no del globo ocular, el tamaño del ojo con respecto al resto de las estructuras. Agudeza visual: Es el aspecto de mayor importancia en la exploración ocular, la cual debe de realizarse ojo por ojo. La edad más temprana a la que hay colaboración del niño, es de los dos y medio año, pero la valoración de la agudeza puede realizarse desde las 4 a 6 semanas de edad. Motilidad ocular: se efectúa mejor al inicio de la exploración ya que ésta requiere buena concentración y colaboración del paciente como del médico. La oftalmoscopia: es parte importante de la exploración, y debe realizarse al final, el éxito dependerá de la dilatación de la pupila, es en el exámen, donde los niños siempre manifestaran su insatisfacción. Las evaluaciones bajo sedación serán un procedimiento que el pediatra oftalmólogo realizará en casos especiales, donde la evaluación se hace difícil, o en los casos donde la precisión para el diagnóstico es vital.

37CM *Nuevos abordajes en manejo de hernias de disco.* Dr. Manuel Melgar. Neurocirujano, Universidad de Tulane, New Orleans, Estados Unidos.

38 CM Evaluación clínica del niño dismórfico. Dr. Ramón Alvarenga. Pediatra, sub especialista en Genética, Hospital Materno Infantil, Hospital Infantil Privado, Tegucigalpa.

La dismorfología es la rama de la genética clínica que estudia e intenta interpretar los patrones de crecimiento humano y defectos estructurales. Es importante llegar a un diagnóstico lo más preciso posible para el paciente y sus familiares, para promover interacciones adecuadas de la familia y/o grupos de apoyo. Las técnicas citogenéticas (cariotipo) y los estudios moleculares han mejorado la habilidad para hacer diagnósticos sindromáticos precisos; sin embargo son estudios caros y deben ser usados de manera selectiva. Un diagnóstico preciso provee estimar mejor el riesgo de recurrencia, informar sobre el pronóstico y permite intervenciones que pueden prevenir, anticipar o tratar más exitosamente las complicaciones. En el futuro, un diagnóstico seguro es clave para la investigación de genes causales, intervención y también tratamientos. Principalmente es muy importante una buena historia clínica, que incluya una historia familiar que se extienda hasta la tercera generación en busca de consanguinidad o anormalidades similares parciales o sindromáticas. Antecedentes del embarazo con detalles de pérdidas previas, métodos de planificación, ocupación de los padres, salud de la madre, uso de drogas, medicamentos y alcohol, fiebre, rash o enfermedades y movimientos fetales. Nacimiento: investigar sobre distres neonatal, polihidramnios u oligohidramnios, peso, talla, circunferencia cefálica y conducta perinatal. Historia sobre el crecimiento y desarrollo posterior, con énfasis en signos claves. Un examen físico completo que incluya todos los sistemas en busca de las malformaciones mayores y menores. Con los datos obtenidos en la historia y los hallazgos encontrados al examen físico se procede a considerar si la condición es de inicio prenatal o post-natal; si es prenatal verificar si el defecto es único o se trata de un síndrome de malformaciones múltiples; es caso de un defecto único definir si se trata de una deformación, una malformación, una disrupción o una displasia; en caso de ser múltiples deberá investigarse si se trata de un defecto cromosómico, genético, ambiental o es una etiología desconocida. Si el defecto se trata de un problema de inicio post-natal, investigar si es de origen genético, ambiental o desconocido. De acuerdo a la sospecha diagnóstica, resultado de los datos recabados, proceder a enviar al centro de genética respectivo para realizar una nueva evaluación e indicar los estudios pertinentes para tratar de hacer un diagnóstico preciso, su seguimiento para brindar asesoramiento genético al núcleo familiar.

39CM Líquidos y electrolitos en pediatría. Dr. Carlos Sánchez. Pediatra, sub-especialista en Cuidados Intensivos. Hospital Materno Infantil, Tegucigalpa.

RESÚMENES TRABAJOS LIBRES: Presentación Oral

1TL Diversidad genética de *Plasmodium vivax* y *P. falciparum*: análisis de muestras provenientes de diferentes zonas geográficas de Honduras, Centro América. *Jackeline Alger, MD, PhD¹ and Cinthya Bonilla, MQC.^{1,2}* ¹Servicio de Parasitología, Departamento de Laboratorios Clínicos, Hospital Escuela, Tegucigalpa. ²Proyecto Fondo Global, Tegucigalpa, Honduras.

Antecedentes. En las últimas décadas, los estudios biológico-moleculares han revelado diversidad genética considerable entre parásitos *Plasmodium*, especialmente *P. falciparum*. La diversidad encontrada en genes como *MSP-1* (gene de la proteína 1 de la superficie del merozoito) y *CSP* (gene de la proteína del circumsporozoito), puede ser producto de recombinación genética o selección inmunológica. Por lo tanto, es de interés determinar la diversidad genética presente en una muestra de parásitos procedentes de esta región endémica.

Objetivo. Determinar la diversidad genética de muestras de *Plasmodium* spp. Procedentes de diferentes zonas geográficas de Honduras utilizando marcadores moleculares y la técnica de Reacción en Cadena de la Polimerasa (PCR). **Material y métodos.** Se estudiaron 138 muestras obtenidas de pacientes con malaria atendidos en el Hospital Escuela (n=35) procedentes de al menos 9 departamentos y de individuos residentes en el Municipio de Saba, Departamento de Colón (n=103). Se utilizó PCR y marcadores moleculares polimórficos para *P. vivax* (MSP1 5/6, MSP1 8/9, CSP) y *P. falciparum* (variantes del bloque II de MSP1: MAD20, K1, RO33). El ADN fue extraído de muestras de sangre total y sangre en papel filtro. Los productos de PCR fueron analizados a través de electroforesis de gel de agarosa y la diversidad genética se analizó por variabilidad en tamaño de los productos detectados con bromuro de etidio en una cámara de luz ultravioleta y fotografías. **Resultados.** Cuarenta y dos de 58 muestras de *P. falciparum* (Colón, Gracias a Dios, Islas de la Bahía, y Olancho) proporcionaron al menos un producto de PCR con cualquiera de los marcadores (82%). Se obtuvieron productos de tres diferentes tamaños con el marcador MAD20 (n=40, rango 150-230 bp); un producto con el marcador RO33 (n= 1, 150 bp); y un producto con el marcador K1 (n=1, 230 bp), para un total de 5 genotipos estimados por tamaño. Cuarenta y dos de 80 muestras de *P. vivax* (Francisco Morazán, Olancho, El Paraíso, Valle, Colón, Comayagua, Gracias a Dios y Yoro) proporcionaron al menos un producto de PCR con cualquiera de los marcadores (53%). Se obtuvieron productos de tres diferentes tamaños con el marcador molecular MSP-1 5/6 (n=24, rango 325-400 bp); tres diferentes tamaños con el marcador MSP-1 8/9 (n= 34, rango 450-525 bp); y dos diferentes tamaños con el marcador CSP (n=23, rango 575-625 bp). De las 13 muestras de las cuales se obtuvo producto para cada uno de los tres marcadores moleculares, se determinaron 5 combinaciones únicas. En ninguna de las muestras estudiadas se amplificó más de un producto. **Conclusiones y recomendaciones.** La caracterización de un número limitado de parásitos *Plasmodium* de Honduras demostró escasa diversidad genética y ausencia de infecciones policlonales. Aunque la homogeneidad genética puede favorecer la efectividad de una vacuna o la adquisición de premunición, también puede favorecer la diseminación de resistencia. Se debe analizar un mayor número de muestras de una mayor extensión geográfica incluyendo la sub-región de Mesoamérica. *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.*

2TL Enfermedad de Chagas congénita en un área endémica de Honduras. *Dr. Jaime del Cid,¹ Lic. Olivia Almendares,² Dr. Luis Israel Girón,¹ Dr. Domingo Amador,³ Dr. Concepción Zúñiga,⁴ Dr. Carlos Ponce,⁵ Lic. Elisa Ponce,⁵ Dra. Jackeline Alger,⁶ Dr. Pierre Buekens.²* ¹Región Departamental de Salud de Intibucá, La Esperanza, Intibucá. ²Escuela de Salud Pública y Medicina Tropical, Universidad de Tulane, Nueva

Orleáns, EUA. ³Hospital Enrique Aguilar Cerrato, La Esperanza, Intibucá. ⁴Programa Nacional de Prevención y Control de la Enfermedad de Chagas. ⁵Laboratorio Central de Referencia para la Enfermedad de Chagas, Secretaría de Salud, Tegucigalpa. ⁶Instituto de Enfermedades Infecciosas y Parasitología Antonio Vidal, Tegucigalpa.

Antecedentes. La infección congénita por *Trypanosoma cruzi* depende directamente de la prevalencia de la infección en mujeres en edad fértil usualmente infectadas por transmisión vectorial. En el año 2006, Honduras se integró en un estudio piloto multicéntrico (Argentina, Bolivia, Estados Unidos de América, Honduras, México, Uruguay). **Objetivos.** 1) Determinar la seroprevalencia de anticuerpos anti *T. cruzi* en mujeres embarazadas; 2) Validar el uso de una prueba de diagnóstico rápido (PDR); y 3) Validar la detección de anticuerpos específicos para *T. cruzi* en sangre de cordón (SC) versus sangre materna (SM), en plasma y en papel filtro. **Material y métodos.** El estudio se llevó a cabo en el Hospital Enrique Aguilar Cerrato (HEAC), La Esperanza, Intibucá, región con una prevalencia de Enfermedad de Chagas de las más elevadas de Honduras (7.2%, 2004-2005). La colección de información comenzó en septiembre 2006 y finalizó en marzo 2007. Al momento del parto, se colectó SM y SC para realizar análisis de anticuerpos a *T. cruzi* por una PDR comercial (Stat-Pak), seguida de ELISA confirmatorio. El consentimiento informado escrito se obtuvo inmediatamente después del parto. Los datos clínicos colectados están en concordancia con el sistema de información perinatal de OPS/OMS. **Resultados.** Durante los años 2003-2005, el Hospital Enrique Aguilar Cerrato (HEAC), La Esperanza, Intibucá, brindó atención prenatal a un promedio de 5569 (rango 4467-6120) mujeres y un promedio de 2404 mujeres (rango 2204-2513) dieron a luz. Después de 27 semanas de recolección, un total de 620 mujeres fueron tamizadas con 501 registradas en el estudio. De éstas, un total de 50 muestras fueron PDR positivas (50 SM, incluyendo 25 resultados débil positivo, y 33 SC, incluyendo 6 resultados débil positivo). De 2004 muestras examinadas por ELISA (SM y SC, plasma y papel filtro), 22 casos fueron confirmados en SM y SC. Uno de estos casos fue PDR negativo. **Conclusiones y recomendaciones.** La seroprevalencia de anticuerpos anti *T. cruzi* en mujeres embarazadas estimada por ELISA en este grupo de estudio fue 4.4% (22/501). La prueba de ELISA detectó anticuerpos específicos anti *T. cruzi* en SM y SC en plasma y en papel filtro. Todos los resultados débiles positivos de PDR, excepto dos muestras, fueron ELISA negativos. Hubo mayor número de resultados débil positivo en SM (n=25) que en SC (n=6). Todos los casos detectados fueron referidos para evaluación clínica y seguimiento del producto. Este estudio nos permitirá estimar la magnitud de la Enfermedad de Chagas congénita en la población estudiada y definir las estrategias para un estudio más estructurado y a mayor escala utilizando pruebas de laboratorio validadas. Parcialmente financiado por NIH/Fogarty International Center, Project ID 5 D43 TW00549206, USA; Programa Nacional de Prevención y Control de la Enfermedad de Chagas, Secretaría de Salud, and Instituto de Enfermedades Infecciosas y Parasitología Antonio Vidal, Honduras.

3TL Registro de casos de Leishmaniasis en el Servicio de Parasitología, Departamento de Laboratorios Clínicos, Hospital Escuela, Tegucigalpa, Honduras, 2004-2006. Jackeline Alger, MD, PhD. Servicio de Parasitología, Departamento de Laboratorios Clínicos, Hospital Escuela, Tegucigalpa.

Antecedentes. En el Hospital Escuela (HE) se da atención a pacientes sospechosos de presentar las diferentes formas clínicas de leishmaniasis que existen en el país: leishmaniasis cutánea o forma ulcerada (LC), leishmaniasis cutánea no ulcerada o atípica (LCA), leishmaniasis mucocutánea (LMC) y leishmaniasis visceral (LV). El Servicio de Parasitología apoya el diagnóstico parasitológico de leishmaniasis a través del examen microscópico de un frote o impronta coloreados con Giemsa y a través de cultivo (NNN modificado o Senekjie). **Objetivos.**

Describir el registro de casos sospechosos de leishmaniasis y casos confirmados parasitológicamente atendidos en el Servicio de Parasitología en el período 2004-2006 y describir algunas características clínico-epidemiológicas de los casos confirmados durante el año 2006. **Material y métodos.** Se analizó el registro diario, el libro de registro de casos de leishmaniasis y la base de datos EpiInfo del Servicio de Parasitología. **Resultados.** En el año 2004 se analizó 112 muestras clínicas (62 cutáneas, 12 mucocutáneas, 38 médula ósea) y se confirmaron 4 casos de LC, 21 casos de LCA, 1 caso de LMC y 6 casos de LV. En el año 2005 se analizó 127 muestras clínicas (65 cutáneas, 15 mucocutáneas, 45 médula ósea y 2 sangre periférica) y se confirmaron 8 casos de LC, 25 casos de LCA y 10 casos de LV. En el año 2006 se analizó 101 muestras clínicas (73 cutáneas, 4 mucocutáneas, 22 médula ósea y 2 sangre periférica) y se confirmaron 2 casos de LC, 37 casos de LCA y 1 caso cada uno de LMC y LV. Los dos casos de LC eran una niña de dos años y un hombre de 26 años (procedente de Colón). El caso de LMC era un hombre de 31 años de edad, procedente de Patuca, Olancho, con lesiones en nariz y úvula. El caso de LV era un niño de 14 meses. El 81% (30) de los 37 casos de LCA diagnosticados eran niños menores o iguales a 15 años de edad, 59% (22) era del sexo masculino, y en aquellos en quienes se consignó, las lesiones estaban localizadas en la cara (16) o en miembros superiores (2); se presentaron como pápula (11), mácula (3) o nódulo, placa o lesión verrucosa (1 cada una); tenían una evolución mayor de 6 meses (10) o menor igual que 6 meses (6); y los pacientes procedían de Francisco Morazán (5), El Paraíso (5), La Paz (1) y Choluteca (1). Hubo tres casos de residentes del CMDC que visitaron zonas endémicas. **Conclusiones y recomendaciones.** El número promedio de muestras examinadas en el período 2004-2006 fue 113 ± 13 . Las muestras más frecuentemente analizadas fueron muestras cutáneas y el tipo de leishmaniasis con mayor frecuencia identificado fue LCA. Las características clínico-epidemiológicas de los casos diagnosticados en el HE son similares a lo descrito para las áreas endémicas del país. Es necesario fortalecer el abordaje clínico-epidemiológico de las leishmaniasis en Honduras y las medidas de prevención y control.

4TL Prevalencia de enfermedad diarreica aguda (EDA) en menores de cinco años en La Masica, Atlántida, diciembre 2004. *Dra. Daisy Guardiola Ramos,¹ Dra. Maria de los Angeles Espinosa Frenzel,² Lic. Olimpia Lainez,³ Lic. Nora Lopez,⁴ Tsa. Lucio Reyes.⁵* Comité Comunitario de Salud de La Masica. ¹Médica, MSc. Administración de Servicios de Salud y MSc. Epidemiología. Dpto. de Vigilancia de la Salud Región 01. ²Médica, Egresada de Maestría de Epidemiología, Unidad de Laboratorio. Dpto. de Vigilancia de la Salud Región 01. ³Licenciada en Enfermería. MSc. Epidemiología. Dpto. Monitoría y Evaluación Región 01. ⁴Licenciada en Enfermería. Municipio de La Masica. ⁵Técnico en Salud Ambiental. Municipio de Arizona.

Antecedentes: La encuesta de Epidemiología y Salud Familiar (2001) reportó que diarrea es la segunda causa de muerte en los menores de cinco años y detectó una prevalencia de 25.7% para Atlántida, Colón, Yoro e Islas de la Bahía. La enfermedad diarreica aguda (EDA) se informó como séptima causa de consulta en el Municipio de La Masica (2003) y en años recientes se ha informado un promedio de 3 muertes anuales por esta causa (2002-2004). **Objetivo:** Caracterizar clínica y epidemiológicamente los casos de diarrea en niños menores de cinco años en una localidad del Municipio de La Masica, Atlántida. **Metodología:** Estudio descriptivo transversal realizado en San Juan Pueblo (SJP). Muestra: 506 niños de un universo de 1038 niños, en diciembre del año de 2004. Se visitaron las viviendas en un muestreo al azar por ruta / dirigido llenando un cuestionario con datos del niño, la vivienda y madre o encargado(a); proporcionados por estos últimos. Se elaboró base de datos en Epi Info. **Resultados:** Se encuestaron 385 viviendas con 506 niños. El 14.2% fueron menores de un año y 85.8% de fueron niños de 1 a 4. El 45% informó que el niño padeció alguna enfermedad en las dos últimas semanas: IRA: 55.3%, diarrea 21.2% (48 casos) y otras 23.5%. En 37.5% la escolaridad de la madre

fue baja o ninguna. La mayoría de las viviendas tenía paredes (85.4%) y piso (64%) de cemento. El 42% disponía de agua entubada dentro de la casa y el 58% utilizaba algún tipo de tratamiento del agua. El piso de tierra resultó casi 2.5 veces más asociado a EDA (OR 2.42, IC95% 1.1-5.1, $p=0.01$). En 58% de los casos se informó evacuaciones líquidas y en 37% duración del cuadro < 3 días. En 56.2% de los casos las madres demandaron servicios de salud adecuados y en 18.8% ellas catalogaron el problema como grave. **Conclusiones:** La prevalencia de EDA en diciembre de 2004 en la localidad de SJP (9.48%) fue menor al promedio nacional (22.5%) o al de la antigua Región Sanitaria No. 6 (25.7%). Las condiciones materiales de vida desfavorables están asociadas al problema. La baja o ninguna escolaridad es un factor que limita el entendimiento de mensajes educativos respecto a la salud y cuidado de los niños. Es elevada la proporción de niños que no acceden a servicios adecuados de salud, factor que influye en la supervivencia de los niños. **Recomendaciones:** El abordaje de la diarrea requiere garantizar un acceso permanente al agua de consumo humano, ligado a un mejoramiento de las condiciones materiales de vida. Los planes de información, educación y comunicación deben tener en cuenta la proporción de madres con baja o ninguna escolaridad. *Financiado parcialmente por Proyecto de Acceso a los Servicios de Salud, Secretaría de Salud.*

5TL Impacto psicosocial de la enfermedad mental en la familia. *Francisco A. Ramírez,¹ Teresa Reyes,² Cesar Díaz,³ Mario Aguilar,⁴ Américo Reyes Ticas⁵.* Secretaria de Salud Pública; Ministerio Público; Post Grado de Psiquiatría.

Los problemas financieros, emocionales y sociales han sido informados extensamente por cuidadores familiares de personas con enfermedad mental, además de la necesidad de atención en salud mental para el familiar que esta encargado de cuidar al paciente. **Objetivo:** Evaluar el impacto psicosocial que produce en la familia el tener un paciente con una patología psiquiátrica. **Materiales y métodos:** Este estudio se realizó con un enfoque cualitativo y cuantitativo. Se evaluó a familias de 115 pacientes sobre datos socioeconómicos, tiempo de padecimiento de la patología, sentimientos hacia el paciente, datos familiares y entrevistas en profundidad, grabaciones y fotografías previo consentimiento informado, fue realizado en el Hospital Psiquiátrico Mario Mendoza durante el primer semestre del 2005. **Resultados:** Datos de los paciente: rangos de edad 15% entre 15-24 años, 33% entre 25-34, 18% de 35-44, 11% 45-54, 14% 55-64 y un 9% mayor de 65 años; 58% pertenecían al sexo femenino, 50% profesaban la religión católica, 62% estaban solteros, 59% procedían del interior del país, 15% tenía primaria completa, 86% no estaban empleados, de éstos el 64% hace 5 años no trabajaba y al 67% no los empleaban por su enfermedad, 42% tenía menos de 5 años de padecer su enfermedad, 28% entre 5-10 años y 17% de 11 a 20 años. Datos de la familia: 56% de los pacientes conviven con menos de 5 familiares, 79% de las familias trabajaban, 42% recibía un salario familiar entre 3-5 mil lempiras mensuales, 68% recibía el tratamiento del Hospital, 46% a estado hospitalizado, 29% considera que la causa de esta enfermedad fue porque le hicieron mal, 37% por herencia y 19% considera que se pasa, 40% visito curanderos, 42% manifiesto problemas con vecinos por su familiar, 44% dice que cuando su familiar esta en crisis ha presentado miedo, 55% angustia, 75% preocupación, 35% enojo, 59% tristeza, 87% dice que la enfermedad de su familiar le afecta económicamente, 78% emocionalmente y 46% laboralmente, un 25% de los familiares considera a su paciente como una carga para ellos. **Conclusión:** Concluimos que el tener un paciente con un desorden mental si produce un impacto social, económico, psicológico y emocional en el entorno familiar.

6TL Prevalencia y características de los niños menores de 5 años con infección respiratoria aguda en el municipio de Arizona, Atlántida, año 2005. *Dra. Daisy Guardiola Ramos,¹ Dra. Maria de los Angeles Espinosa Frenzel,² Lic. Leyla Mejia,³ Lic. Carmen Cruz,⁴ Lic. Glenda Alvarez,⁵ Tsa. Armando Lagos.⁶* ¹Médica, MSc. Administración de Servicios de Salud y MSc. Epidemiología. Dpto. Vigilancia de la Salud Región 01. ²Médica, Egresada de Maestría de Epidemiología, Unidad de Laboratorio. Dpto. de Vigilancia de la Salud Región 01. ³Licenciada en Enfermería, Dpto. Vigilancia de la Salud Región 01. ^{4,5}Licenciadas en Enfermería. Municipio de Arizona. ⁶Técnico en Salud Ambiental. Municipio de Arizona.

Antecedentes: La Encuesta Nacional de Epidemiología y Salud Familiar (ENESF 2001) informó que las infecciones respiratorias agudas (IRA) representan la causa más importante de morbilidad en la niñez y la neumonía es la principal causa de muerte en Honduras. En el 2004 los casos de neumonía ocuparon el séptimo lugar como causa de consulta en la población general de Atlántida, el 75% eran menores de cinco años. El municipio de Arizona fue el tercer contribuyente de casos del departamento y superó la tasa departamental de 25 x 10,000 habitantes. La Unidad de Salud (US) de Km.17 fue el mayor contribuyente (49%) y su tasa de 4.56 x 100 menores de cinco años fue la más alta. **Objetivo:** Estimar la prevalencia de las IRA y determinar las características de los niños menores de 5 años atendidos en el municipio de Arizona, Departamento de Atlántida. **Metodología:** Estudio descriptivo transversal realizado en un área geográfica de 10 comunidades de la US de Km.17. Universo de 767 niños y muestra de 268 niños. Método de muestreo: al azar por ruta dirigida. Se recolectaron datos de la madre o encargado, del niño y de la vivienda. Se elaboró base de datos en programa Epi Info. **Resultados:** Se encuestaron 212 hogares donde residían los 268 niños menores de cinco años, 18% menores de un año. Del total de encuestados, 47% correspondió a niñas; 38% había presentado alguna patología en los últimos 15 días, de éstos 84.3% (86) IRA. En dos casos (2.3%) su condición se clasificó como grave. En las madres se documentó ninguna escolaridad en 2.3% y estudios primarios incompletos en 45.5%. El 28% indicó reconocer las señales de peligro para neumonía. El 86% de los niñas(os) tenía esquema de vacunación completo, 64% no recibió lactancia materna, 17% tenía convivientes fumadores y 48.8% tenía animales domésticos. El 65% de las viviendas tenía paredes de cemento y 70% techos de zinc; agua potable o entubada en 89.5% ese mismo porcentaje informó quemar la basura. El 62.7% recibió algún tipo de atención 62.7%, en su mayoría en el sector público. La intensidad del cuadro según percepción de la madre fue 38.4% leve, 29.1% moderada y 32.6% grave. **Conclusiones:** Se determinó una prevalencia de 33.3% en menores de un año y 31.8% para los niños de 1-4 años, menor a los reportes nacionales y regionales de la ENESF 2001. Se confirmó que IRA es causa importante de morbilidad en la niñez pues la proporción dentro del total de patologías reportadas en la comunidad fue de 84.3%. Aunque las condiciones de vida se encontraron adecuadas, la prevalencia de IRA fue alta. No se encontró asociación estadísticamente significativa (OR e IC95%) entre IRA y presencia de fumadores y quema de basura. **Recomendaciones:** El abordaje de esta patología debe corresponder a su complejidad epidemiológica. El énfasis en las estrategias de comunicación debe ser en prevención (factores de riesgo), señales de peligro y conducta a seguir. *Financiado parcialmente por Proyecto de Acceso a los Servicios de Salud, Secretaría de Salud.*

7TL Agresividad, impulsividad y trastorno antisocial en privados(as) de libertad y policías de la penitenciaria nacional y CEFAS. Estudio de casos y controles. *Francisco A. Ramírez Mejía¹, Américo Reyes Ticas², Reyna M. Durón,³ Julia N. Bailey,⁴ Ramón Custudio,⁵ Giovanni Erazo Trimarchi.⁶* ¹Psiquiatra, Ministerio de Salud Pública, ²Psiquiatra, Coordinador Post Grado de Psiquiatría, ³UNAH, Neuróloga, Honduras Medical Center, Matemática Genética y Epidemiológica, Semel Neuropsychiatric Institute, David Geffen School of Medicine at UCLA Los Angeles, CA, U.S.A., ⁴Comisionado de los Derechos Humanos, ⁵Internista, Master en Epidemiología⁶

Antecedentes: La conducta antisocial se ha usado para definir a una persona cuyo comportamiento no se ha ajustado a la normativa social o moral. **Objetivo:** Establecer la frecuencia de agresividad, impulsividad y trastorno antisocial de la personalidad en privados de libertad y policías de la Penitenciaría Nacional Marco Aurelio Soto (P.N.M.A.S.) y Centro Femenino de Adaptación Social (CEFAS) en comparación con población civil. **Materiales Y Métodos:** Se aplicó 3 escalas internacionales estándar para estos trastornos a 705 personas durante los años 2005 y 2006: 340 eran privados de libertad, 30 privadas de libertad, 55 custodios, 200 controles masculinos y 80 femeninos. Se hizo análisis con modelo de regresión logística. **Resultados:** Los privados de libertad varones cometieron delitos principalmente contra la vida (45%), la propiedad (27.5%) y asociación ilícita (16.8%). Los hombres fueron 4 veces más agresivos que las mujeres sin importar su edad (OR de 3.86, $p=0.0000$), con una frecuencia de agresividad del 44.1% ($\chi^2=29.37$ y $p=0.001$) y de trastorno antisocial de 39.7% ($\chi^2=24.79$, $p=0.001$). Los privados de libertad tienen la probabilidad de 8 veces más de ser antisociales que los controles. Las privadas de libertad cometieron delitos de posesión y tráfico de drogas (63.3%), contra la vida y la propiedad (13.3%). El 32% lo hizo por dinero, y 21% fue involucrada por cónyuge. El 36% sintió miedo después de cometerlo. Entre ellas, la frecuencia de agresividad fue de 26.6% ($\chi^2=29.37$, $p=0.05$) y de impulsividad 43.3% ($\chi^2=4.67$ y $p=0.05$). También resultaron 6 veces más impulsivas que los hombres privados de libertad (OR de 6.12, $p=0.0000$). El 29% de los policías presentaron criterios de trastorno antisocial ($\chi^2=4.88$ y $p=0.05$) y fueron 2 veces más antisociales (OR 2.06, $p=0.0000$) y 2 veces más agresivos R 2.056 y $p=0.0000$) que los controles. **Conclusión:** Los índices de agresividad y trastorno antisocial son significativamente más altos en privados y privadas de libertad pero también frecuentes en los custodios y civiles. **Recomendaciones:** Concertar un grupo multidisciplinario (psiquiatras, psicólogos, neurólogos, antropólogos, sociólogos, políticos, religiosos, etc.) que aporten soluciones a corto, mediano y largo plazo para combatir la crisis penitenciaria en Honduras, y que se entienda que la seguridad de la persona no se determine únicamente teniendo un policía a su lado para protegerlo, sino alcanzar un nivel óptimo en la seguridad social, económica, alimentaria, salud y política, para impulsar así el incremento del desarrollo humano en nuestro país.

8TL La cirugía ginecológica y sus avances. *Dr. Mario Roberto Pinto Romero, Dr. Luis Zuñiga.* Hospital Militar Regional, Centro Médico CEMESA. Hospital de Tela, Centro Médico Monte de Sion.

Objetivo: Determinar la recuperación de los pacientes sometidas a cirugía ginecológica. La cirugía ginecológica ha presentado un avance preponderante en los procedimientos quirúrgicos, antes la cirugía ginecológica abierta aparte de ser un tratamiento era una necesidad, pero fue un ginecólogo quien puso la pauta e incorporo la técnica de endoscopia en la cirugía moderna, pero fueron los cirujanos quienes tomaron en cuenta dicha tecnología y la promocionaron, por lo que les estamos informando de las nuevas técnicas de endoscopia ginecológica que estamos realizando en nuestro país, en un periodo de un año en los diferentes centros ya mencionados. El estudio comprende 16 pacientes con una edad promedio de 35- 45 años, las cuales presentaban diferentes diagnósticos como ser quistes anéxales, sangrados uterinos anormales, miomatosis uterina, hiperplasia endometriales, embarazo ectópico, incontinencia urinaria por infertilidad. De los cuales 9 se sometieron a histerectomía total por laparoscopia, 3 a cistectomía por laparoscopia, 2 para permiabilización de trompas, 1 manejo embarazo ectópico roto por laparoscopia, 1 a un BURCH por laparoscopia. El tiempo medio para una histerectomía total por laparoscopia fue de 2:45 hrs, de la cistectomía fue de 1 hora, de 1 hora por infertilidad y por incontinencia urinaria. La recuperación de los pacientes fue en promedio de 48 horas, cabe recalcar que dentro de las primeras 12 hrs postoperadas las pacientes estaban con de ambulación asistida y tolerando la dieta líquida, a las 36 horas tolerando la dieta blanda y deambulando solas, prácticamente la recuperación casi total fue a las 2 semanas. **Conclusión:** con las diferentes técnicas de cirugía laparoscópica se pueden realizar por lo

menos un 80% de los procedimientos ginecológicos, esto viene de una forma u otra a cambiar el manejo de la pacientes con cirugía abierta, los tiempos de hospitalización se acortan, el tiempo de convalecencia es menor, el retorno a la vida reproductiva es más rápida, las infecciones prácticamente no hay, no hay sangrado o es muy mínimo, aunque la tecnología que se utilice es cara, el equipo de trabajo tiene que tener un entrenamiento adicional, esto viene a darnos una mejor opción para el manejo quirúrgico de los procedimientos ginecológicos.

9TL Seroprevalencia de la infección por *Trypanosoma cruzi* en mujeres embarazadas atendidas en tres Centros de Salud del Departamento de Intibucá, Honduras.

Dr. Yovany Cardona,¹ Dr. Paris Aguilar,² Dr. Jaime H. del Cid,³ Dr. Luis Israel Girón,⁴ Dr. Concepción Zúñiga,⁵ Lic. Elisa Ponce,⁶ Dr. Carlos Ponce,⁶ Lic. Olivia Almendares,⁷ Dra. Jackeline Alger,⁸ Dr. Pierre Buekens.⁷

¹Cesamo de Monte Verde, San Francisco de Opalaca, Región Departamental de Salud de Intibucá; ²Cesamo de Camasca, Camasca, Región Departamental de Salud de Intibucá; ³Cesamo Vicente Mejía Colindres, La Esperanza, Región Departamental de Salud de Intibucá; ⁴Región Departamental de Salud de Intibucá, La Esperanza, Intibucá; ⁵Programa Nacional de Prevención y Control de la Enfermedad de Chagas, Secretaría de Salud, Tegucigalpa; ⁶Laboratorio Central de Referencia para la Enfermedad de Chagas, Secretaría de Salud, Tegucigalpa; ⁷Escuela de Salud Pública y Medicina Tropical, Universidad de Tulane, New Orleans, EUA; ⁸Instituto de Enfermedades Infecciosas y Parasitología Antonio Vidal, Tegucigalpa.

Antecedentes. El riesgo de transmisión congénita de la Enfermedad de Chagas varía de acuerdo a factores epidemiológicos como densidad parasitaria materna y región geográfica. En julio 2006 se iniciaron varios estudios para estimar la magnitud de la Enfermedad de Chagas congénita en Intibucá. **Objetivo.** Describir la atención prenatal y determinar la seroprevalencia de anticuerpos anti *Trypanosoma cruzi* en mujeres embarazadas de cualquier edad gestacional en tres Centros de Salud del Departamento de Intibucá. **Material y métodos.** Para describir la atención prenatal se revisaron 392 expedientes de pacientes atendidas entre abril y junio 2006 en centros de salud de los municipios de La Esperanza (LES, n= 301), San Francisco de Opalaca (SFO, n=19) y Camasca (CAM, n= 72). Para determinar la seroprevalencia se inició un estudio descriptivo longitudinal (agosto 2006–agosto 2008) que incluye todas las mujeres embarazadas que asisten a control prenatal y que aceptan participar en el estudio a través de consentimiento informado. Durante la captación se obtienen datos sociodemográficos, clínicos y gineco-obstétricos en un formulario de acuerdo al formato del Centro Latinoamericano de Perinatología (CLAP, OPS/OMS) y sangre venosa capilar para realizar una prueba de diagnóstico rápido (Stat-Pak) que detecta anticuerpos específicos para *T. cruzi*. Los casos positivos se confirman mediante ELISA en muestra de sangre en papel filtro. Todos los casos confirmados son seguidos hasta el momento del parto con evaluación clínica del recién nacido y evaluación serológica (Stat-Pak y ELISA) a los 9 meses de edad. **Resultados.** De la revisión de expedientes, se determinó que el promedio de edad y de años de educación de las mujeres en control prenatal fue 24.3 y 4.3, respectivamente. El 67%, 68% y 100% de las mujeres tenían edad gestacional menor de 20 semanas en su primer control en LES, SFO y CAM, respectivamente. En LES el 36% era primigesta y 55% recibió de 1-3 controles, en SFO el 21% y 84%, y en CAM el 31% y 47%, respectivamente. Después de 43 semanas en el estudio descriptivo (agosto 2006-junio 2007), se han evaluado 677 mujeres embarazadas (LES n=407, SFO n=126, CAM n=144) resultando 67 casos positivos por Stat-Pak (LES n= 23, SFO n= 40, CAM n= 4); de estos se confirmaron 61 casos por ELISA (LES n=18, SFO n=40, CAM n=3) para una seroprevalencia de 9%. La seroprevalencia más alta se observó en SFO (32%) seguido de LES (4.4%) y CAM (2%). **Conclusiones y recomendaciones.** La seroprevalencia de anticuerpos anti *T. cruzi* en mujeres embarazadas encontrada hasta la fecha es alta y mayor que lo informado

en menores de 15 años para el Departamento de Intibuca (7%). En SFO un tercio de las mujeres se presentan a su primer control prenatal después de 20 semanas de gestación, la gran mayoría solo recibe de 1-3 controles y tienen menor escolaridad. Financiado por *TDR/OMS (Programa de Pequeños Subsidios); Universidad de Tulane (NIH/Fogarty International Center, Project ID 5 D43 TW005492-06, USA); Programa Nacional de Prevención y Control de la Enfermedad de Chagas; Dirección Departamental de Salud de Intibuca; Instituto de Enfermedades Infecciosas y Parasitología Antonio Vidal, Honduras.*

10TL Investigación clínico-epidemiológica de un caso fatal de malaria transfusional. *Dra. Ofelia Martínez,¹ Dra. Jackeline Alger,² Dra. Eda Sofía Cálix,¹ Dr. Javier Zelaya,³ Lic. Catalina Sherman,⁴ Dra. Gina Morales,⁴ MCQ Cinthya Bonilla,^{2,5} Dr. Ricardo Kafie,⁶ Dra. Elba Rodríguez,⁷ Dra. Sonia Solórzano,⁷ Dra. Alma Velásquez,⁸ Dra. Gloria I. Suárez Rangel.⁹* ¹Departamento de Epidemiología, Región Departamental de Olancho, Juticalpa; ²Servicio de Parasitología, Departamento de Laboratorios Clínicos, Hospital Escuela, Tegucigalpa; ³Departamento de Epidemiología, Hospital San Francisco, Juticalpa; ⁴Dirección General de Vigilancia de la Salud, Secretaría de Salud, Tegucigalpa; ⁵Proyecto Fondo Global Honduras, Componente Malaria; ⁶Programa Nacional de Malaria, Secretaría de Salud, Tegucigalpa; ⁷Postgrado de Pediatría, Universidad Nacional Autónoma de Honduras/Hospital Escuela; ⁸Departamento de Epidemiología, Hospital Escuela; ⁹Consultora FETP – CDC-CAP, Centers for Disease Control and Prevention.

Antecedentes. En abril 2006, una niña de 17 meses de edad, hospitalizada en el Hospital Escuela desarrolló malaria por *Plasmodium falciparum* y murió. Fue referida del Hospital San Francisco (HSF), Olancho, y hospitalizada el 17 de marzo con sangrado gastrointestinal bajo secundario a anemia (Hb 4,8 gr./dL). La paciente recibió tres transfusiones de sangre (16 y 17 de marzo y 4 de abril). Desarrolló fiebre el 6 de abril y posteriormente se le identificó *P. falciparum* en un examen de gota gruesa. **Objetivos:** caracterizar el caso clínico, identificar el modo de transmisión y brindar medidas de control y prevención. **Métodos:** Un equipo multidisciplinario e interinstitucional entrevistó y examinó a la familia y a los donantes de sangre. Se identificó y examinó unidades de plasma de los donadores. Se extrajo ADN y se realizó la técnica PCR con marcadores moleculares polimórficos (Bloque II del gene *MSP1* de *P. falciparum*) para comparar los parásitos del donador implicado y la paciente. Se realizó búsqueda activa de casos entre los familiares y vecinos de la paciente (Gualaco), del donador implicado (Patuca) y de un segundo receptor de sangre (San Francisco de Becerra). **Resultados:** Este fue un caso de malaria grave complicada con hiperparasitemia que se incrementó de 15% al momento del diagnóstico a 37% antes de iniciar la cloroquina oral. La paciente murió dos días después (9 de abril). Exámenes de gota gruesa de 21 familiares y vecinos fueron negativos. El donador del HSF fue asintomático y positivo por *P. falciparum* 8 gametocitos/100 campos. Otros donadores fueron negativos. Entre 35 familiares y vecinos del donador implicado, se detectó un caso asintomático adicional (*P. falciparum* 30 gametocitos/100 campos). Otro receptor de sangre del donador positivo fue un niño de 3 meses de edad que se trazó hasta el municipio de San Francisco de Becerra donde se encontró febril, pálido, y deshidratado, siendo diagnosticado con *P. falciparum* ++ y 5 gametocitos/100 campos. La paciente y el donador presentaron el mismo patrón de marcadores moleculares por PCR. **Conclusiones y recomendaciones:** Se confirmaron dos casos de malaria transfusional por *P. falciparum*, uno de ellos severo y fatal. Se recomienda realizar gota gruesa a todos los donadores para detectar portadores asintomáticos e incorporar antimaláricos parenterales en el cuadro básico de medicamentos de la Secretaría de Salud. Parcialmente financiado 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.*

11TL Cuerpo Extraño vía aérea, experiencia en el Hospital Escuela y Materno Infantil de Honduras Desde enero 2001 hasta Mayo 2007. *Dr. Raúl Zelaya Rodríguez, Dra. Marleny Margarita Bonilla Ramírez, Dra. Mirta Rivera Rodríguez.* Servicio Otorrinolaringología; Postgrado de Otorrinolaringología, Hospital Escuela, Tegucigalpa.

Antecedentes: La historia reporta la existencia de cuerpos extraños en vía aérea desde hace tres mil años, presentándose el 90% en edades de 1 a 4 años, la anamnesis y el examen físico que orienta hacia la sospecha de cuerpo extraño es de vital importancia para su diagnóstico. Es una verdadera emergencia en la que se debe actuar con conocimiento y con experiencia por parte del cirujano. El tratamiento consiste en la extracción que puede ser por broncoscopía rígida y en el peor de los casos por Toracotomía abierta. **Descripción:** Se realizó una revisión de casos de pacientes con cuerpo extraño en vía aérea, que asistieron a la Emergencia del Hospital Escuela y del Hospital Materno Infantil en el período de enero del 2001 a mayo del 2007, caracterizándolo clínico epidemiológicamente, describiendo métodos auxiliares diagnósticos, abordaje quirúrgico realizado en nuestro Hospital en su mayoría por el Servicio de Otorrinolaringología mediante broncoscopía rígida y complicaciones. **Conclusiones** El cuerpo extraño en vía aérea se convierte en una emergencia en la que el paciente se encuentra en peligro inminente de muerte, por lo que se debe realizar una historia exhaustiva para su sospecha, diagnóstico y tratamiento oportuno. **Recomendaciones** Orientar a todo el personal en salud para un diagnóstico oportuno. Enfatizar la necesidad de la prevención y educación en salud a la población sobre esta patología.

12TL Acantosis nigricans. *Johana Guicel Bermudez Lacayo.* IHSS La Granja, Hospital San Jorge, UNAH Departamento de Fisiología.

Se presenta el caso clínico de un paciente masculino de 38 años, con hiperpigmentación papilomatosa, generalizada, mas acentuada en cuello, axilas, periumbilical, perianal, pliegues inguinales, rodillas, y aspecto empedrado de mucosa oral, se le realizó biopsia de piel y se confirmó el diagnóstico clínico de Acantosis nigricans. Se le realizó endoscopia alta y se encontró lesión ulcerada, se tomó biopsia de la mucosa gástrica y se confirmó el diagnóstico de adenocarcinoma gástrico pobremente diferenciado. La Acantosis nigricans es un marcador cutáneo de resistencia a la insulina y, con menor frecuencia, de cáncer. La Acantosis nigricans se identifica clínicamente por la presencia de placas verrugosas hiperqueratósicas e hiperpigmentadas que le dan una textura aterciopelada a la piel afectada. La distribución de la Acantosis por lo general es simétrica y las lesiones afectan áreas de intertrigo, como el cuello, las axilas, las ingles, las fosas ante cubital y poplíteo y ombligo, en ocasiones hay afectación de la mucosa oral.^{1,2} La Acantosis nigricans puede preceder al cáncer, manifestarse simultáneamente con él o aparecerse después de la instalación clínica de la neoplasia. La Acantosis nigricans asociada con procesos malignos generalmente es mas extensa y afecta las mucosas. La gran mayoría de los cánceres asociados a Acantosis nigricans son adenocarcinomas, con mayor frecuencia de origen gástrico.³ Muchas veces no le damos importancia a este problema clínico, y perdemos la oportunidad de hacer un diagnóstico temprano y mejor así el pronóstico y la calidad de vida de nuestros pacientes.

13TL Diagnóstico y tratamiento de neumonia en menores de cinco años, en unidades de salud de Arizona, Atlántida, año 2005. *Dra. Daisy Guardiola Ramos,¹ Dra. Maria de los Angeles Espinosa Frenzel,² Leyla Mejía,³ Dr. Jose Rosales,⁴ Lic. Carmen Cruz,⁵ TSA Armando Lagos.⁶* ¹Médica, MSc. Administración de Servicios de Salud y MSc. Epidemiología. Dpto. Vigilancia de la Salud Región 01. ²Médica, Egresada de Maestría de Epidemiología, Unidad de Laboratorio. Dpto. de Vigilancia de la Salud Región 01. ³Li-

cenciada en Enfermería, Dpto. Vigilancia de la Salud Región 01. ^{4,5} Médico Cooperante Cubano. Dpto. Vigilancia de la Salud Región 01. ⁵ Licenciada en Enfermería. Municipio de Arizona. ⁶ Técnico en Salud Ambiental. Municipio de Arizona.

Antecedentes: El departamento de Atlántida informó un total de 3,288 casos de neumonía en el año 2005, demostrando un incremento de 22.5% (605 casos) en el número de casos en relación al año 2004. La tasa fue de 89 por 10,000 habitantes. El municipio de Arizona fue el tercer contribuyente de casos y además presentó una tasa de 96 por 10,000 habitantes. **Objetivo:** Verificar el cumplimiento de los criterios de definición y manejo de casos de neumonía en niños de 2 meses a 4 años de edad. **Metodología:** Estudio descriptivo transversal realizado en cuatro Unidades de Salud (US) del Municipio de Arizona (Kilómetro 17, Mezapa de Lean, Santa María y Arizona. Unidad de análisis: expedientes clínicos. Muestra: se revisaron 48 expedientes, que correspondió al 70% de los casos que fueron diagnosticados (68). Se recolectó la información en un instrumento elaborado Ad Hoc por enfermeras profesionales. Se construyó una base de datos en Excel. Definición de caso de neumonía: consulta por tos y presencia de respiración rápida (AIEPI) o enfermedad aguda de las vías respiratorias bajas que se caracteriza por tos, aumento de la frecuencia respiratoria y/o tiraje subcostal (Sistema Nacional de Vigilancia, SNV). **Resultados:** El 37% (18) de los casos correspondió a US de Km. 17 y 21% (10) a cada una de las restantes. El 63% (30) de los casos correspondió a sexo masculino. Eran menores de un año 37% (18), de 12 a 23 meses 23% (11) y de 24 a 48 meses 39% (19). La mediana de edad fue 14 meses y el rango intercuartil de 5 a 25 meses. Se registró temperatura en 81% (39); en este grupo 46% (18) presentaron anormalidad ($> 37.5^{\circ}\text{C}$), el promedio fue 38.6°C , con desviación estándar de 0.5 grados. El peso fue adecuado para la edad en 94% (45). La frecuencia respiratoria fue registrada en 71% (34), informándose en 15% (5) como normal. Los signos generales de peligro no fueron detectados en ninguno de los casos y de los signos graves de peligro específicos para neumonía se encontró que en 42% (20) se presentó el tiraje subcostal y en 2% (un caso) se encontró estridor en reposo. En 6 casos (12%) se registró solamente el diagnóstico y el tratamiento. Se realizó un manejo de acuerdo a AIEPI en 19 casos (40%); se indicó una cita de seguimiento al 50% (24 casos) y de éstos el 79% (19 casos) no regresó. El manejo fue realizado por personal médico en 26 casos (54%) y por auxiliar de enfermería en 22 casos (46%). **Conclusiones:** Los criterios para el diagnóstico de neumonía no siempre fueron evidentes y no se sigue la norma de AIEPI para la clasificación, diagnóstico de la severidad y manejo. **Recomendaciones:** capacitar y monitorear el cumplimiento de los criterios de definición de caso, clasificación de severidad y manejo protocolizado de casos.

14TL Hepatectomía en cáncer del hígado. Dr. José Naún Lemus,¹ Dr. Mario Noe Villa Franca.² Cirujano General y Cirujano Oncólogo.¹ Cirujano Oncólogo, Departamento de Oncología.²

Objetivo: Evaluar la experiencia acumulada en cirugía hepática para el manejo del cáncer de hígado en el departamento de Oncología del Hospital General San Felipe. **Material y métodos:** Se realizó un estudio descriptivo que incluyó 20 pacientes con hepatocarcinoma primario o metastásico, a quienes se les practicó hepatectomía. El estudio se realizó de enero del año 2004 a julio del 2006, e incluyó información sobre el diagnóstico, el tipo de cirugía, tiempo de isquemia, pérdida sanguínea y la morbilidad temprana y tardía. Se utilizó el programa estadístico Epi Info 6.04 para el análisis de las variables. **Resultados:** Se observó predominio de las resecciones hepáticas mayores en comparación con las menores en el cáncer hepático primario en una relación de 2:1 sin embargo, las resecciones menores fueron las únicas realizadas en el cáncer metastásico. Las complicaciones sépticas y la insuficiencia hepática tuvieron un peso importante pero no conllevaron a la relaparotomía; no obstante, fueron los trastornos respiratorios los responsables de la mayoría (37,5%) de la morbilidad. El

intervalo libre de enfermedad 1 a 2 años fue de 14 (70%) y 12 (60%), respectivamente, mientras que la supervivencia global a 1 y 2 años es de 80% y 70% respectivamente. La supervivencia del grupo metastásico fue de 50% a dos años. Conclusiones: La Hepatectomía ofrece oportunidad de curar en hepatocarcinoma primario. En 12 pacientes con hepatocarcinoma primario tratados con hepatectomía la supervivencia a 1 año fue 70% comparable a series internacionales.

15TL *Experiencia de la colangipancreatografía retrógrada endoscópica en el diagnóstico y tratamiento de pacientes con ictericia obstructiva en el Servicio de Cirugía del Hospital Escuela desde 2003 al 2005.* Dra Heydy Karen Zelaya Banegas, Dr. Herber López. Hospital Escuela, Unidad de Endoscopia Quirúrgica.

Antecedentes: La ictericia es una manifestación de los trastornos benignos y malignos de la vía biliar, ocupando un 2.6% de las visitas a la emergencias en Latinoamérica, los litos causan el 41 al 54% de la ictericia obstructiva, con la CPRE determinamos localización, tamaño de los litos, podemos extraerlos con un éxito de un 95%, otras causas de ictericia como cáncer, cuerpos extraños, pueden ser manejadas con CPRE como tratamiento paliativo o diagnóstico. **Objetivo:** Describir la utilización de la CPRE (Colangiopancreatografía retrógrada endoscópica) en el diagnóstico y tratamiento de los pacientes con ictericia obstructiva, demostrando su funcionalidad, eficacia, la seguridad del procedimiento y planteando sus indicaciones. **Materiales y métodos:** Estudio descriptivo que incluyó 221 pacientes con ictericia obstructiva admitidos al servicio de cirugía del Hospital Escuela, desde enero del 2003 al 2005, se recolectó la información en un instrumento analizado por medio de epi-info y excel. **Resultados:** Se realizaron 221 CPRE, la mayoría en el sexo femenino (71.5%), la principal indicación fue la colédoco litiasis (47.6%), seguida de neoplasia vesiculobiliopancreáticas (28.5%). Se realizaron procedimientos como la extracción de litos de vía biliar, ferulización de la vía biliar y biopsia, con un éxito de 76.9%, las complicaciones representaron un 9.9%, siendo estas sangrado, perforación, pancreatitis y colangitis. Se reportó una mortalidad del 1.4%. **Conclusión:** Los procedimientos endoscópicos en el Hospital Escuela han aumentado en frecuencia y complejidad, su indicación más frecuente fue la patología benigna colédoco litiasis en un 47.6% seguida de la maligna en un 28.5%. A pesar de la tasa de éxito en la extracción de litos, ferulización y drenaje del 76.9%, es inherente a la CPRE una morbimortalidad que también va disminuyendo acercándonos así a las estadísticas internacionales. En relación al tiempo hospitalario de los pacientes, complicaciones, éxito del procedimiento, reintervenciones o conversiones a cirugías abierta es aceptable con estadísticas mundiales. **Recomendaciones:** Es evidente que la endoscopia quirúrgica es un arma de diagnóstico y tratamiento efectiva, debe de ser protocolizada en el manejo del paciente icterico, además de implementarse en los hospitales mas importantes del país como unidades endoscópicas y quirúrgicas.

16TL *Experiencia de trauma de cuello en el Hospital Escuela en el periodo de enero 2004 a agosto 2006.* Marcela Pineda, Francisco Ayes-Valladares. Servicio de Urgencias Quirúrgicas, Departamento de Cirugía, Hospital Escuela.

El trauma de cuello es una patología quirúrgica de suma importancia. Las estructuras potencialmente afectadas son vitales. Las lesiones implicadas son causa de mortalidad a corto y mediano plazo. A través de la historia han existido múltiples mecanismos de trauma cervical, los cuales han evolucionado de espadas a proyectiles de alta velocidad. En un inicio su manejo era conservador mostrando tasas de mortalidad no satisfactorias (16%) y así como evolucionaron las causas de trauma también su manejo. El objetivo es describir el manejo de los pacientes con heridas contusas y penetrantes de cuello en el Hospital Escuela, analizando el manejo ofrecido así

como la accesibilidad a estudios de protocolo en esta institución. La metodología empleada se describe como un estudio longitudinal retrospectivo, descriptivo, involucrando 60 pacientes ingresados con el diagnóstico de Trauma Cervical en la Emergencia del Hospital Escuela de Tegucigalpa Honduras. Fue realizado en el período comprendido entre enero 2004 a agosto 2006. Se analizaron variables como sexo, edad, localización y tipo de lesión, evolución del trauma al ingreso, Índice de severidad lesional, puntaje revisado de trauma, estudios de protocolo diagnósticos, hallazgos transoperatorios y evolución posquirúrgica. Como resultados encontramos que el 53.3% de las heridas fueron producidas por arma blanca y el 41.7% por arma de fuego. La mayoría de las lesiones se localizaron en la zona II de Monson (N=39/60) y tenían menos de 6 horas de evolución a su ingreso (83%). El promedio de Índice de Severidad Lesional fue de 13.6 y el puntaje revisado de trauma fue de 7.84 en el 96.7% de los casos. El 41.7% (N=25/60) de los pacientes fueron manejados de manera conservadora y solamente al 52% de estos pacientes se les practicó algún tipo de examen (laringoscopia y esofagografía). A ninguno de estos pacientes se les practicó angiografía, tomografía axial computarizada (TAC), traqueobroncoscopia ni esofagoscopia. Solamente a un paciente se le realizó USG Doppler de cuello. Se hicieron 17 cervicotomías no terapéuticas (28.33%, N=17/60) teniendo que reintervenir a un paciente de este grupo ($p>0.05$). No hubo complicaciones significativas en los pacientes manejados conservadoramente ni en los que se practicó cervicotomía terapéutica. Como **conclusión** podemos decir que los pacientes con trauma cervical tienen buen pronóstico. No hay disponibilidad de medios diagnósticos adecuados para que estos pacientes sean evaluados y manejados conservadoramente. A pesar de esto, los pacientes que se manejaron mediante observación cursaron con buena evolución. Recomendamos a la institución buscar apoyo de las autoridades de salud, para proveerle los recursos que no están disponibles en la misma, con el fin de ofrecer una mejor atención al paciente que presente trauma cervical.

17TL Caracterización Clínico-Epidemiológica de epistaxis posterior en el Hospital Escuela. Junio 2002- Junio 2005. *Marcia Yadira Rodríguez Espinoza, Juan Carlos Barrientos, Edna Janeth Maradiga.* Postgrado de Otorrinolaringología. Universidad Nacional Autónoma de Honduras; Servicio de Otorrinolaringología, Hospital Atlántida, La Ceiba; Servicio de Otorrinolaringología. Departamento de Cirugía. Hospital Escuela; Unidad de Investigación Científica, Facultad de Ciencias Médicas, Universidad Nacional Autónoma de Honduras.

Antecedentes: La epistaxis es un signo clínico extremadamente frecuente y una preocupación constante para el médico en los servicios de urgencia, pudiendo presentarse tanto en niños como en adultos. **Objetivo:** Determinar la frecuencia y las características clínico epidemiológicas de los pacientes mayores de 18 años que ingresaron al Hospital Escuela con epistaxis posterior de Junio del 2,002 a Junio del 2,005. **Material y Métodos:** Se trata de un estudio descriptivo transversal, con una muestra de 97 pacientes mayores de 18 años, con diagnóstico de epistaxis posterior, evaluados por médico residente o especialista de Otorrinolaringología en la Emergencia del Hospital Escuela. La recolección de la información se realizó a través de una encuesta empleando un formulario. En el diseño de la base de datos y el procesamiento de la misma se utilizó el programa Epi-info. Versión 3.2. **Resultados:** El 65% de los pacientes que ingresaron por epistaxis posterior fueron mayores de 50 años, con un rango entre los 18 y 90 años y una media de 56 años. La distribución por sexo fue similar; 52 % femenino y 47% masculinos. En 37.1% se identificó un factor etiológico local, las infecciones respiratorias en 18 pacientes y el trauma nasal en 14 de ellos. La hipertensión fue la enfermedad sistémica mas frecuente en 51 pacientes. Hubo recurrencia del sangrado en el 20.6% de los pacientes, otras complicaciones fueron el choque hipovolémico y sinusitis en 7.2% y 5% respectivamente. La estancia hospitalaria fue en promedio de 8 días con un rango de tres a treinta días. **Conclusión:** La mayoría de los pacientes ingresados por

epistaxis posterior fueron hipertensos mayores de 50 años con ligera predominancia del sexo femenino. Los factores etiológicos locales mas frecuentes fueron las infecciones respiratorias altas y el trauma nasal. Los meses de mayor admisión fueron Enero y Abril y no hay relación con el invierno y clima frío. Las complicaciones mas frecuentes fueron recurrencia del sangrado, shock hipovolémico y sinusitis.

Recomendación: Es necesario conocer la irrigación nasal, los factores etiológicos y los métodos para cohibir todo tipo de hemorragia, para así asegurar un tratamiento eficaz.

18TL Midface Degloving: Una nueva esperanza en el abordaje quirúrgico del angiofibroma juvenil.

Dr. Benjamín Cano Paca¹, Dr. Hugo Orellana,² Dra. Wendy Geraldina Tenorio³. ¹Servicio de Otorrinolaringología, Hospital Escuela, ²Servicio de Cirugía Cardio-Vascular, Hospital Escuela, ³Sistema Médico Empresa, IHSS, TSC.

Antecedentes: El Angiofibroma Juvenil es un tumor poco frecuente, localmente destructivo. Constituye el 0.05% de todos los tumores de la cabeza y cuello. Se encuentra casi exclusivamente en varones adolescentes. La Duración media de los síntomas antes del diagnóstico es de 6 meses. Se origina en la pared posteroexterna del techo de la nariz. El tumor es rosado a rojo, lobulado y gomoso. Su principal irrigación la obtiene de la arteria maxilar interna homolateral al tumor. Puede producir plenitud de las mejillas y síntomas orbitarios. La invasión intracraneal se observa en menos del 10% de los casos, cuando afecta el seno cavernoso es considerado irresecable. La cirugía es el tratamiento preferido. Se utiliza la ligadura o embolización de la arteria carótida externa para disminuir el sangrado durante el acto quirúrgico. En general hay un índice de recidiva del 17%. En 1979, Conley describió la técnica de Midface Degloving para el tratamiento de tumores faciales. Esta técnica ofrece un excelente abordaje a todas las áreas de la cara y no deja cicatrices visibles. **Descripción del caso:** Se estudiaron dos casos de angiofibroma juvenil ingresados en la sala de Otorrinolaringología del Hospital Escuela, los cuales fueron clasificados como estadio III de Chandler y en los que su abordaje para resección quirúrgica no era posible sin un campo operatorio amplio, como la que permite la técnica de Midface Degloving, ambos pacientes tuvieron una recuperación completa y no presentaron complicaciones quirúrgicas. **Conclusiones:** En la actualidad existe la posibilidad de resección quirúrgica de tumores en senos paranasales que en el pasado reciente eran imposibles de tratar, esto gracias a la implementación de técnicas quirúrgicas que nos permiten un campo operatorio amplio y sin mutilación de la cara del paciente.

19TL Asociación de macro factores de riesgo sanitarios ambientales y antropológicos con la infestación de Aedes aegypti en el área de influencia del centro de salud “3 de mayo” de Tegucigalpa, Honduras. Abril de 2004. *Dr. Luis Rivera¹, Dr. José Ángel Vásquez,² Lic. José Alfonso Nuñez,³ TSA Noemí Licona,⁴ y TSA Rony McCarthy.⁴* ¹Unidad de Vigilancia Entomológica DGV/Secretaría de Salud, ²Dirección General de Vigilancia de la Salud /Secretaría de Salud; ³Taller Formación TSA Secretaría de Salud. ⁴Región Metropolitana de Salud de Tegucigalpa.

Antecedentes: *Aedes aegypti* principal vector del dengue en el continente americano muestra su comportamiento asociado con el hombre dado que el dengue es una antroponosis, de ahí la importancia de determinar los factores que favorecen a la convivencia del humano con el vector. **Objetivo:** determinar los Macro factores de riesgos sanitarios ambientales y antropológicos que muestren asociación con *Aedes aegypti*. **Metodología:** En el área de influencia del centro de salud “3 de Mayo” de Tegucigalpa” en abril de 2004 se realiza este trabajo. Se aplica encuesta de conocimiento actitudes y prácticas a la población tomando como unidad de estudio la familia. La selección de las familias encuestadas fue realizada en forma aleatoria mediante muestreo por conglo-

merado, el tamaño de muestra, resultó en 72 unidades de familia calculado en base $z^2(p*q)/d^2$ confiabilidad de 0.95 con 0.05 de precisión tomando como referencia el índice de infestación 5% (índice obtenido por personal de salud del centro “3 de Mayo), la muestra se duplicó a 144. Se formaron 30 conglomerados totalizando de 4 a 5 familias por conglomerado. Simultáneamente se inspeccionaron los depósitos húmedos artificiales, se colectaron larvas y pupas identificando la especie en el laboratorio con el uso de claves taxonómicas normalizadas en la Secretaría de Salud. Se usó Prueba de asociación del χ^2 con tabla de contingencia de 2x2 con IC 0.95, un grado de libertad y $p < 0.05$. Se analizó cada uno de los factores en total 19 (9 antropológicos y 10 sanitarios ambientales). **Resultados:** Los índices de infestación en 144 predios (viviendas) inspeccionados fueron: Índice de vivienda de 31.8%, Índice Breteau de 47.3%, Índice de recipiente o depósito positivo 21.2%. Los depósitos positivos fueron las pilas en el 14% (N=133) y los barriles en el 13% (N=155). Los factores antropológicos y sanitarios ambientales asociados con la infestación fueron los siguientes a) Promedio de habitantes por casa menor o igual que 5 personas obtuvo $\chi^2 = 8.132$, b) escolaridad menor o igual a 6 años $\chi^2 = 15.66$ c) sin sanitario $\chi^2 = 4.36$, d) casas con techo de zinc $\chi^2 = 4.154$, e) casas con paredes de repello $\chi^2 = 29.96$, y f) abastecimiento de agua que demora más de 8 días $\chi^2 = 4.88$. **Conclusiones:** La infestación por *Aedes aegypti* en el área de trabajo se encuentra asociada tanto con factores antropológicos como sanitarios ambientales. **Recomendaciones** 1) Es necesaria la identificación de factores de riesgo en el nivel local según estación del año 2). Aplicar esta metodología a otras áreas de salud 3) hacer la jerarquía de los factores de riesgo, en base al riesgo relativo y % de riesgo atribuible a la población en relación al dengue estableciendo estratos y medidas de intervención de acuerdo al orden jerárquico de los factores de riesgo tratando de incidir en los factores con mayor % de riesgo atribuible en la población.

20TL Cirugía para la Obesidad. Dr. Juan C. Mendoza. Cirujano General. Honduras Medical Center, Instituto Hondureño de Seguridad Social.

La obesidad se ha convertido en una epidemia a nivel mundial, esencialmente en los países desarrollados. Los problemas que conlleva, principalmente el aumento de la morbimortalidad por enfermedades asociadas (diabetes mellitus, hipertensión, hipercolesterolemia, apnea del sueño, problemas osteo articulares y cáncer) ha desarrollado métodos quirúrgicos para su manejo, que hasta el momento se han demostrado ser los más eficaces en su tratamiento a mediano y largo plazo. Entre ellos el by pass gástrico, es el procedimiento que con más frecuencia se realiza en el mundo y en nuestro medio, combinando la restricción al crear un estómago pequeño (30 ml) y la mala absorción desfuncionalizando el yeyuno proximal, es un método muy eficaz logrando pérdidas de hasta 80% del sobrepeso, y curando el 80-90% de las comorbilidades. Los candidatos a este procedimiento son obesos mórbidos con índice de masa corporal (IMC) por arriba de 40 y los que tienen IMC arriba de 35 que sufren alguna comorbilidad, aunque en este último grupo se puede emplear un procedimiento puramente restrictivo. Las complicaciones pueden ser: infección, sangrado, fuga de la anastomosis, absceso, hernias, coleditis, obstrucción intestinal, desnutrición e incluso la muerte. En la actualidad se practica este procedimiento de manera segura, con experiencia Institucional principalmente en Hospital Escuela (Pionero en este procedimiento desde 1999) e IHSS (a partir del 2003). En este último se practica también por vía laparoscópica, y en centros privados por cirujanos debidamente entrenados para esto.

21TL Confirmación del primer hallazgo de Aedes albopictus y su caracterización para su control en Honduras. Dr. Luís Rivera,¹ Dr. José Ángel Vásquez,² Dra. Daysi Guardiola,³ TSA Wilberto Montalbán⁴ y Eduardo Lazo.⁵ ¹Entomólogo Médico, Vigilancia Entomológica DGV/Secretaría de Salud, ²Director General de Vigilancia de la Salud /Secretaría de Salud, ³Epidemióloga departamental de Atlántida,

⁴Asistente de Vigilancia Entomológica/Secretaría de Salud, ⁵Coordinador de Vigilancia Entomológica, Región Departamental de Atlántida.

Antecedentes: *Aedes albopictus* un vector de infecciones tanto de virus como de parásitos, procedente del Sudeste asiático fue introducido al continente americano detectándose en 1985 en los Estados Unidos, posteriormente en Sur América y Centro América. En Honduras, el sistema de vigilancia entomológica de la Secretaría de Salud que ha estado funcionando desde 1996 lo detecta mediante el uso de ovitrampas instaladas en la ciudad de La Ceiba departamento de Atlántida en enero de 2005 ratificándose la identificación local por la Unidad de Vigilancia Entomológica Central de la Secretaría de Salud. **Objetivo** Confirmación del primer reporte de la existencia de *Aedes albopictus* en Honduras y caracterización para el control. **Metodología:** El trabajo se realizó en febrero de 2005, mediante muestreo dirigido a 80 predios peligrosos de predios con inspección del inmueble, revisión de 1174 depósitos húmedos artificiales y capturas con aspirador eléctrico gigante de CDC mas mariposero con aspirador manual de tubo de acrílico en colectas dirigidas a la manzana del cementerio Mejía, cultivo de las larvas en el laboratorio y emergencia de mosquitos adultos, montaje de ejemplares colectados y cultivados, montaje de pruebas biológicas al *Bacillus thuringiensis* variedad *israeliensis* (Bti), temephos y deltametrina. Al material identificado como *Aedes albopictus* se practicó control de calidad con la asistencia del departamento de Entomología de ARMY de US y OPS ratificando las impresiones de identificación. **Resultados:** 73 depósitos se encontraron positivos por el género *Aedes sp* con los indicadores de predio o vivienda positiva de 48.8%, Índice Breteau de 91.2% y Recipiente Positivo de 3.32%, *Aedes albopictus* se encuentra distribuido en todo la ciudad, compartiendo el criadero con el *Aedes aegypti* en el 33% del total de depósitos positivos por el género *Aedes*, se le encuentra solo en el depósito positivo de *Aedes sp* en el 28% y *Aedes aegypti* se encuentra solo en el 39% de los depósitos positivos por *Aedes sp*. Los depósitos positivos por *Aedes albopictus* fueron depósitos artificiales especiales eliminables 54.5% (latas, plástico, macteras, tapadera plástica con contenido de tierra o polvo), llantas 27.3%, Pana 9.1% pila 9.1%. *Aedes albopictus* larvas de III estadio es susceptible 100% al Bti con potencia tóxica de 3000 UTI dosis 10 mg/L El Temephos produce 100% de mortalidad con una dosis de 1 ppm y la deltametrina ulv 0.27% aplicada con equipo termo nebulizador IGEBA en solución con diesel 1:4 a dosis de 1.2 g de ingrediente activo por Hectárea produjo 100% de mortalidad. Iguales resultados se obtuvieron para *Aedes aegypti* colectado localmente. **Conclusiones:** *Aedes albopictus* al igual que *Aedes aegypti* utiliza los mismos depósitos húmedos teniendo coexistencia, siendo susceptible a los químicos y agentes microbiales utilizados en el control de *Aedes aegypti*. **Recomendaciones:** Realizar las observaciones epidemiológicas y entomológicas para *Aedes albopictus* que lo incriminen como eficiente vector del dengue en Honduras, Utilizar las mismas medidas de control para ambas especies, Vigilar la infestación por *Aedes albopictus* e incorporar su búsqueda en criaderos naturales.

22TL El enigma de altitud del cáncer gástrico en América Central. *Dr. Ricardo Dominguez, Chris Martin1, Paris Heidt1, Douglas Morgan.* Digestive Diseases, Department of Medicine, University of North Carolina, Chapel Hill, USA; Hospital Regional del Occidente, Santa Rosa de Copan, Honduras.

Antecedentes: El cáncer gástrico es la segunda causa más importante de mortalidad por cáncer a nivel mundial, con significativa variabilidad geográfica. Las áreas de alta incidencia incluyen Asia y Latinoamérica. Variabilidad también ha sido observada en áreas de alta y baja elevación, potencialmente entre las áreas montañosas y las regiones costeras. Esto ha sido observado en América Latina en las en las áreas montañosas en la costa del pacífico desde México hasta Chile. Esto pudiera estar en relación a la interacción entre la genética del huésped, infección por, *H. pylori*, dieta y factores ambientales. El **objetivo** de este estudio fue investigar la variabilidad

de la incidencia de cáncer gástrico basado en la elevación de las municipalidades en el occidente Honduras. La región montañosa del occidente Honduras se ha identificado como el área de alta incidencia para cáncer gástrico. La incidencia estandarizada anual es de 30 por 100,000 hts. (Hombres 39; mujeres, 21. (2001). **Métodos.** Para identificar los casos incidentes del occidente Honduras, se utilizó el registro de cáncer gástrico del Hospital Regional de Occidente (WRH) para los años 1996-2005. Se determinó la residencia y el lugar de nacimiento por municipalidades, utilizando esta última debido a que se ha notado que muy poca movilidad en la población. Los datos de censo fueron obtenidos del Instituto Nacional de Estadísticas de Honduras (INE, 2001). Se calculó la tasa estandarizada de la incidencia de cáncer gástrico específica por municipalidades. Las elevaciones de cada municipalidad fueron obtenidas de Falling Rain Genomics, Inc. para evaluar la relación entre la altitud y la incidencia de cáncer gástrico se utilizó regresión lineal. **Resultados.** La tasa de cáncer gástrico por municipalidad fue calculada para 95 municipalidades en el occidente Honduras. 36 municipalidades fueron identificadas con tasas entre 4.4 y 51 casos por año por 100,000 hts., combinado para hombres y mujeres. El promedio de elevación de las municipalidades estuvo en el rango de 307 - 1210 metros. Cinco municipalidades de alta incidencia, todas con las elevaciones más altas fueron identificadas como la incidencia anual combinada de al menos 35 por 100,000 de población estándar mundial. El análisis de regresión sugiere una relación lineal positiva límite entre la incidencia por municipalidades y la altitud ($P = 0.028$, $F = 5.3$). El coeficiente de correlación confirma que la altitud no es el factor dominante para explicar las diferencias intra-regionales en la incidencia de cáncer gástrico ($R = 0.36$, $R^2 = 0.13$). **Conclusiones.** La incidencia de cáncer gástrico en una correlación límite con la elevación dentro de la región montañosa del occidente Honduras. El enigma de altitud observado en cáncer gástrico en América Latina es multifactorial y más complejo que la elevación por sí sola. Podría estar relacionada con factores de riesgo diferentes entre las poblaciones del área montañosa y de las áreas costeras incluyendo factores genéticos y dietéticos. **Recomendación:** La realización de más investigaciones en América Latina son indispensables para establecer con precisión los factores de riesgo.

23TL Cáncer Gástrico y el patrón Asiático de Genotipos de Citokinas de riesgo en América Central: IL-8, IL-1 β , IL-10, TNF α . *1. Domínguez, Ricardo; Morgan, Douglas R.1; Garman, Katherine S.; Keku, Temitope O.; Heidt, Paris .1; Galanko, Joseph; Sandler, Robert S.* Program in Digestive Health, University of North Carolina at Chapel Hill, Chapel Hill, NC, USA; Medicine, Hospital Regional del Occidente, Santa Rosa de Copan, Honduras; Medicine, Duke University, Durham, NC, USA.

Antecedentes: el cáncer gástrico (GC) es la segunda causa de mortalidad por cáncer en el mundo, con variabilidad geográfica. Los polimorfismo de Citokinas (IL-1 β , IL-10, TNF α) son factores importantes del huésped en el adenocarcinoma en pacientes infectados con *H. pylori*. El promotor de polimorfismo IL-8-251A está asociado con GC en Asia. IL-8 es una Citoquina pro-inflamatoria, factor angiogénico y factor quimiotáctico. Los niveles de IL-8 se correlacionan con la profundidad del tumor, invasión venosa y linfática, baja supervivencia. En el occidente de Honduras, una región de alta incidencia, se demostró recientemente una alta prevalencia de Alelos de citokinas de riesgo en controles basados en población: IL1 β -511T+, 81%, y IL-10-1082A+, 93% [Morgan D., Domínguez R, CGH 2006]. A pesar de esta prevalencia alta los Haplotipos de alto riesgo, estuvieron asociados con cáncer gástrico (IL-1 β -511TT/IL-10-1082AA): OR 2.6, 95%CI 1.0-6.8. El **objetivo** de este estudio fue investigar los genotipos de IL-8 en cáncer gástrico, que no han sido investigados previamente en poblaciones latinas. **Métodos:** se realizó un estudio casos control basado en población en el occidente de Honduras (95% Mestizo), análisis de IL-8 en 153 casos incidentes de cáncer gástrico y 140 controles sanos. El DNA Genómico fue extraído de linfocitos utilizando TaqMan assay genotyping. (IL-1 β -511C>T, IL-10-1082G>A, TNF- α -308G>A, IL-8-251T>A). **Resultados:** en controles basados en población, la prevalencia

del Alelo de riesgo IL-8-251A+ fue 56% (TT 44%, AT 43%, AA 13%), similar a las poblaciones asiáticas. La infección endémica por *H. pylori* fue confirmada, 85%. La prevalencia en los sujetos con cáncer gástrico de IL-8-251A+ fue 62% (TT 38%, TA 48%, AA 14%). Aunque se notó una tendencia los genotipos de IL-8-251 TA & AA no estuvieron significativamente asociados a cáncer gástrico: OR a 1.38 (95% CI 0.82-2.30), ajustados a estatus de sexo, edad, *H. pylori* y IL-1 β / IL-10. Cuando se comparan con el tipo salvaje, la acumulación de >3 Alelos de riesgo (IL-8-251A, IL-1B-511T, IL-10-1082A) no tuvieron un significativo aumento en la asociación con cáncer gástrico: OR 1.53 (95%CI 0.57-4.08). **Conclusiones:** en Honduras se observó un patrón asiático de Alelos de Citokinas de riesgo, con *H. pylori* endémico, lo cual podría ayudar a explicar la alta frecuencia de cáncer gástrico. En este primer estudio en población latina, el genotipo de riesgo IL-8-251A no estuvo significativamente asociado con cáncer gástrico. Esto pudiera deberse a la prevalencia alta de IL-1 β /IL-10 y el tamaño de la muestra. También los genotipos de IL-8 quizá se correlacionan mejor con histología difusa, pronóstico y enfermedad metastásica.

24TL Cáncer Gástrico y el sinergismo de Selenio, Genotipos de Citokinas de riesgo del huésped, e infección por *H. pylori* en América Central. Morgan, Douglas R. Dominguez, Ricardo; Keku, Temitope O.; Heidt, Paris; Galanko, Joseph; Sandler, Robert S. Program in Digestive Health, University of North Carolina at Chapel Hill, Chapel Hill, NC, USA. Medicine, Hospital Regional del Occidente, Santa Rosa de Copan, Honduras.

Antecedentes: La neoplasia gástrica es la segunda causa de mortalidad por cáncer en el mundo, con variabilidad geográfica significativa. El modelo de adenocarcinoma propone la combinación de un perfil genotípico de citokinas pro inflamatorias de riesgo en el huésped (IL-1 β , IL-10, TNF α) y la infección por *H. pylori* que promueve la inflamación de la mucosa, atrofia gástrica, metaplasia intestinal y adenocarcinoma. Factores dietéticos operativos en las vías de eventos tempranos y perdidos. El cerebro es un elemento que ha sido postulado con un rol antioxidante, siendo cofactor para la reducción de enzimas antioxidantes. La deficiencia de Selenio contribuye a cánceres gastrointestinales (esófago, colon, recto). El rol en cáncer gástrico no está claro y no hay estudios al respecto en América Latina. De manera importante, se ha demostrado que el selenio en plasma es equivalente a la evaluación del mismo en las uñas del pie y por tanto refleja la ingesta de selenio por largo tiempo y de utilidad en estudios dietéticos y de cáncer [Satia J, Ann Epid 2006]. El enfoque de esta investigación se dividió al investigar el papel de la nutrición específicamente selenio, en conjunto con los genotipo de riesgo y *H. pylori*, en una región de alta incidencia. Este es el primer estudio que simultáneamente evalúa estos factores. **Métodos:** se realizó un estudio caso control basado en población en el occidente de Honduras, identificando 170 casos incidentes de cáncer gástrico y 162 controles sanos para estudio genotípico (IL-1 β -511 C>T, IL-10-1082 G>A) y determinación de *H. pylori*. Datos preliminares fueron obtenidos de selenio en plasma en 50 casos y 50 controles. La incidencia anual de cáncer es de 30 per 100K (M, 39; F, 21 per 100K, 2001). **Resultados:** en los controles basados en población, se observó una extremada alta prevalencia de alelos de riesgo de citokinas pro-inflamatorias: IL1 β -511T*, 81%, y IL-10-1082A*, 93%. Se notó una infección endémica de *H. pylori*, 85%. A pesar de la elevada prevalencia de los alelos de riesgo en los controles, el haplotipo de alto riesgo estuvo asociado con cáncer gástrico (IL-1 β -511TT/IL-10-1082AA): OR 2.6, 95%CI 1.0-6.8. Una diferencia significativa se observó en el selenio del plasma en los casos con cáncer versus los controles: 86 mcg/L vs 117 mcg/L (p<0.001). El rango (25%tiles) en casos fue de 45-140 mcg/L (63, 83, 100). En controles: 95-170 mcg/L (110, 110, 120). La regresión logística confirma que la concentración baja de selenio es un factor de riesgo significativo para cáncer gástrico: OR a 0.90 (95%CI, 0.85-0.96), cuando se ajusta para la edad, sexo, infección por *H. pylori* y el estatus de alelo de riesgo IL-1 β /IL-10 en el huésped. **Conclusiones:**

este es el primer estudio basado en población examina la interacción entre los factores genéticos de huésped, la infección por *H. pylori* y selenio en cáncer gástrico. La concentración disminuida de selenio en plasma es un factor de riesgo para cáncer gástrico, en el caso de genotipos de riesgo endémicos e infección por *H. pylori* sugiriendo potencial para intervención dietética.

25TL *Análisis de la situación del Retinoblastoma en el Hospital Materno Infantil.* Dr. Carlos René Maldonado. Oftalmólogo Pediatra. Hospital Materno Infantil, Servicio de Oftalmología, Tegucigalpa.

El retinoblastoma es el tumor maligno mas frecuente en oftalmología en niños menores de 5 años y además después del melanoma de uvea es el segundo tumor mas frecuente intraocular a cualquier edad. Las estimaciones sitúan la incidencia anual de retinoblastoma en 1:20.000 recién nacidos vivos. A nivel mundial la incidencia oscila alrededor de de 11 por 1.000.000 niños menores de 5 años y el 5 % de ceguera pediátrica se deben a este padecimiento. En nuestro país hasta hace un tiempo el diagnóstico de esta patología se realizaba en estadios tardíos y en su mayoría los pacientes fallecían y el tratamiento ofrecido para ellos era la enucleación exclusivamente, donde el salvamento ocular era muy poco probable o casi nulo. Se decidió conocer la incidencia de esta patología en el Hospital Materno Infantil donde se atienden en la actualidad en el servicio de oncológica pediátrica y el servicio de oftalmología. Y revisar los resultados de las terapias realizadas con la ayuda de la ret a.m. y la aplicación de crioterapia en Hospital Escuela. Los resultados para la valoración de los pacientes han sido asombrosos ahorrando a los pacientes tiempo en su aplicación de la terapia y su seguimiento economizando a la fundación que paga los gastos de los pacientes en el exterior. Gracias a muchas instituciones y a un grupo de médicos del Hospital Escuela y Materno Infantil como oncólogos pediatras, oftalmólogos, patólogos, radiólogos. Además la ayuda de Instituto Hamilton y el Hospital San Judes de Memphis en el estado de Tenéssi y la Asociación Hondureña para el niño con cáncer. Se presentan los resultados clínicos de los pacientes, la evolución de los mismos, avances en el diagnóstico y tratamiento oportuno del retinoblastoma, lo cual dará la posibilidad de salvamento ocular, ya que la detección temprana mejora la calidad de vida de estos pacientes.

RESÚMENES TRABAJOS LIBRES: Presentación Mural

26TL Efectividad de la estimulación nerviosa eléctrica transcutánea (Tens) en pacientes con lumbalgia.

*Dra. Ofelia Loani Elvir-Lazo**; *Dr. Uriah Guevara-López **; *Dr. Paul F. White, MD, Ph.D,*

Introducción: Los TENS, es la transmisión de estímulos eléctricos desde un estimulador externo al sistema nervioso periférico a través de la piel; son utilizados como terapia complementaria para el dolor agudo y crónico. Es un método barato, no invasivo y con menos riesgo de efectos adversos. Los mecanismos de acción propuestos son: teoría de la compuerta, bloqueo dependiente de la frecuencia, liberación de neuromediadores endógenos, La activación corporal del sistema modulador del dolor. **Objetivo:** Comparar la eficacia de la Estimulación Nerviosa eléctrica transcutánea (TENS) en pacientes con lumbalgia crónica en las modalidades dense-Disperse, frecuencia fija, con sham. **Método:** estudio comparativo, cegado, aleatorizado, prospectivo y longitudinal. Se estudiaron 90 pacientes con lumbalgia crónica, divididos en tres grupos con 30 cada uno. El Grupo I (G I) placebo ó Sham con 0 HZ y 2 mA, Grupo II (GII) Frecuencia fija a 4 Hz modalidad continua y el Grupo III (GIII) o Dense-Disperse (15-20 mA) y baja frecuencia (4 Hz). Se Aplicaron dos sesiones por semana (total 9 sesiones) de 30' cada una por 4 semanas consecutivas. Se midió y se comparó la intensidad del dolor, la calidad de sueño, el grado de funcionalidad y la satisfacción de cada paciente, mediante la escala visual análoga (EVA) antes y después de cada sesión. Y semanalmente. Se midieron los signos vitales, el estado cognitivo y el índice de Beck. Además el tiempo del efecto analgésico en horas, comparándose entre grupos. A cada sujeto se le colocó 4 electrodos, en forma horizontal, dos electrodos, siguiendo trayecto dermatómico del área del dolor. El software SPSS (versión 12) fue utilizado para todos los análisis estadísticos (con poder del 95%). Los cambios en los valores de la EVA fueron analizados usando análisis de varianza (ANOVA), Los datos son presentados como valores de media, desviación estándar (DS) y porcentajes, con valor de $p < 0.005$ considerados estadísticamente significativos. **Resultados:** En el G III Se Observó una mayor disminución del EVA en la intensidad del dolor $P < 0.0001$ y mayor tiempo de analgesia $p < 0.0001$. Además el mejor grado de funcionalidad y satisfacción $p = 0.005$. Seguido del G II. En la calidad del sueño y los signos vitales, no se encontraron diferencias significativas. No se encontró correlación entre los resultado de las variables con los datos demográficos. El índice de depresión de Beck (BDI) analizado mediante ANOVA mostró ser homogéneo entre grupos al inicio del estudio, encontrándose al final diferencias significativas $p = 0.0001$, sugiriendo que al ser el grupo en el que disminuyo mas la intensidad de dolor EVA disminuye el índice de depresión. **Conclusiones:** 1) El grupo III fue la modalidad que generó la mayor disminución del dolor, el mayor tiempo de analgesia, la mayor mejoría de funcionalidad y menor presencia de depresión. Lo cual sugiere ser la modalidad más efectiva. 2) Estos resultados apoyan que en general las modalidades de TENS Dense disperse y Frecuencia fija son útiles en el tratamiento de lumbalgia crónica y que puede jugar un papel destacado adyuvante en esta patología. 3) A pesar de los favorables resultados, se requieren de más estudios para demostrar categóricamente su utilidad como terapia única en el alivio del dolor.

27TL Diagnóstico radiológico intrauterino. *Dra. Delmy Padilla.* Radióloga. Clínicas Medicentro.

Paciente femenina de 24 años de edad, con embarazo de 22 semanas gestacionales por última menstruación, sin antecedentes de enfermedades previas de tipo infecciosas ni antecedentes familiares de malformaciones congénitas. **Ultrasonido obstétrico** muestra: producto único, vivo, cefálico, con hidrotórax, ascitis, edema subcutáneo en cráneo y todo el cuerpo, ensanchamiento en columna lumbar, pérdida de la configuración ha-

bitual de la cara, solo se identifican dos cámaras cardíacas con miocardio engrosado, bradicardia fetal y edema placentario. **RMI obstétrica.** Se confirman hallazgos sonográficos. Diagnóstico radiológico: Hidrops fetal. El hidrops surge como resultado de la participación de distintos mecanismos fisiopatológicos. El hidrops secundario a la isoimmunización con anticuerpos anti-hemáticos (hidrops inmune), causa mas frecuente antes del uso de inmunoglobulina anti-D, en la actualidad 20%, resto causas no inmunes. Incidencia: hidrops no inmune desconocida, un caso en 1500-4000 embarazos. Se define como un exceso de líquido en más de una cavidad corporal. Se precisan por lo menos dos de los siguientes hallazgos: edema subcutáneo, hidrotórax, derrame pericárdico, ascitis. Causas múltiples propuestas: patología cromosómica, patología cardiovascular estructural, alteraciones del ritmo cardíaco, anomalías torácicas, patología hematológica, infección. Fisiopatología: constituye el estadio final de muchas patologías y requiere la existencia de un desequilibrio entre el líquido intra y extravascular. La fuerza motora que impulsa la salida de líquido fuera del espacio vascular es la diferencia entre la presión hidrostática en los capilares y la presión oncótica del líquido intersticial. La fuerza que impulsa la entrada de líquido hacia el espacio vascular es la diferencia entre la presión hidrostática intersticial y la presión oncótica del plasma. El hidrops no inmune puede presentarse a cualquier momento del embarazo y no existe un tratamiento estándar, pronóstico es malo especialmente si su diagnóstico es en la primera mitad de embarazo.

28TL Ránula cervical: presentación de un caso clínico. *Dr. Benjamín Cano Paca¹, Dra. Marleny Margarita Bonilla Ramírez¹, Dra. Wendy Geraldina Tenorio².* ¹Servicio de Otorrinolaringología, Hospital Escuela, Tegucigalpa, MDC, ²Sistema Médico Empresa, IHSS, TSC.

Antecedentes: La ránkula o mucocelo del piso de la boca se debe sobretodo a la rotura del conducto de alguna glándula sublingual. Clínicamente se observa como una elevación cupuliforme, unilateral, de aspecto azulado traslúcido, de consistencia blanda y depresible. Pueden llegar a llenar el espacio sublingual y la saliva puede atravesar el músculo Milohioideo escapando a la región submaxilar y el cuello, lo que se conoce como Ránkula Cervical. La glándula sublingual debe ser extirpada en caso de una ránkula cervical. **Descripción del caso:** Paciente femenino de 3 años de edad, procedente de Lepaera, Lempira, con historia de presentar masa sublingual desde su nacimiento, la cual tuvo un crecimiento progresivo que en un principio no le impedía alimentarse, sin embargo con el paso del tiempo y el aumento de volumen de la tumoración su alimentación se fue dificultando hasta solo poder tolerar dieta líquida, 4 días antes de su ingreso a la emergencia del Hospital Escuela la paciente inicia con incapacidad absoluta para tragar y dificultad respiratoria progresiva. Al momento de su ingreso la paciente se encontraba en franco estado de desnutrición, con severa dificultad respiratoria, con una masa que abría por completo la boca, la cual se extendía por la región sublingual e infiltraba la región submaxilar. Al examen físico se encontró una masa sublingual azulada, fluctuante, no pulsátil, que permitía la transiluminación. La paciente presentaba una frecuencia respiratoria de 34X', con el uso de músculos respiratorios accesorios. Se realizó un ultrasonido de la región submaxilar que demostró que no existía compromiso vascular de importancia. Por el estado general de la paciente y la necesidad inmediata de conseguir una vía aérea más permeable se decidió realizar una cirugía descompresiva urgente. Al momento del acto quirúrgico se drenó un quiste sublingual que atravesaba el músculo Milohioideo y procedía de la glándula sublingual izquierda que se extirpo también. Al día siguiente de la cirugía la niña inicio dieta blanda con excelente tolerancia y su frecuencia respiratoria era de 22X', la paciente se egresó a los 5 días posquirúrgicos, con citas control en la consulta externa del Hospital Escuela. **Conclusiones:** Todo niño que presente masas intraorales o cervicales congénitas debe ser referido al otorrinolaringólogo para su pronta evaluación y tratamiento.

29TL Adenoma pleomorfo de glándula salival accesoria: presentación de un caso clínico. *Dr. Benjamín Cano Paca¹, Dra. Marleny Margarita Bonilla Ramírez¹, Dr. Carlos Rivera², Dra. Wendy Geraldina Tenorio³.*

¹ Servicio de Otorrinolaringología, Hospital Escuela, ² Servicio de Radiología, Hospital Escuela, ³ Sistema Médico Empresa, IHSS, TSC.

Antecedentes: El adenoma pleomorfo es la más común de todas las neoplasias de las glándulas salivales, constituyen el 53% de los tumores que nacen en el paladar. Es ligeramente más frecuente en mujeres, con un pico de incidencia en la quinta década de la vida. Estas lesiones son de crecimiento lento y asintomático. A la inspección estos tumores tienen un aspecto liso y lobulado. El tratamiento se basa en la extirpación quirúrgica por vía oral. **Descripción del caso:** Paciente masculino de 38 años de edad procedente de Tegucigalpa, Francisco Morazán. Con historia de presentar masa en paladar blando de crecimiento progresivo desde hace ya varios años, a la cual el paciente le había restado interés pues no le producía ninguna sintomatología agregada, sin embargo una semana antes de solicitar atención médica inicia con un cuadro caracterizado por: rinolalia cerrada y disfagia que le dificultaba tragar alimentos sólidos, por lo que se presentó a la emergencia del Hospital Escuela. Al momento de su ingreso el paciente presentaba un buen estado general, al examen físico de la cavidad oral el paciente presentaba una masa de aspecto liso, sólida, que se extendía desde los límites del paladar duro con el paladar blando, recorriendo este último en toda su extensión hasta descender por el pilar amigdalino anterior del lado derecho, disminuyendo así el espacio de las fauces en un 80%. Se realizó una TAC de orofaringe con cortes simples y contrastados que permitía delimitar una masa encapsulada de poca vascularidad. Por lo que se decidió realizar un abordaje intraoral, logrando conseguir la resección completa de la masa tumoral. El paciente permaneció 2 días con dieta blanda y fría, para luego iniciar dieta corriente. La calidad de su voz retorno a la normalidad luego del acto quirúrgico. Los cambios inflamatorios locales cedieron por completo al cabo de los 7 días posquirúrgicos, el paciente fue dado de alta con citas en la consulta externa del Hospital Escuela. El resultado histopatológico demostró la sospecha clínica de un Adenoma Pleomorfo de paladar blando. **Conclusiones:** Todo paciente que presente masa tumoral en cavidad oral debe ser evaluado por un especialista en otorrinolaringología para su pronto manejo y tratamiento.

ÍNDICE DE LOS RESÚMENES POR AUTOR

Aguilar M	5TL	López J	6CM
Aguilar P	9TL	López N	4TL
Alger J	1TL,2TL,3TL, 9TL,10TL	Maldonado C	36CM, 25TL
Almendáres O	2TL, 9TL	Maldonado M	11CM
Alvarenga R	38CM	Maradiaga E	17TL
Alvarez G	6TL	Martin Ch	22TL
Amador D	2TL	Martínez O	10TL
Argeñal L	5CM	McCarthy R	19TL
Arita O	31CM	Mejía L	6TL, 13TL
Ayes F	16TL	Mendoza JC	20TL
Bailey J	7TL	Montalbán W	21TL
Barrientos JC	17TL	Morales G	10TL
Bermúdez J	12TL	Morgan D	22TL, 23TL
Bonilla C	1TL,10TL	Núñez JA	19TL
Bonilla M	11TL	Orellana H	18TL
Bonilla MM	28TL, 29TL	Padilla DS	27TL
Buekens P	2TL, 9TL	Pineda M	16TL
Cálix E	10TL	Pinel M	17CP
Cano B	18TL, 28TL, 29TL	Pinto M	8TL
Cardona Y	9TL	Ponce C	2TL, 9TL
Cruz C	6TL, 13TL	Ponce E	2TL, 9TL
Custodio R	7TL	Ramírez F	5TL, 7TL
Del Cid J	2TL, 9TL	Reyes L	4TL
Díaz C	5TL	Reyes A	5TL, 7TL
Díaz Solano L	13CM	Reyes T	5TL
Domínguez R	22TL, 23TL, 24TL	Rivera C	29TL
Durón R	9CM, 7TL	Rivera L	19TL, 21TL
Elvir OL	26TL	Rivera M	11TL
Erazo G	7TL	Rodríguez M	17TL
Espinoza MA	4TL,6TL,13TL	Rodríguez R	10TL
Galanko J	23TL, 24TL	Rosa A	14CM
García Y	4CP	Rosales J	13TL
Garman K	23TL	Sandler RS	23TL, 24TL
Girón L	9TL	Sevilla J	25CM, 33CM
Girón LI	2TL	Sherman C	10TL
Guardiola D	4TL,6TL,13TL,21TL	Solórzano S	10TL,
Guevara U	26TL	Suárez G	10TL
Heidt P	22TL, 23TL, 24TL	Tenorio W	18TL, 28TL, 29TL
Kafie R	10TL	Vásquez JA	19TL, 21TL
Kebu T	23TL, 24TL	Velásquez A	10TL
Lagos A	6TL, 13TL	Villafranca M	14TL
Lagos AD	10CM	White PF	26TL
Laínez O	4TL	Zelaya H	15TL
Lazo E	21TL	Zelaya J	10TL
Lemus J	14TL	Zelaya R R	11TL
Licona N	19TL	Zúñiga C	2TL, 9TL
López H	15TL	Zúñiga L	8TL

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

Te esperamos en el

LI CONGRESO MÉDICO NACIONAL

8 -11 de Julio, 2008

Tegucigalpa

LI CONGRESO MÉDICO NACIONAL 8 - 11 de Julio, 2008

Cursos Pre-Congreso

1. Capacitación en Ética, Bioética y Práctica Médica

Coordinación: Comité de Ética y Práctica Médica del Colegio Médico de Honduras

Objetivos: 1. Mejorar la aplicación y observación 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 de básico sobre: 1. Como preparar un artículo científico original y otras formas de publicación (caso clínico, artículo de revisión, artículo de opinión, etc.) y 2. Los índices bibliográficos nacionales e internacionales y las normas internacionales para publicaciones en revistas biomédicas.

INSTRUCCIONES PARA LA PREPARACIÓN DE RESÚMENES (Conferencias y Trabajos Libres)

CONGRESO MÉDICO NACIONAL

INSTRUCCIONES PARA PREPARACIÓN 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 Suplementos Congreso Médico Nacional Volúmenes 71 – 75, 2003 - 2007). Los Trabajos Libres aceptados para presentación se enumerarán y serán publicados en el Suplemento de Congreso Médico Nacional.

1. Provea la información solicitada y escoja el tipo de trabajo, si es una Conferencia (magistral, plenaria, simposium, mesa redonda, foro, panel, etc.) o Trabajo Libre (científico, clínico y experiencia en salud pública).
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 de la Conferencia o Trabajo Libre, 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. **Conferencia:** Texto sin subtítulos. **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.
6. 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.

7. 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 2008.

RESÚMENES DE LOS 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.

RESÚMENES DE LAS CONFERENCIAS 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 L CONGRESO MÉDICO NACIONAL

- | | |
|-----------------------------------|---------------------------------------|
| 1. BAMER | 11. CORPORACION MUNICIPAL DE LA CEIBA |
| 2. LABORATORIO UNPHARM-PHARMANOVA | 12. GOBERNACION POLITICA DE ATLANTIDA |
| 3. LABORATORIO SILANES | 13. DIARIO TIEMPO |
| 4. LABORATORIO EXCELL-NYAL | 14. FUERZA AEREA HONDUREÑA |
| 5. LABORATORIO MENARINI | 15. BASE NAVAL DE HONDURAS |
| 6. LABORATORIO BAYER-MK | 16. POLICIA DE TRANSITO |
| 7. LABORATORIO CALOX | 17. POLICIA DE TURISMO |
| 8. LABORATORIO PHARMED PISA | 18. CAMARA DE TURISMO |
| 9. LABORATORIO FARSIMAN | 19. HOTEL QUINTA REAL |
| 10. RADIOMED | |



CONVOCATORIA

PREMIOS DE INVESTIGACIÓN

Dr. PhD. Roberto P. Sosa Mendoza
Dr. PhD. Luis Humberto Cisne Reyes

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. PhD. Roberto P. Sosa Mendoza y Dr. PhD. Luis Humberto Cisne Reyes, 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. PhD. Roberto P. Sosa Mendoza
Premio Nacional de Ciencias Médicas Clínica Dr. PhD. Luis Humberto Cisne Reyes

REQUISITOS:

1. Podrá optar a los premios las investigaciones realizadas en forma individual o equipo de investigación. Los médicos deberán estar inscritos y solventes.
2. Las investigaciones efectuadas no deberán tener mas de dos años de finalizadas, ser inéditas y no haber sido premiadas.
3. 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 LÍMITE DE RECEPCIÓN: 31 de agosto de 2007

Dr. Carlos Godoy Mejía
Presidente CMH

Dr. Douglas Ortega
Secretario Asuntos Educativos y Culturales