



PUBLICACION CIENTIFICA
DEL COLEGIO MEDICO
DE HONDURAS

Revista MEDICA Hondureña

ISSN 0375-1112

VOLUMEN 76 - (Suplemento No.1), 2008

COLEGIO MEDICO DE HONDURAS
CENTRO NACIONAL DE EDUCACION MEDICA CONTINUA
CONGRESO MEDICO NACIONAL

DESAFIOS EN SALUD
Enfermedades prevalentes,
formación de recursos humanos e investigación.

LI Congreso Médico Nacional
"Dra. Anarda Estrada"

| | | | |
|---------------------|-----------------------------------|--------------|----------------|
| Curso Pre-Congreso: | Pre-inscripción hasta el 23/06/08 | Inscripción: | Cuenta BANPAIS |
| L500 | L1,800 | L2,000 | 6403572 |

Julio 08
8 al 11

Horas crédito cenemec: 2 Puntos Oro
Centro de Convenciones
Hotel Honduras Maya
Tegucigalpa, Honduras

Información en Celular: 232-67-63 / 231-05-18

E-mail: congresomediconacional@yahoo.com
www.colegiomedico.hn



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

Revista **MEDICA** Hondureña

Vol. 76, (Suplemento No. 1) 2008 pp. S1-84

CONSEJO EDITORIAL

NICOLÁS SABILLÓN VALLECILLO
DIRECTOR GENERAL

SILVANA VARELA MARTÍNEZ
SECRETARIA

CUERPO DE EDITORES

GUSTAVO ÁVILA MONTES
REYNA DURÓN
EDNA JANETH MARADIAGA
SENIA OCHOA RUEDA
JORGE PINEDA MURCIA
NELLY JANETH SANDOVAL

EDITORES ASOCIADOS

JACKELINE ALGER
IVÁN ESPINOZA SALVADÓ
CECILIA ELENA VARELA MARTÍNEZ
MARTHA CECILIA GARCÍA
JOSÉ R. LIZARDO BARAHONA

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

LI CONGRESO MÉDICO NACIONAL

Dra. Anarda Estrada

**DESAFIOS EN SALUD:
Enfermedades prevalentes, formación de recursos humanos
e investigación.**

Centro de Convenciones Hotel Honduras Maya

**Tegucigalpa Honduras
8 -11 Julio del 2008**

CONTENIDO

| | |
|---|-----|
| Junta Directiva del Colegio Médico de Honduras..... | S5 |
| Comité Organizador del LI Congreso Médico Nacional..... | S6 |
| Palabras de Bienvenida del Presidente del Comité Organizador | S7 |
| Palabras de Inauguración del Presidente del Colegio Médico Honduras | S8 |
| Programa Científico de los Cursos Pre-Congreso | S13 |
| Programa Científico | S16 |
| Actividades Sociales y Culturales | S25 |
| Programa Ceremonia Inaugural..... | S25 |
| Programa Ceremonia de Clausura | S25 |
| Reseña Biográfica de la Dra. Anarda Estrada..... | S26 |
| Resúmenes | S28 |
| Índice por Autor..... | S76 |
| Anuncio del LII Congreso Médico Nacional | S78 |
| Instrucciones de Trabajos Libres | S80 |
| Patrocinadores y colaboradores del LI Congreso Médico Nacional | S84 |

JUNTA DIRECTIVA COLEGIO MÉDICO DE HONDURAS



Presidente:

Vicepresidente:

Secretaria de Actas y Correspondencia:

Secretario de Colegiaciones:

Secretario de Finanzas:

Secretario de Asuntos Educativos y Culturales:

Secretario de Acción Social y Laboral:

Fiscal:

Vocal:

Dr. Mario Noé Villafranca

Dr. Feizal Joaquín Selman-Housen

Dra. Karla Patricia Díaz Portillo

Dr. Guillermo Villatoro

Dr. Said Mejía Lemus

Dr. Darío Benjamín Zuniga

Dr. Rosa Pamela Coello Licon

Dr. Arnoldo Zelaya Rodríguez

Dr. Alexis Javier Reyes Amaya

COMITÉ ORGANIZADOR DEL LI CONGRESO MEDICO NACIONAL



| | |
|------------------|-------------------------------------|
| Presidente: | Dr. Jorge Alberto Fernández Vásquez |
| Vice-presidente: | Dr. Mario Edgardo Bulnes Rodríguez |
| Secretaria: | Dra. Rosa Regina Ney |
| Pro-Secretario: | Dr. Iván Alfonso Espinoza Salvadó |
| Tesorero: | Dr. Said A. Mejía Lemus |
| Fiscal: | Dr. Bayardo Pagoada Cruz |
| Vocal: | Dra. Sara Murillo Antunez |

Comité Científico: Dr. Gustavo Moncada (Coordinador), Dr. Bayardo Pagoada, Dra. Carolina Fortín, Dra. Edna Maradiaga, Dr. Iván Espinoza Salvadó, Dra. Ligia Ramos de Aguilar, Dr. Mario Búlnes Rodríguez, Dr. Carlos Young, Dra. Fanny Navas, Dr. Jesús A. Pineda, Dr. Gaspar Rodríguez.

Comité de Publicidad y Sociocultural: Dra. Claudia Almendárez Flores (Coordinadora), Dra. Jessica Banegas, Dra. Karla Fernández

Comité de Inscripciones: Dra. Sara María Murillo Antúnez (Coordinadora)

Comité de Apoyo Logístico: Dra. Karla Fernández (Coordinadora), Dra. Edna Maradiaga

Comité de Finanzas: Dr. Bayardo Pagoada (Coordinador), Dr. Said Mejía Lemus

PALABRAS DE BIENVENIDA DEL PRESIDENTE DEL COMITÉ ORGANIZADOR

Hace ya casi un año que celebramos en La Ceiba los 50 años de vida del Congreso Médico Nacional, un encuentro de la comunidad médica que fue dedicado al abordaje de la práctica de la medicina y la salud pública en el contexto de la realidad nacional, y que sirvió de base para brindar un merecido reconocimiento al Dr. Wilfredo Sandoval Cáliz, renombrado galeno, orgullo de nuestro gremio por su distinguida carrera profesional y gran humanismo.

Iniciando la segunda mitad del centenario, el LI Congreso pretende abrir avenidas renovadas de ampliación en el análisis y soluciones a viejos problemas de salud, así como de abordaje de condiciones y situaciones nuevas en el panorama de la salud de la nación. Hemos seleccionado el lema *“Desafíos en salud: enfermedades prevalentes, formación de recursos humanos e investigación”*, en el afán de ofrecer a la comunidad médica y profesiones afines, aspectos relevantes y de palpitante actualidad en la panoplia de las actividades de la medicina, desde el acometida a problemas frecuentes en la praxis clínica, pasando por la revisión de la academia, la visión de problemas concretos en salud pública y epidemiología, así como dilemas éticos de la realidad sociocultural hondureña y algunos retos en investigación.

Por primera vez desde que se resolvió dedicar los congresos a destacados colegas, hacemos homenaje a una mujer que ha marcado la historia de la medicina de Honduras; una de las primeras graduadas en la Facultad de Medicina de nuestra Universidad Nacional, pionera en diferentes áreas del accionar profesional, la Doctora Doña Anarda Estrada Domínguez, figura cimera en la clínica y la salud pública, auténtica maestra de generaciones, que ha sabido compartir su intelecto y esfuerzo creativo para enaltecer nuestra profesión.

Al darles la más calurosa bienvenida, esperamos se cumpla nuestra meta de ampliar el conocimiento a través del intercambio y la cooperación, el análisis y la amplia discusión, y, estrechar mucho más nuestros fuertes lazos de cordial amistad e inquebrantable gremialismo.



Dr. Jorge A. Fernández V.
Presidente

PALABRAS DE INAUGURACIÓN DEL PRESIDENTE DEL COLEGIO MÉDICO HONDURAS

Distinguida y muy querida Dra. Emelda Anarda Estrada Domínguez y su respetable familia, Distinguidos miembros del Comité Organizador, Compañeros y compañeras de nuestra Junta Directiva, Queridos colegas, Señoras y señores, amigos y amigas todos.

En mi condición de Presidente del Colegio Médico de Honduras, junto a mis compañeros y compañeras de la Junta Directiva, expreso a ustedes el altísimo honor, orgullo y privilegio, en compartir los actos de solemne instalación de este Magno Evento. El impacto de este hecho es tan trascendental en nuestras vidas, no solo por tratarse de ser testigos de la inauguración del Quincuagésimo Primer Congreso Médico Nacional, sino, porque además, a través del mismo, rendimos honores a quien honores merece, bautizándolo con el nombre de una compatriota y colega distinguida y de tanta valía en nuestro gremio y en nuestra patria, como lo es la respetable dama, Señora Doña Emelda Anarda Estrada Domínguez, o como a lo largo del paso de los días que Dios le ha dado en bien, le llamamos con singular cariño: Doctora Anarda Estrada.

Permítanme en esta reflexión, referirme primero al máximo evento de la educación médica de nuestra Honduras. Con alta sabiduría, el Comité Organizador nos plantea enfocar los Desafíos en Salud de nuestros tiempos, buscando legar a las futuras generaciones bases muy sólidas en aspectos fundamentales para el desarrollo integral de los pueblos, como el tema de las Enfermedades Prevalentes, la formación de Recursos Humanos y la Investigación. Lo anterior sin menoscabo de nuestra formación Ética y Bio-Ética en la parte clínica, la formulación y redacción de escritos científicos y la participación del médico general en atención de desastres. Para la Junta Directiva del Colegio Médico de Honduras, el planteamiento del Comité Organizador, matiza aspectos históricos sobre los cuales el Colegio se ha venido pronunciando a lo largo de su vida. Quiero dejar constancia de uno de esos hechos históricos, en cuyo proceso se han concatenado los esfuerzos de distinguidos colegas, hombres y mujeres que a lo largo de las Juntas Directivas de nuestro querido Colegio, han tenido a bien crear, fortalecer, desarrollar y disfrutar junto a la comunidad científica nacional y el pueblo todo de Honduras, los grandes beneficios del Centro Nacional de Educación Médica Continua CENEMEC. Reconozco entonces, que la historia marca como punto referencial tres diferentes momentos; el año 1958, por nuestro Congreso Médico Nacional; el año 1962, por nuestro Colegio Médico de Honduras; y el año 1982, por nuestro Centro Nacional de Educación Médica Continua CENEMEC y los postulados emitidos en todos esos momentos referenciales de nuestra historia, están vigentes hoy en día, vigencia que la Junta Directiva que me honro en presidir, mantendrá en toda su esencia.

He hablado de reconocer algunos esfuerzos, de generaciones, de grupos y de personas, pero hoy...en este día tan especial y único, reconocemos todos la trayectoria y la hoja de servicio limpia, sin tacha, inmaculada de un ser humano excepcional, cuyo nombre es sinónimo de solidaridad gremial: La Doctora Anarda Estrada. Este acto, también constituye nuestro homenaje a la mujer hondureña, particularmente a las mujeres que abrazaron la Medicina como Carrera Universitaria. Este homenaje nos sirve también para expresar la solidaridad de la Junta Directiva del Colegio Médico de Honduras y del gremio médico nacional con la lucha por la equidad del género...y desde esta tribuna, delante de lo más granado de la ciencia hondureña, delante de los abanderados y abanderadas de la educación médica continua, exijo a nuestras autoridades, en nombre de todos los aquí

reunidos, que se esclarezcan a la mayor brevedad posible, los brutales crímenes cometidos recientemente contra mujeres hondureñas. Basta ya de seguir tiñendo el suelo patrio con la sangre valiosa de mujeres hondureñas sin que las autoridades competentes hagan algo por esclarecer estos actos oprobiosos.

Permítanme a partir de este momento el privilegio de omitir la habitual retórica de los discursos de inauguración para compartir con ustedes algo especial sobre una dama cuya vida ha transcurrido entre atender al prójimo y cuidar la formación de sus hijos. Gracias, Lempira; no fue sólo la sede de la Audiencia de los Confines en el siglo XIX, lejos estaban los protagonistas de la historia del “Bulero” de imaginar que en los albores del segundo cuarto del siglo de las luces vendría al mundo en esa histórica ciudad, una niña, cuya trayectoria profesional se haría sentir, unos años más tarde en toda Honduras y más allá de nuestras fronteras.

La rica historia de la ciudad de Gracias también recoge que un buen día del año 1965, el campo de aterrizaje ubicado detrás del Castillo de San Cristóbal estaba atestado de gente. Una hija predilecta de esa ciudad atendía el llamado del Ministerio de Salud de su país y a bordo de un avión de esos DC 3, bimotores de carga adaptados para llevar pasajeros se dirigía con sus pequeños hijos hacia la capital. Cuando la familia llegó al campo de aterrizaje, no cabía un alma más, el campo parecía un sitio de concentración política; habían venido hasta de las aldeas más lejanas; de La Campa, de La Iguala, de Guarita y la Virtud, de Erandique, de Concepción, de Lepaera, de Las Flores y de tantos lugares más, todos venían a despedir a la “Doctora”, si a su “doctorcita” del corazón que se iba para Tegucigalpa.

Su pueblo, Doctora Estrada...su pueblo no la olvidó nunca. Como podría olvidarla la familia de aquel hombre que un domingo de 1962 o 63 tocó a la puerta de su casa, justo a la hora en la que usted servía el almuerzo a sus hijos y cuando su madre abrió la puerta, irrumpieron en la casa varios hombres como en tropel, llevaban cargado a un herido “bañado” literalmente en sangre, producto de una riña callejera, con una herida que le abarcaba la nariz y la mandíbula, lo que hacía que ésta última le cayera sobre el pecho. Y arreglándoselas para que sus pequeños hijos no fueren a recibir un impacto negativo por semejante cuadro, con gran paciencia logró hacer su trabajo hasta dejarlo funcional y no conforme con eso...no le cobró un solo centavo. Como olvidar para su pueblo aquellos paseos familiares que usted convertía en fiestas de vacunación.

Hoy reconocemos el valor de una mujer sencilla y humilde. Nunca dada a grandes demostraciones ni ostentaciones, como tampoco a hacer alarde de sus conocimientos. Se le ha conocido como Cardióloga y Salubrista, pero muy pocos saben que también hizo Medicina Interna y Ginecología y Obstetricia, aunque no las ha ejercido como tales. En 1956 recibió la Medalla de Oro de la Asociación Médica Hondureña de aquel entonces por haber sido la mejor estudiante de su generación. A pesar de todo lo que ha cosechado, se ha mantenido sobria y sencilla sin un ápice de maquillaje o de joya que la adorne y solo sus hijos supieron cuantas veces prefirió remendar unas medias para poder comprarles un par de zapatos.

La solidaridad gremial y el talento literario de la Dra. Estrada quedaron plasmados al conocerse la poesía que hoy me permito reproducir, cuando en 1992 protestaba contra una injusta ley de la “Mala praxis” así:

Al Médico en Agradecimiento

¡Oh Imagen de gigante que lidias con la muerte
desafiando al germen que amenaza la vida;
restauras en el cuerpo de la fibra la herida
y ayudas con el alma a superar lo inerte.

Investigador idóneo, en busca de la causa
que ataca al organismo y lo deja extenuado,
alientas al enfermo, previenes al curado
y no piensas entonces, en descanso o pausa.

No importan tus desvelos, ni tu forma de vivir,
no importan tus problemas, ni hora de la cita
para salvar la vida de aquel que necesita
de cuidado emergente para sobrevivir.

Más, si acaso, la ingratitud progresa
y a tu esfuerzo infinito se le paga con dolor,
el Señor de los cielos, jamás te deja solo
y la gente consciente su respaldo te expresa.

Sigue adelante siempre, tu misión a cumplir,
no te abatan los necios, ni tampoco los pillos
que buscan los metales que vierten cardenillos
y quieren a tus costas, sin trabajar, vivir.

Puedes equivocarte, como todo ser humano,
ya que a veces la ciencia también falla,
y solamente Dios es infalible.

Pero jamás prisión merece, ni metralla
quien no vence en la lucha impredecible
con la muerte, al tratar de ayudar aquel hermano
ya perdida su última batalla

Ten fe, que por tu esfuerzo sobrehumano
si nadie en esta tierra te hace justicia,
Dios desde los cielos te bendice.

Anarda Estrada Domínguez
Tegucigalpa 23 de Octubre 1992

Son tantas las historias bonitas y las anécdotas, que el tiempo me es insuficiente, pero Profesores de la talla del Doctor Humberto Díaz Banegas y el Doctor Cesar Zúñiga tuvieron entre otros el privilegio de contarla como una de sus dilectas alumnas. Su vocación de servicio nos lleva también a recordar que hubo muchos brazos salvados y también algunas manos que continuaron funcionando gracias a la paciencia y pericia quirúrgica de ella.

Este día, con este público reconocimiento, se hace un acto de justicia, por cuanto se honra una filosofía de vida al servicio de la humanidad, posiblemente no encuentre las palabras para agradecerle, en nombre de tantas personas, lo mucho que usted ha hecho, permítanme entonces, una vez más, salirme del rigor que imponen este tipo de actos, para, en un gesto de gratitud a un ser tan valioso, leer para ustedes la poesía Labor Fecunda, nuestra homenajeadada la escribió cuando apenas tenía once años de edad y pareciera como que si hubiera estado describiendo su futuro:

Labor Fecunda

La mariposa que vuela
libando de flor en flor
me parece una chicuela
cuando inicia su labor

Vuela, vuela mariposa
No te quedes sin comer
Corre, corre que gran cosa
Con tu vuelo vas a hacer

Tú trasmites los colores
en tu viaje sin final,
Tú fecundas a las flores
Con tu polen sin rival

Que el gran hacedor divino del universo bendiga a la Doctora Anarda Estrada, que bendiga a los organizadores de este evento y que guíe a nuestros panelistas. Declaro solemnemente inaugurado el Quincuagésimo Primer Congreso Médico Nacional, “Dra. Anarda Estrada”, Desafíos en Salud.

Salud Colegas, Felicitaciones a los Organizadores y Conferencistas.



Dr. Mario Luís Noé Villafranca
Presidente Colegio Médico de Honduras Período: 2008-2010

I REUNIÓN CENTROAMERICANA Y III REUNIÓN NACIONAL DE EDITORES DE REVISTAS CIENTÍFICAS

Lunes 7 de Julio 2008

SALÓN A

| HORA | TEMA | CONFERENCISTA |
|-------------|---|--|
| 08:00-08:30 | Inscripción de participantes | |
| 08:30-08:35 | Palabras de Bienvenida | Dr. Nicolás Sabillón, Director Revista Médica Hondureña |
| 08:35-08:45 | Palabras alusivas | Dra. Lilian Reneau-Vernon, Representante OPS/OMS Honduras |
| 08:45-08:55 | Palabras de Inauguración | Dr. Darío Zúniga, Centro Nacional Educación Médica Continua, Colegio Médico de Honduras |
| 08:55-09:00 | Objetivos de la Reunión | Dra. Jackeline Alger, Comité Consultivo BVS Honduras |
| 09:00-10:00 | Teleconferencia: Dimensiones de la calidad de las revistas científicas | Dr. Abel Packer, Director Centro Latinoamericano y del Caribe de Información en Ciencias de la Salud, Brasil |
| 10:00-10:30 | Papel de las editoriales y función de los editores | Dr. Sergio Alvarado, APECi, Perú |
| 10:30-10:50 | RECESO | |
| 10:50-11:20 | Publicación Científica: Definición y características | Dr. Herbert Stegemann, ASEREME, Venezuela |
| 11:20-12:00 | Proceso de Publicación: Arbitraje por pares | Dr. Sergio Alvarado, APECi, Perú |
| 12:00-13:00 | Ética en la publicación Científica. Responsabilidades de los editores, revisores y de la administración de la editorial | Dr. Herbert Stegemann, ASEREME, Venezuela |
| 13:00-14:00 | RECESO | |
| 14:00-15:00 | Gerencia de Revistas Científicas | Dr. Herbert Stegemann, ASEREME, Venezuela |
| 15:00-15:40 | Asociaciones de Editores Científicos: Fortalezas, debilidades, dificultades y oportunidades. Experiencia en Perú y Experiencia en Venezuela | Dr. Sergio Alvarado, APECi, Perú, Dr. Herbert Stegemann, ASEREME, Venezuela |
| 15:40-16:00 | Creación de la Asociación Centroamericana de editores Científicos | Coordinación: Dr. Nicolás Sabillón, Director Revista Médica Hondureña. |
| 16:00-16:15 | Clausura | |

CURSOS PRE-CONGRESO DE ETICA Y BIOETICA**ETICA EN LA PRÁCTICA MÉDICA**

Martes 8 Julio 2008

SALÓN A

| HORA | TEMA | CONFERENCISTA |
|-------------|--|----------------------|
| 08:00-08:30 | Responsabilidad Ética en la Práctica Médica | Dra. Azucena Lazo |
| 08:30-09:00 | La comunicación como práctica ética en la salud | Dra. Carolina Fortín |
| 09:00-09:30 | Responsabilidad y Ética en las Instituciones de Salud | Dr. Jorge Fernández |
| 09:30-10:00 | La seguridad del paciente como conducta ética en la práctica médica | Dra. Silvia Portillo |
| 10:00-10:30 | RECESO | |
| 10:30-11:00 | Aspectos éticos en la Formación de recursos humanos en Medicina | Dr. Ángel Cruz |
| 11:00-11:30 | Medicina Paliativa versus Eutanasia (Buen morir o buen mentir) | Dr. Tulio Velásquez |
| 11:30-12:00 | Relaciones entre Colegas | Dra. Rosa Alvarenga |
| 12:00-13:00 | Lunch Symposium Código de ética de las Compañías Farmacéuticas | |
| 13:00-13:30 | Ética en investigación; Buenas prácticas clínicas | Dr. Denis Padgett |
| 13:30-14:00 | Consentimiento Informado en investigación | Dr. Iván Espinoza |
| 14:00-14:30 | Muerte Cerebral: un enfoque ético | Dr. Lázaro Molina |
| 14:30-15:00 | Preguntas | |

VI CURSO PRE-CONGRESO DE ESCRITURA Y PUBLICACIÓN DE ARTÍCULOS BIOMÉDICOS

Martes 8 de Julio De 2008

SALÓN B

| HORA | TEMA | CONFERENCISTA |
|--------------|---|---|
| 08:00-08:30 | Inscripción de participantes | |
| 08:30-08:40 | Palabras de Bienvenida | Dr. Nicolás Sabillón, Director Revista Médica Hondureña. |
| 08:50- 09:00 | Palabras de Inauguración | Dr. Darío Zúniga, Centro Nacional Educación Médica Continua, Colegio Médico de Honduras |
| 09:00-09:30 | Investigación y Publicación: ¿Por qué publicar? | Dr. Herbert Stegemann, ASEREME, Venezuela |
| 09:30-10:00 | El Artículo científico. Publicación Científica: Definición y características. Índices internacionales. | Dr. Sergio Alvarado, APECi, Perú |
| 10:00-10:30 | RECESO | |
| 10:30-10:50 | ¿Cómo escribir la Introducción? | Dr. Sergio Alvarado, APECi, Perú. |
| 10:50-11:10 | La sección material y métodos. | Dr. Sergio Alvarado, APECi, Perú. |
| 11:10-11:40 | La sección resultados: Tablas, gráficos e ilustraciones | Dr. Herbert Stegemann, ASEREME, Venezuela |
| 11:40-12:00 | La sección discusión | Dr. Sergio Alvarado, APECi, Perú. |
| 12:00-13:00 | Lunch Simposium Código de ética de las Compañías Farmacéuticas | |
| 13:00-13:20 | Resumen, Título. Palabras clave. | Dr. Sergio Alvarado, APECi, Perú. |
| 13:20-13:40 | Las Referencias bibliográficas. Normas de Vancouver. | Dr. Sergio Alvarado, APECi, Perú. |
| 13:40-14:00 | Ética en la Publicación Científica. Responsabilidad de los autores: Autoría, sesgo de publicación, plagio. | Dr. Herbert Stegemann, ASEREME, Venezuela |
| 14:00-14:30 | Otras formas de publicación: Informe de Casos Clínicos, Comunicaciones Cortas, Carteles. | Dr. Herbert Stegemann, ASEREME, Venezuela |
| 14:30-15:00 | Revista Médica Hondureña: limitaciones y proyecciones. | Dr. Nicolás Sabillón, Consejo Editorial, Revista Médica Hondureña. |
| 15:00-15:30 | Conclusiones y recomendaciones. | |
| 15:30-16:00 | Clausura | |

**CURSO PRE-CONGRESO SOBRE PARTICIPACIÓN DEL MEDICO
EN ATENCIÓN DE DESASTRES**

Martes 8 de Julio 2008

SALÓN C

| HORA | TEMA | CONFERENCISTA |
|-------------|--|---|
| 08:00-08:30 | Políticas de la Secretaría de Salud en el Manejo de Desastres | Dr. Godofredo Andino |
| 08:30-09:10 | Evaluación y Manejo Inicial: triage | Dr. Michael J. Hoilien, MD, DO, PhD, Fuerza de Tarea Conjunta Bravo, Departamento de Defensa de Estados Unidos de América |
| 09:10-09:40 | Manejo de la vía aérea y ventilatorio | |
| 09:40-10:00 | Choque | |
| 10:00-10:30 | RECESO | |
| 10:30-10:50 | Trauma torácico | |
| 10:50-11:10 | Trauma abdominal | |
| 11:10-11:25 | Trauma de cabeza | |
| 11:25-11:40 | Trauma de columna y cordón medular | |
| 11:40-12:00 | Lesiones causadas por quemaduras y frío | |
| 12:00-13:00 | Lunch Symposium Código de ética de las Compañías Farmacéuticas | |
| 13:00-13:50 | Trauma musculo esquelético | |
| 13:50-14:00 | Transferencia a sitio de cuidados intensivos definitivos | |
| 14:00-15:30 | Demostración práctica del manejo de víctimas en masa | |
| 15:30-16:00 | Discusión | |

PROGRAMA CIENTIFICO
BLOQUE INVESTIGACION CIENTIFICA
Miércoles 9 de Julio 2008

SALÓN A

| HORA | | TEMA | CONFERENCISTA |
|-------------|------|--|--|
| | | <i>Simposium</i> Importancia de la ética en la publicación científica y parámetros de calidad Moderadora: Jackeline Alger, Consejo Consultivo BVS, Honduras | |
| 08:00-8:45 | 3CS | Ética en la publicación científica: autoría, conflictos de interés, plagio, publicación redundante. | Dr. Herbert Stegemann |
| 08:45-9:30 | 4CS | Criterios de calidad de las revistas científicas. Indicadores | Dr. Sergio Alvarado |
| 09:30-10:00 | | Discusión | |
| 10:00-10:30 | | RECESO | |
| | | Módulo de Investigación <i>Simposium</i> Elementos estratégicos de un proyecto de investigación Moderadora: Edna Maradiaga, Unidad de Investigación Científica, UNAH | |
| 10:30-11:00 | 5CS | Proceso Metodológico de una Investigación. | Dra. Edna Maradiaga |
| 11:00-11:30 | 6CS | Elaboración de un perfil de Proyecto de Investigación. | Dr. Iván Espinoza Salvadó |
| 11:30-12:00 | 7CS | Planeación y Evaluación efectiva de Proyectos. | Dra. Jackeline Alger |
| 12:00-13:00 | | RECESO | |
| 13:00-13:20 | 1TL | El Comité de Ética en Investigación Biomédica de la Facultad de Ciencias Médicas, UNAH: Experiencia 2000 – 2008. | Dra. Eleonora Espinoza |
| 13:20-14:00 | 8CM | La Investigación en el área de salud en Honduras. Oportunidades para desarrollo y apoyo de los investigadores. | Ing. Ivette Castillo |
| 14:00-14:30 | 9CM | Modulo de Neurología Genes de epilepsias descubiertas en Honduras: EFHC1, GABRB3. | Dr. Marco Tulio Medina |
| 14:30-15:15 | 10CM | Consecuencias Neurológicas de la Nutrición. | Dra. Claudia Amador, Rebecca Hernández |
| 15:15-15:45 | 11CM | Neuroinfecciones. | Dra. Janeth Bú |
| 15:45-16:15 | 12CM | Enfermedad de Alzheimer y el desarrollo de la primera asociación en Honduras. | Dr. Roberto Padilla |
| 16:15-16:30 | 2TL | Manejo Avanzado del Ictus. | Dr. Nelson Chinchilla |
| 16:30-16:45 | 3TL | Meningitis por Leptospira. | Dr. Álvaro Mayorga |
| | 4TL | El Registro Tegucigalpa/OMS de Enfermedad Cerebro-Vascular: Análisis prospectivo multivariado de factores de riesgo asociados a mortalidad temprana en pacientes hospitalizados con eventos cerebro vasculares agudos isquémicos y hemorrágicos. | Dr. Luis César Rodríguez |
| 16:45-17:00 | 5TL | La enfermedad de Creutzfeldt Jacob en Honduras. Casos clínicos. | Dr. Arnold Thompson |

BLOQUE EDUCACIÓN MÉDICA A NIVEL DE POSTGRADOS**Miércoles 9 de Julio****SALÓN B**

| HORA | | TEMA | CONFERENCISTA |
|-------------|------|--|--------------------------------|
| 08:00-8:30 | 13CM | Moderador: Dr. Arnoldo Zelaya Rodríguez Reseña histórica de los postgrados clínicos en Honduras. Estructura organizativa actual. | Dr. Carlos Vargas |
| 08:30-8:50 | 14CM | Selección de candidatos; Monitoreo y evaluación de los Residentes. | Dra. Martha Matamoros |
| 08:50-9:10 | 15CM | Proyecto de adhesión de los postgrados clínicos a la Facultad de Ciencias Médicas. | Dr. Renato Valenzuela |
| 09:10-9:30 | 16CM | Perfil del médico especialista, según la Secretaría de Salud Pública. | Dra. Elsa Palou |
| 09:30-9:50 | 17CM | Perfil del médico especialista, según el Instituto Hondureño de Seguridad Social. | Dr. Efraín Bú Figueroa |
| 09:50-10:10 | | Discusión | |
| 10:10-10:40 | | RECESO | |
| 10:40-10:00 | 18CM | Condiciones mínimas para abrir un Postgrado clínico. | Dr. Rolando Aguilera |
| 11:00-11:20 | 19CM | Experiencias de los Residentes de los diferentes Postgrados Clínicos. | Dr. Marlon Barahona |
| 11:20-11:40 | 20CM | Rol del Colegio Médico de Honduras en los programas de postgrados clínicos. | Dr. Mario Luís Noé Villafranca |
| 11:40-12:00 | | Discusión | |
| 12:00-13:00 | | RECESO | |
| 13:00-13:30 | 21CM | Postgrado de Neurología como programa piloto de la World Federation of Neurology. | Dr. Marco Tulio Medina |
| 13:30-13:45 | 6TL | Trabajos libres Prevalencia del síndrome de burnout en médicos residentes de los post-gradados de medicina. | Dra. Teresa Reyes |

BLOQUE PROCESO DE RECERTIFICACIÓN PROFESIONAL**Miércoles 9 de Julio 2008****SALÓN C**

| HORA | | TEMA | CONFERENCISTA |
|--------------|------|--|---|
| 08:00-08:30 | 22CM | Pertinencia y Calidad de la Educación Superior | Dra. Rutilia Calderón |
| 08:30-09:00 | 23CM | Evaluación para la Acreditación de los Programas de Postgrado | Dra. Margarita Oseguera |
| 09:00-09:30 | 24CM | Actualidad en Informática: Telemática y Telemedicina | Dr. Jesús Pineda |
| 09:30-09:45 | | Preguntas | |
| 10:00-10:30 | | RECESO | |
| 10:30-11:00 | 25CM | Herramientas y Aplicaciones Virtuales de Aprendizaje en la Educación Médica Continua | Dra. Patricia Hernández |
| 11:00-12:00 | 26CP | Panel sobre los Alcances en la Calidad de Atención Médica del Proceso de Recertificación Profesional en Honduras | Dr. Renato Valenzuela, Dr. Concepción Ramos, Dra. Elsa Palou, Dr. Mario Noé Villafranca |
| 12:00 -13:00 | | RECESO | |
| 13:00-13:30 | 27CM | Megaproyecto Cooperativo de Recertificación del Colegio Médico de Honduras | Dr. Jesús Alberto Pineda |

BLOQUE PEDIÁTRICO**Jueves 10 de Julio 2008****SALÓN A**

| HORA | | TEMA | CONFERENCISTA |
|-------------|------|--|---|
| 08:00-08:30 | 28CM | Lactancia Materna, Ventajas. | Dra. Ediltrudys Colindres |
| 08:30-09:00 | 29CM | Alimentación en el niño menor de 5 años. | Dra. Delia Padilla |
| 09:00-09:30 | 30CM | Diarrea Aguda. Terapia de Rehidratación Oral y Alimentación. | Dra. Ediltrudys Colindres |
| 09:30-10:00 | 31CM | Formulas Lácteas Especiales. Indicaciones. | Dra. Delia Padilla |
| 10:00-10:30 | | RECESO | |
| 10:30-11:00 | 32CM | Faringoamigdalitis. Tratamiento adecuado. | Dr. Carlos Fernando Grazioso |
| 11:00-11:30 | 33CM | Resfriado Común. Tratamiento y uso inapropiado de antibióticos. | Dr. Wilfredo Cáceres |
| 11:30-12:00 | 34CM | Neumonía en el niño. | Dr. Carlos Fernando Grazioso |
| 12:00-13:00 | | Simposio Almuerzo Antibióticos. Clasificación, uso inadecuado y resistencia bacteriana. | Dr. Carlos Fernando Grazioso |
| 13:00-14:00 | 35CM | Vacunas en el niño y el adulto. Falsas contraindicaciones. | Dra. Ida Berenice Molina Dra. Maribel Rivera |
| 14:00-14:15 | 7TL | Trabajos libres Características clínicas y respuesta terapéutica de la Neumonía Adquirida en la Comunidad en niños del INCP. | Dra. Jessica Banegas |
| 14:15-14:30 | 8TL | Respuesta al tratamiento con hormona de crecimiento en pacientes del Hospital Escuela. | Dr. Guillermo Villatoro |
| 14:30-14:45 | 9TL | Enteropatógenos asociados con Diarrea Aguda en Honduras. | Dr. Gustavo Adolfo Ávila |
| 14:45-15:00 | 10TL | Eficacia de la Bedesonide Nebulizada para Crisis Asmática Leve y Moderada. | Dra. Jessica Banegas |
| 15:00-15:15 | 11TL | Revisión del Genotipo-Fenotipo de pacientes con Hiperplasia Suprarrenal Congénita en los últimos 8 años en el Hospital Escuela e IHSS. | Dra. Lesby Espinoza |
| 15:15-15:30 | 12TL | Neoplasia Endocrina Múltiple 2B. | Dra. Lesby Espinoza |
| 15:30-15:45 | 13TL | Impacto del Programa "Educación en Diabetes Mellitus para la prevención de complicaciones agudas y crónicas" Servicio de Endocrinología Pediátrica Hospital Escuela. | Dr. Guillermo Villatoro |
| 15:45-16:00 | 14TL | Encefalitis Crónica de Rasmussen: Reporte de tres casos | Dr. Miguel Solano |
| 16:00-16:15 | 15TL | Transmisión Perinatal de dengue en Honduras. | Dr. Raúl Carrasco |
| 16:15-16:30 | 16TL | Síndrome de Beckwith-Wiedemann, reporte de un caso. | Dr. Armando Berlóz |

BLOQUE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA**Jueves 10 Julio 2008****SALÓN B**

| HORA | | TEMA | CONFERENCISTA |
|-------------|------|--|------------------------|
| 08:00-08:30 | 36CM | Terapia de Reemplazo Hormonal y Cáncer de mama. | Dr. Manuel Sandoval |
| 08:30-09:00 | 37CM | Climaterio y Calidad de vida. | Dr. Leonel Ramírez |
| 09:00-09:30 | 38CM | Menopausia. Sangrado uterino con o sin Terapia de Reemplazo Hormonal. | Dr. Gaspar Vallecillo |
| 09:30-10:00 | 39CM | Obesidad y climaterio. | Dra. Karen Fúnez |
| 10:00-10:30 | | RECESO | |
| 10:30-11:00 | 40CM | Manejo activo del Tercer Periodo del parto. | Dr. Jesús Vallecillo |
| 11:00-11:30 | 41CM | Prevención del Aborto inseguro. | Dra. Karla Castellanos |
| 11:30-12:00 | 42CM | Morbilidad Obstétrica severa. | Dra. Wendy Cárcamo |
| 12:00-13:00 | | Almuerzo simposio Enfermedades de Transmisión sexual. | Dra. Doria Carrasco |
| 13:00-13:30 | 43CM | Control Prenatal. | Dr. Juan Carlos Fúnez |
| 13:30-14:00 | 44CM | Interpretación de citología vaginal. | Dra. Sobeida López |
| 14:00-14:30 | 45CM | Referencias a colposcopia en el Hospital –San Felipe. | Dr. José Manuel Claros |
| 14:30-15:00 | 46CM | Prevalencia del Virus de Papiloma Humano en estudiantes universitarias. | Dr. Arnoldo Zelaya |
| 15:00-15:30 | 47CM | Vacuna contra el Virus del Papiloma Humano. | Dr. Elmer Turcios |
| | | Trabajos Libres | |
| 15:30-15:45 | 17TL | Corioangioma placentario: Informe de Un caso. | Br. René Aguilar |
| 15:45-16:00 | 18TL | Manejo del Síndrome de Rokitansky-Küster-Hauser por Laparoscopia. Reporte de un caso. | Dr. Mario Pinto |

BLOQUE EPIDEMIOLOGÍA Y SALUD PÚBLICA
Jueves 10 de Julio 2008

SALÓN C

| HORA | | TEMA | CONFERENCISTA |
|-------------|------|---|---------------------------------|
| 08:00-08:30 | 48CM | Estado actual de la Vigilancia Entomológica en Honduras. | Dr. Luís Rivera |
| 08:30-09:00 | 49CM | Experiencias de atención primaria en salud en Honduras. | Dr. J. Ramón Pereira |
| 09:00-09:30 | 50CM | Situación epidemiológica Nacional de enfermedades prevalentes. | Dr. Marco Pinel |
| 09:30-10:00 | 51CM | Geología y el impacto de la minería en la salud. | Dr. Juan Almendárez |
| 10:00-10:30 | | RECESO | |
| 10:30-11:00 | 52CM | Situación Nacional de Dengue. | Dra. Roxana Araujo |
| 11:00-11:10 | 53CS | Simposio de Infectologia Introducción al Simposium Situación actual de las enfermedades infecciosas en Hondura: retos y recomendaciones. | Dr. Jorge Fernández |
| 11:10-11:40 | | Micosis. | Dr. Carlos A. Javier |
| 11:40-12:10 | | Infecciones Virales. | Dra. Maribel Rivera |
| 12:10-13:00 | | Almuerzo Infecciones bacterianas. | Dr. Denis Padgett |
| 13:00-13:30 | | Parasitosis. | Dra. Jackeline Alger |
| 13:30-14:00 | | Enseñanza de las enfermedades infecciosas. | Dr. Renato Valenzuela |
| 14:00-14:15 | 19TL | Trabajos libres Evaluación de la respuesta al tratamiento etiológico de la Enfermedad de Chagas menores de 15 años. | Dr. Concepción Zúniga |
| 14:15-14:30 | 20TL | Modelo Eco-sistémico del abordaje de Enfermedad de Chagas. | Dr. Manuel Sierra |
| 14:30-14:45 | 21TL | Evaluación de los efectos adversos de Nifurtimox en el tratamiento de la Enfermedad de Chagas. | Dra. Orfa Reyes Ochoa |
| 14:45-15:00 | 22TL | Implementación de programa escolar ambiental para el control <i>Aedes aegyptii</i> | Dr. Gustavo Adolfo Ávila Montes |
| 15:00-15:15 | 23TL | Informe de un caso de malaria por Plasmodium falciparum procedente de un país africano con resistencia reconocida a la cloroquina. | Dra. Christy Sierra |
| 15:15-15:30 | 24TL | Estilo de vida en escolares de escuelas públicas de Tegucigalpa, Honduras. | Dra. María Félix Rivera |
| 15:30-15:45 | 26TL | Vigilancia de la malaria en el Departamento de Atlántida. Honduras. | Dra. Daisy Guardiola Ramos |
| 15:45-16:00 | 27TL | Fortalecimiento de la respuesta local para la lucha contra la malaria en los departamentos de Choluteca y Valle a través del Proyecto Fondo Global Honduras, periodo 2003-2008. | Dr. Norlan Maradiaga |
| 16:00-16:15 | 28TL | Gestión de aseguramiento de la calidad del diagnóstico microscópico de la malaria: Conceptos y propuesta de implementación en Honduras. | Dra. Jackeline Alger |

BLOQUE MEDICINA INTERNA
Viernes 11 de Julio 2008

SALÓN A

| HORA | | TEMA | CONFERENCISTA |
|-------------|------|--|--------------------------|
| | | Modulo Metabólico | |
| 08:00-08:30 | 54CM | Controversias en el diagnóstico y manejo del Síndrome Metabólico. | Dr. César Ponce |
| | | | |
| 08:30-08:50 | 55CM | Dieta en el Síndrome Metabólico. | Dra. Mayra García |
| 08:50-09:10 | 56CM | ¿Tiene la Diabetes Mellitus tipo 2, alternativa de tratamiento quirúrgico? | Dr. Juan Carlos Mendoza |
| 09:10-09:30 | 57CM | Abordaje de la Patología de Tiroides | Dr. Daniel Pérez |
| 09:30-09:50 | 58CM | Esteatosis Hepática no Alcohólica (NASH). | Dr. Juan Carlos Zapata |
| 09:50-10:20 | | RECESO | |
| | | Modulo de Neumología | |
| 10:20-10:40 | 59CM | VIH y Pulmón. | Dra. Cecilia Varela |
| 10:40-11:00 | 60CM | Tuberculosis. | Dra. Suyapa Sosa |
| 11:00-11:20 | 61CM | Lucha Antitabaco. | Dra. Odessa Henríquez |
| | | Modulo Cardiovascular | |
| 11:20-11:40 | 62CM | Abordaje de Dolor Torácico en Emergencias. | Dr. Roberto Ramos Marini |
| 11:40-12:00 | 63CM | Nueva Clasificación del Infarto Miocárdico. | Dr. Gustavo A. Moncada |
| | | Almuerzo Simposium | |
| 12:00-13:00 | | Desafíos en la Oncología hondureña del Siglo XXI | Dr. Ricardo E. Búlnes M. |
| 13:00-13:20 | 64CM | Dispositivos implantables en cardiología; Experiencia en el Instituto Cardiopulmonar. | Dr. César A Carrasco |
| 13:20-13:40 | 65CM | Actualización en Hipertensión Arterial. | Dr. Gustavo A. Moncada |
| 13:40-14:00 | 66CM | Determinación del estado nutricional en mayores de 60 años en el centro de día del IHSS. | Dr. Ángel Pineda Madrid |
| | | Modulo Dermatología | |
| 14:00-14:20 | 67CM | Desafíos en Vitiligo; Revisión de terapias innovadoras y experiencias terapéuticas personales. | Dr. Omar Zúniga |
| 14:20-14:40 | 68CM | Tratamiento quirúrgico ambulatorio de cáncer de piel; Experiencia en el Servicio de Dermatología Hospital Escuela, Tegucigalpa, 2006-2008. | Dra. Miriam González |
| 14:40-15:00 | 69CM | La lepra en Honduras, ¿Mito o realidad? | Dra. Nelly Sandoval |
| | | Trabajos libres | |
| 15:00-15:15 | 29TL | Dermatomiositis juvenil: reporte de un caso. | Dra. Miriam González |
| 15:15-15:30 | 30TL | Síndrome del Nevo Basocelular; Tres casos. | Dra. Cinthia Espinoza |
| 15:30-15:45 | 31TL | Leishmaniasis Cutánea en Honduras: Informe de dos casos atendidos en el Hospital Escuela. | Dra. Nancy Matute |
| 15:45-16:00 | | PREGUNTAS | |

BLOQUE CIRUGÍA Y ANESTESIOLOGÍA
Viernes 11 de Julio 2008

SALÓN B

| HORA | | TEMA | CONFERENCISTA |
|-------------|------|---|-------------------------|
| 08:00-08:30 | 70CM | Cirugía de Tiroides; Experiencia de 10 años en el Instituto Nacional del Tórax. | Dra. Carolina Fortín |
| 08:30-09:00 | 71CM | Cirugía de investigación: de la cirugía bariátrica a la cirugía metabólica | Dr. Jorge Deras |
| 09:00-09:30 | 72CM | Oportunidad quirúrgica del paciente anciano. | Dr. Ángel Pineda Madrid |
| 09:30-10:00 | 73CM | Trasplante renal con donador cadavérico. | Dr. Elio Mena |
| 10:00-10:30 | | RECESO | |
| 10:30-11:00 | 74CM | Hernioplastia Laparoscopia totalmente extraperitoneal (TEP); Experiencia institucional, IHSS. | Dr. Álvaro Julián Fúnez |
| 11:00-11:30 | 75CM | Anticoagulación Pre y Post operatoria. | Dr. Bayardo Paguada |
| 11:30-11:45 | 32TL | Hemorragia Intracerebral debido a mordedura de serpiente: 2 casos | Dr. Karim Villalobos |
| 11:45-12:00 | 33TL | Uso de Bebacizumab en el tratamiento de la Neovascularización Coroidea secundaria a Miopía Patológica | Dr. Mario Santos |
| 12:00-13:00 | | RECESO | |
| 13:00-13:30 | 76CM | Evaluación del Dolor Abdominal Agudo en Emergencias | Dr. Lisandro Ponce |
| 13:30-13:45 | 34TL | Nasoangiofibroma juvenil: Abordaje quirúrgico de fosa pterigopalatina e infratemporal en la recurrencia de un caso de Nasoangiofibroma juvenil. | Dr. Benjamín Cano |
| 13:45-14:00 | 35TL | Cirugía ortopédica, Ataque de Tiburón. | Dr. José Avilez. |
| 14:00-14:15 | 36TL | Invaginación Intestinal secundaria al Síndrome de Peutz-Jeghers: Reporte de un caso. | Dra. Marcela Pineda |
| 14:15-14:30 | 37TL | Tumor Miofibroblástico Inflamatorio: Presentación de un caso. | Dr. Benjamín Cano |
| 14:30-14:45 | 38TL | Reutilización de circuitos de anestesia; un factor de riesgo de infección nosocomial. | Dra. Ofelia Loani Elvir |
| 14:45-15:00 | 39TL | Manejo Intervencionista del Dolor Crónico. Experiencia a 15 años de la fundación de la Unidad Intervencionista del Dolor en San Pedro Sula. | Dra. Carolina Haylook |
| 15:00-15:15 | 40TL | Intubación Orotraqueal en pacientes obesos Mórbidos con Air track. Un caso. | Dr. Franklin del Cid |
| 15:15-15:30 | 41TL | Estableciendo un programa de Cirugía en Epilepsia fármaco resistente: Reporte de 3 años. | Dra. Sofía Dubón |
| 15:30-15:45 | 42TL | Neuroimagenes del paciente adicto a los solventes inhalados. | Dr. Carlos Paz Haslam |

BLOQUE PSIQUIATRÍA Y ONCOLOGÍA**Viernes 11 Julio 2008****SALÓN C**

| HORA | | TEMA | CONFERENCISTA |
|-------------|------|--|-----------------------------|
| 08:00-08:30 | 77CM | Simposio de Psiquiatría Nuevas Fronteras en Salud Mental Neuropsicoanálisis; Una nueva disciplina | Dr. Mario Mendoza |
| 08:30-09:00 | 78CM | Bioética y Psiquiatría. | Dr. Mario Aguilar |
| 09:00-09:30 | 79CM | La influencia del Género en las manifestaciones clínicas de la depresión en la mujer. | Dra. Sara Murillo |
| 09:30-10:00 | 80CM | La evaluación psiquiátrica pre quirúrgica en el manejo de la obesidad. | Dra. Holly Palacios |
| 10:00-10:30 | | RECESO | |
| 10:30-11:00 | 81CM | Emergencias Psiquiátricas. | Dra. Rita Delattibodier |
| 11:00-11:15 | 43TL | Trabajos Libres Manifestaciones Psiquiátricas de enfermedades Neurológicas; a propósito de dos casos. | Dr. Lázaro Molina |
| 11:15-11:30 | 44TL | Brote de Histeria Conversiva entre estudiantes del Instituto Froylan Turcios, Municipio de San Francisco de Becerra, Olancho, 2003. | Dra. Ofelia Martínez |
| 11:30-12:00 | 45TL | Sesión de Pósters Neuromielitis óptica de Devic: reporte de primer caso de la literatura Hondureña y utilidad de los estudios de imagen en su diagnóstico | Dr. Arnold Thompson |
| | 46TL | Utilidad de estudios de imagen en Epilepsia sintomática: paciente con calcificaciones y lesión infiltrativa del SNC. | Dr. Miguel Solano |
| | 47TL | Hallazgos electro-diagnósticos en pacientes con Síndrome de Guillán Barré | Dra. Carmen Julissa Aguilar |
| | 48TL | Caracterización clínica epidemiológica de pacientes con esclerosis múltiple a nivel nacional con el método captura recaptura | Dra. Carmen Julissa Aguilar |
| | 49TL | Caso Clínico Pediátrico: severo retraso del desarrollo motor en lactante no identificado oportunamente en el control de crecimiento y desarrollo en el primer año de vida. | Dra. Karina Lagos |
| | 50TL | Metodología de estudio de los alumnos para un examen en las carreras de Medicina y Enfermería de la Facultad de Ciencias Médicas en el año 2007 | Br. Walter Iván Girón |
| 12:00-13:00 | | Almuerzo Simposio Nuevas Tendencias en el Manejo de los trastornos de ansiedad. | Dra. Sara Murillo |
| 13:00-13:30 | 82CM | Simposio Oncología Situación Actual de Cáncer de mama en Honduras y en el mundo. | Dr. Borlin Galeas |
| 13:30-14:00 | 83CM | Indicaciones Actuales de Resonancia Magnética de mamas. | Dr. Carlos Paz Haslam |
| 14:00-14:30 | 84CM | Tumores Malignos de Glándulas salivares. | Dr. José Naún Lemus |
| 14:30-15:00 | 85CM | Hallazgos clínico-epidemiológicos de los pacientes con Cáncer Gástrico. Hospital Evangélico, Siguatepeque, 1992-2007. | Dr. Enrique Martínez Reina |
| 15:00-15:15 | 86CM | Mitos y realidades de los Opioides. | Dr. Carlos A. Rico |
| 15:15-15:30 | 87CM | Cuidados Paliativos: La mejor opción para el paciente Terminal. | Dra. Ofelia Loani Elvir |
| 15:30-15:45 | 88CM | Cáncer y Riñón | Dr. Evandro Valladares |
| 15:00-16:00 | | Presentación del Libro: Medicina Psicosomática | Dr. Daniel Herrera Salinas |

ACTIVIDADES SOCIOCULTURALES

MIÉRCOLES 9 DE JULIO -2008

Ceremonia formal de inauguración de LI Congreso Médico Nacional y cocktail de bienvenida. Una deliciosa selección de vinos y quesos acompañados de un cuarteto de cuerdas. Centro de Convenciones Hotel Honduras Maya. 8:00 PM.

VIERNES 11 DE JULIO-2008

Ceremonia de clausura del LI Congreso Medico Nacional. Centro de Convenciones Hotel Honduras Maya. 4:00 PM.

Fiesta Carnaval, Hora: 8:00 PM

Traje Formal.

Centro de Convenciones Hotel Honduras Maya

PROGRAMA CEREMONIA INAGURAL

Miércoles 9 de Julio, 20:00 horas

Centro de Convenciones Hotel Honduras Maya

Maestro de Ceremonia: Dr. Darío Zúniga

1. Entrada solemne del pabellón Nacional y del Estandarte del Colegio Médico de Honduras
2. Integración de la mesa principal:
Dr. Mario Noé Villafranca: Presidente del Colegio Médico de Honduras
Dr. Mario Rivera López: Representante de alcaldía Municipal
Dra. Elsa Palou: Ministra de Salud Pública
Dr. Jorge Fernández: Presidente del Comité Organizador LI Congreso Médico Nacional
3. Invocación a Dios
4. Himno Nacional de Honduras
5. Palabras de Bienvenida por Dr. Jorge Fernández
6. Reseña Biográfica de la Dra. Anarda Estrada.
7. Entrega de reconocimiento a la Dra. Anarda Estrada por parte del Dr. Jorge Fernández.
8. Palabras alusivas al acto por Dr. Mario Rivera
9. Palabras de inauguración al LI Congreso Médico Nacional por el Dr. Mario Noé Villafranca
10. Cocktail de Bienvenida en compañía de un maravilloso cuarteto de cuerdas.

PROGRAMA CEREMONIA DE CLAUSURA

Viernes 11 de Julio del 2008, 16:00 horas

Centro de Convenciones Hotel Honduras Maya

Maestra de Ceremonias: Dra. Claudia Almendárez

1. Premiación a los mejores trabajos libres: Dr. Gustavo Moncada.
2. Palabras de Despedida del Dr. Jorge Fernández, Presidente del Comité Organizador del LI CONGRESO Médico Nacional.
3. Palabras de Clausura de parte del Dr. Mario Noé Villafranca Presidente del Colegio Médico de Honduras.

RESEÑA BIOGRAFICA DE LA DRA. ANARDA ESTRADA DOMINGUEZ



La Dra. Estrada Domínguez nació en la Ciudad de Gracias, Departamento de Lempira el 24 de Abril de 1928. Fueron sus padres Don José Santos Estrada Muñoz, graciano, Procurador Judicial y Doña Carmen Josefa Domínguez Gutiérrez, maestra de educación pública, nacida en Corquín, Copán. Fue bautizada con el nombre de Emelda Anarda por el obispo de Santa Rosa de Copán, Monseñor Ángel María Navarro, siendo la 5ª de seis hermanos: María Altagracia, Juan Jacobo, José Ramón, Gloria del Carmen, Emelda Anarda y Jesús María.

Desde muy temprana edad demostró su deseo de aprender a leer siendo así que a los cinco años logró que su madre le enseñara las primeras letras y con la ayuda de sus hermanos, aprendió a leer en el libro de lectura del 1er Grado del Prof. Federico Canales. Años más tarde, mientras tenía horas de descanso de sus tareas escolares, leía libros de cuentos y revistas infantiles que sus padres le proporcionaban como premio a sus éxitos escolares. Hizo sus estudios primarios en la Escuela Presentación Centeno dirigida por la educadora María Elena de Hernández, su maestra de 1er y 2do grado, quien siempre la estimuló poniéndola como ejemplo. Los estudios secundarios los hizo en el Instituto Ramón Rosa de la Ciudad de Gracias, obteniendo menciones honoríficas en cada año de estudios y premios que otorgaban los maestros a los mejores alumnos de esa época. Sus padres poseían una pequeña granja “Los Molinos” a inmediaciones de la ciudad a donde iba con sus hermanos a disfrutar del aire libre y ayudar en labores agrícolas y pecuarias en sus horas libres. Cuando tenía 11 años falleció su padre lo cual afectó grandemente la situación familiar. La hermana mayor, maestra, profesora de la Escuela República de México de Puerto Cortés, se hizo cargo del sostenimiento de los estudios de sus hermanos y todos en sus horas libres atendían el cuidado de la granja que prosperó en producción y rentabilidad administrada por su madre, quien también trabajaba como maestra en el Instituto Ramón Rosa de la ciudad.

En Febrero de 1945, a los 17 años, se graduó de maestra y bachiller y fue nombrada profesora de la Escuela Primaria Presentación Centeno en donde se desempeñó como maestra del Primer Grado desarrollando la metodología de ideas asociadas del Dr. Decroly para la enseñanza de la lectura, aplicada a la práctica del alumno y al conocimiento necesario en su entorno. Metodología que aprendió en un curso vacacional dirigido por educadores chilenos y costarricenses. Tra-

bajó dos años con éxito, sin embargo, su deseo era continuar sus estudios universitarios y en 1948, con el apoyo de sus hermanos mayores que ya estaban graduados en Tegucigalpa, se vino a estudiar medicina graduándose en 1955 de Dra. en Medicina y Cirugía con altas calificaciones, siendo así que obtuvo medalla de oro de la Asociación Médica Hondureña con honor al mérito y una beca para hacer estudios de especialización en Francia.

Durante sus estudios trabajó como practicante interna de los diferentes servicios hospitalarios durante cuatro años ascendiendo a médico residente de los servicios de medicina interna del Hospital San Felipe bajo la Dirección del distinguido internista Dr. Manuel Bueso, maestro de generaciones médicas, de quien aprendió, no solo la calidad científica en la atención del enfermo, sino el trato humano, la tolerancia, la comprensión y la paciencia para el cuidado del paciente. Fue así que en Septiembre de 1956 se inscribió en la Universidad de París, Francia, para iniciar estudios de especialización. Asistió diariamente a sus clases en los hospitales Baucicaut y Broussais-La Charité de París bajo la dirección de los profesores Jean Lenegre y C. Lian.

A su regreso a Honduras contrajo matrimonio con el Dr. Federico Fiallos, de cuya unión nacieron sus hijos Carlos Ernesto y Rafael Antonio, médico e ingeniero agrónomo respectivamente. El Dr. Federico Fiallos fue el primer director del Hospital Sta. Bárbara en la Ciudad de Sta. Bárbara, y la Dra. Estrada fue nombrada Jefe de los Servicios de Medicina del mismo hospital, hasta 1961, cuando fue nombrada Directora del Centro de Salud de Gracias, Departamento. Lempira, su ciudad natal, a petición de las autoridades del municipio que inauguraban ese año, el Centro Hospital. En 1964 Y 1965 hizo estudios de Medicina Preventiva y Salud Pública en Caracas, Venezuela en la Universidad Central de Venezuela. En 1966 fue Directora del Centro de Salud Alonzo Suazo y Catedrática de la Facultad de Medicina en Tegucigalpa. En 1967 regresó a París, Francia, a continuar los estudios de medicina en la especialidad de Cardiología en la Universidad de París con práctica en el hospital Baucicaut bajo la dirección del Profesor Jean Lenegre, demostrando siempre su interés en el estudio y dedicación al cuidado del paciente, que ameritó los mejores elogios, según certificación extendida por el Profesor Lenegre al otorgarle el diploma de especialidad en el área de cardiología. A su regreso a Honduras fue nombrada cardióloga del Hospital San Felipe en 1969 contribuyendo a la organización del Servicio de Cardiología del Instituto Nacional del Tórax que posteriormente fue trasladado al Hospital Escuela en donde prestó sus servicios hasta 1989, año en que fue nombrada Subdirectora General de Salud. En 1972 en unión de varios colegas contribuyó a la fundación de la Sociedad Hondureña de Cardiología, actuando como secretaria de la misma y en dos períodos fue su presidenta.

En 1990 después de haber trabajado 39 años en distintos hospitales y centros de salud del país, se retiró del sistema público de salud y está dedicada a la práctica privada de la profesión en el Hospital Centro Médico Hondureño de Tegucigalpa, en donde atiende a pacientes de escasos recursos provenientes de los hospitales públicos locales o diversas regiones del país. A gran número de enfermos les da, además de sus solícitas y oportunas atenciones médicas, ayuda con medicamentos, que para tales fines le proporcionan los visitantes médicos de los distintos laboratorios o droguerías, según el caso.

RESUMENES DE CONFERENCIAS

- CPC Conferencia Curso Pre Congreso**
CS Conferencia Simposium
CM Conferencia Magistral
CP Conferencia Panel

1CPC Aspectos Éticos en la Formación de Recursos Humanos en Medicina. Dr. Ángel Cruz Banegas, Comisión Ética y Práctica Médica, Colegio Médico de Honduras, Tegucigalpa, Honduras.

El Estado de Honduras a través de la Constitución de la República, confiere a la Universidad Autónoma de Honduras, la exclusividad de organizar, dirigir y desarrollar la Educación Superior y Profesional; en la misma dice que la docencia tiene una *función social y humana* que determina para el educador *responsabilidades científicas y morales* frente a sus discípulos, la institución en que laboran y a la sociedad. La Ley Orgánica de la Universidad Nacional Autónoma de Honduras, hace mención que son objetivos de la misma, entre otros, *“Formar profesionales del más alto nivel académico, cívico y ético capaces de enfrentar los desafíos que impone la sociedad.”* La UNAH, para cumplir sus funciones se estructura en Facultades, Centros Universitarios y Centros Regionales Universitarios, Departamentos, Carreras e Institutos y de esta manera la Facultad de Ciencias Médicas tiene entre sus objetivos: *“Formar médicos capacitados moral e intelectualmente para el desarrollo de la función social que les corresponde”* y *“Perseguir el perfeccionamiento profesional de sus egresados en lo científico y en lo ético.”* También le corresponde a la Facultad de Ciencias Médicas, la supervisión dentro de los programas de postgrado, al igual los empleadores, como son la Secretaría de Salud y el Instituto Hondureño de Seguridad Social. El Colegio Médico de Honduras tiene un papel muy importante en esta situación, a través de su función universitaria y su función ética. Como podemos leer todo lo anteriormente expuesto hace mención que el profesional de la medicina, tanto médico general como especialista deben regirse en su actuar diario con ética, moral y humanismo, todo médico en su quehacer cotidiano desempeña labores docentes, sea o no empleado de la Facultad de Ciencias Médicas, recordemos que la palabra Doctor viene del latín *docere*, que significa docente, el que enseña; es así como el especialista “enseña” al médico residente o de pregrado y en estos grupos hay “jerarquía académica”, que hace que cada uno de ellos, eduque a los que están en situaciones de menor jerarquía académica. Pero tristemente existen violaciones a la ética dentro de esa organización, las que no son de conocimiento de las autoridades correspondientes por temor, por parte de los agredidos, a que se tomen represalias en su contra. Durante la exposición se plantean algunas de esas violaciones tanto en pregrado y post grado y la responsabilidad que tienen los infractores a la ética en la formación los recursos humanos en medicina; además de hacer énfasis en el aspecto ético que nos manda a cumplir el Código de Ética del Colegio Médico de Honduras.

2CPC Medicina Paliativa vs. Eutanasia: Buen Morir o Buen Mentir. Tulio E. Velásquez Centro de Cáncer “Emma Romero de Callejas”, Tegucigalpa, Honduras.

Con el devenir de los años y el avance de la tecnología, los médicos nos hemos apegado sólo a tratar las molestias físicas de las enfermedades, dejando de lado aspectos importantes como el social, emocional y espiritual, en especial, con pacientes que sufren de enfermedades terminales, por lo que han ido surgiendo ideas equivocadas de aliviar el sufrimiento a través de prácticas anti-éticas y dando relevancia en forma sigilosa a la eutanasia. Por ello, hace ya unos cincuenta años nace la Medicina Paliativa como una respuesta al alivio de síntomas considerados de difícil manejo, sensación de abandono y temores que se producen en los pacientes y sus familias convirtiéndose así en un movimiento innovador, ya que retoma todos estos aspectos y brinda una atención o cuidado total a estos pacientes y familiares, ayudándoles a prepararse para la muerte y llegar a ella de la forma más apacible posible. Asimismo, la Medicina Paliativa toma aspectos éticos y los aclara de forma que no haya confusión alguna entre lo que está bien o lo que está mal en hacer, resultando en un tema de suma y actual importancia médica dentro de un mundo en constante cambio y desarrollo.

- 3CS Ética en la publicación científica: autoría, conflictos de interés, plagio, publicación redundante.** Dr. Herbert Stegemann, Asociación de Editores de Revistas Biomédicas Venezolanas, ASEREME, Caracas, Venezuela.
- 4CS Criterios de calidad de las revistas científicas. Indicadores.** Dr. Sergio Alvarado, Asociación Peruana de Editores Científicos, APECi, Lima, Perú.

Calidad proviene del latín *qualitas* o *qualitatis*, que significa perfección. Las normas ISO definen calidad como la totalidad de características de una organización, producto o proceso, que le confiere capacidad para satisfacer necesidades explícitas e implícitas. Estas necesidades se refieren a seguridad, disponibilidad, mantenibilidad, confiabilidad, facilidad de uso, economía (precio) y la conservación del ambiente. E. Deming, introduce el concepto que la calidad se define en términos de quien la valora, es decir el usuario, por lo tanto calidad total se define como la calidad del producto, del proceso y la satisfacción del usuario. En las revistas científicas, el producto es la revista impresa o electrónica; los procesos se refieren al proceso editorial y al proceso administrativo; y los usuarios a los que hay que satisfacer son los lectores (investigadores, profesionales e instituciones). Los más importantes son los lectores, pues si la revista no es leída no se cumple con la misión de la misma. Entonces ¿Cuáles son las dimensiones de la calidad de los usuarios? En general son la confiabilidad, las cosas tangibles, la prontitud de respuesta, seguridad, accesibilidad y empatía. Confiabilidad se refiere que se brinde el servicio prometido con seriedad y exactitud; en las revistas es la puntualidad, cumplir con la periodicidad y calidad del contenido. Lo tangible se refiere a la apariencia y material utilizado en el producto; es decir, tipo de papel (se debe usar papel alcalino), calidad de la impresión y de las fotografías. Prontitud de respuesta se refiere a la voluntad de ayudar a los usuarios, como la información oportuna; esto tiene relación con el proceso de selección y publicación de los artículos, y la pertinencia de los temas de revisión. Seguridad, se refiere a la calidad del contenido, mantener la confidencialidad y cumplir con la ética. Accesibilidad, tiene relación con el precio de la suscripción y la inclusión de la revista en bases de información, y finalmente, empatía, se refiere a la relación con los lectores e investigadores. Los parámetros de calidad que deben asegurar las revistas científicas son: Normalización editorial (Normas técnicas nacionales o internacionales, esenciales para la transferencia de información y que facilitan su registro, pues proporcionan información única, suficiente y confiable relativa al historial de cada revista y a su identificación), gestión (Cómo es administrada la revista, qué tan estable es y ha sido), visibilidad (Cómo se difunde) y contenidos (Se trata de aquéllos que el analista de información utiliza para describir bibliográficamente los contenidos). Todos los parámetros mencionados se refieren al producto (revista) y al proceso de publicación. La satisfacción del lector se mide indirectamente por el número de citas bibliográficas, de los artículos publicados en la revista. Entre estos se encuentran el factor de impacto y el índice de inmediatez. Otra forma de medir es el número de artículos descargados (cuando está en internet), por mes, por año, etc.

- 5CS Proceso Metodológico de una Investigación.** Dra. Edna Maradiaga. Unidad de Investigación Científica, Facultad de Ciencias Médicas, UNAH, Tegucigalpa, Honduras.

Para elaborar un proyecto de investigación se debe iniciar con un tema que interese estudiar, una idea, una preocupación, una necesidad o un acontecimiento que despierte un interés científico por indagar, conocer, explicar o proyectar. Se debe considerar la magnitud, frecuencia, distribución, las causas probables, las soluciones posibles y preguntas sin respuestas del tema seleccionado. Seguidamente se reflexiona sobre la importancia del tema, siendo necesario justificar los motivos por las cuales se realiza el estudio y expresar de manera clara y precisa las razones y motivaciones que llevan al investigador a desarrollar el proyecto. Hay que precisar o especificar el tema, y al formularse éste debe incluir donde, cuando y en quienes se investigará. Se identifica el objetivo general y los específicos los cuales nos delimitaran el problema a investigar. Después se construye el marco teórico o referencial, que nos ayudara a conocer el estado actual del conocimiento (hasta donde se ha llegado), brechas que existen y el vacío que se quiere llenar, además de identificar las posibles respuestas al problema (hipótesis) y sus elementos constitutivos(variables).Posteriormente se define el como hacer la investigación,

que tipo de estudio, las técnicas, los procedimientos que se utilizaran para recolectar la información, como se tabulara y se analizaran los datos, además se analizan los aspectos éticos que conlleva el estudio. Para organizar todo el trabajo se prepara un cronograma de las actividades, con fechas y se asignan responsables. Y para terminar se hará un presupuesto por pequeñas que sean las necesidades. Por último recordar que investigar se aprende investigando.

6CS Elaboración del perfil de un Proyecto de Investigación. Dr. Iván Espinoza. Unidad de Investigación Científica, Facultad de Ciencias Médicas, UNAH, Tegucigalpa, Honduras.

La elaboración de un perfil de proyecto de investigación es uno de los pasos más importantes que todo investigador debe dar, cuando pretende investigar una realidad de su entorno social. Un proyecto de investigación es una serie de actividades diseñadas para alcanzar un fin específico dentro de un presupuesto y tiempo establecido; que valore la factibilidad de los recursos humanos, materiales y económicos y las posibles barreras que se pudiesen presentar. Este proyecto de investigación puede plasmarse en un documento mediante la modalidad de perfil del proyecto o como un protocolo completo. Para alcanzar el fin específico del proyecto, desde un inicio se debe clarificar el propósito del proyecto de investigación, a través de la formulación correcta del problema de estudio mediante una revisión bibliográfica exhaustiva que permita a futuro elaborar un marco referencial, conceptual o teórico. Se caracteriza por contar con una finalidad y objetivos definidos, comienzo y fin determinado, plan de actividades organizado, trabajo en equipo definido y recursos asignados. Existen varias guías para la formulación de un perfil de un proyecto de investigación, las cuales variarán dependiendo de los organismos financiadores o patrocinadores. En general, la información contenida en el perfil debe ser suficiente y precisa, de tal manera que las personas que consulten el perfil encuentren en pocas páginas toda la información que les permita comprender y evaluar el proyecto de una manera general. Será en un momento posterior y conforme al interés de la agencia financiadora o patrocinadora que se podrá avanzar en la elaboración de un protocolo completo que incluya información al detalle sobre la investigación que se pretende realizar y que por supuesto deberá ampliar aspectos sobre el tipo de estudio a realizar (observacional o no observacional), descriptivo o analítico), el tiempo a realizarse (transversal o longitudinal), la unidad de análisis (individual o grupal) y otros componentes de un protocolo completo. De manera general, un perfil de proyecto incluye las siguientes secciones: 1) Título, 2) Equipo investigador, 3) Antecedentes y justificación de la propuesta, 4) Objetivos e hipótesis, 5) Metodología, incluyendo el dictamen del comité de ética, 6) Presupuesto y cronograma de actividades, 6) Referencias bibliográficas y 7) Anexos. Dependiendo de la institución que realice el llamado a presentar perfiles de proyectos de investigación, estas pueden solicitar a los investigadores que incluyan otras secciones como resumen ejecutivo, potenciales beneficiarios y aportes esperados del proyecto. Estas mismas instituciones podrán pedir en un segundo momento, conforme al interés que refleje el perfil presentado, una ampliación de la presentación del proyecto a través de un protocolo completo que incluya entre otros: definición del problema, objetivos, marco teórico o referencial, variables e hipótesis. Así como también deberá incluir los aspectos de planificación, diseño metodológico, descripción del área geográfica de estudio, tipo de estudio, universo y muestra, técnicas e instrumentos de recolección y plan de tabulación y análisis.

7CS Planeación y Evaluación efectiva de Proyectos. Dra. Jackeline Alger. Unidad de Investigación Científica, Facultad de Ciencias Médicas, Universidad Nacional Autónoma de Honduras, Tegucigalpa, Honduras.

Los investigadores y financiadores de la investigación en salud han reconocido la necesidad del desarrollo de la capacidad en planeación y evaluación efectivas de proyectos. La planeación es un elemento clave de las buenas prácticas en la ejecución de los proyectos de investigación. Contribuye a asegurar la calidad en la conducción, la recolección de datos, el seguimiento del progreso y el informe de resultados de un estudio. El Programa de Investigación y Capacitación en Enfermedades Tropicales (TDR) de la Organización Mundial de la Salud ha desarrollado un curso exitoso, derivado de los cursos sobre buenas prácticas, para reforzar las habilidades en planeación y evaluación de proyectos de los investigadores en países en desarrollo. En la capacitación se enseña que la planeación y evaluación efectivas de proyectos debe comprender las siguientes fases: Fase I) Definición del propósito y el alcance del proyecto, Fase II) Planeación y Fase III) Implementación y evaluación. La descripción del propósito y del alcance del proyecto ubica el proyecto en contexto,

define sus límites y propone la finalidad, objetivos e indicadores de una forma lógica. La descripción se conforma a través de la enumeración de los pasos principales requeridos para alcanzar los objetivos y sirve como una base para presentar el proyecto, escribir una propuesta y buscar colaboradores. El proceso de establecer un plan de desarrollo o plan de trabajo del proyecto involucra reunir toda la información sobre el proyecto y presentarla de una manera que sea entendida y acordada por todas las partes interesadas. Usualmente esta estructura del plan de trabajo se presenta en forma gráfica o esquemática de tal manera que se aprecie la relación de los pasos principales con las actividades, y éstas con las tareas y sub-tareas. Se pueden utilizar herramientas como los diagramas de Gantt y PERT. El plan de trabajo es una herramienta dinámica, la cual debe utilizarse y actualizarse durante el transcurso del proyecto. Una vez que el plan de trabajo está acordado, se puede implementar el proyecto a tiempo, bajo las normas de calidad acordadas y dentro del presupuesto. Esto también permite monitorizar el proyecto con regularidad, hacer los cambios requeridos y acordados, cerrar y evaluar el proyecto, así como desarrollar los informes. Se espera que a través de la capacitación en planeación y evaluación efectivas de proyectos se fortalezca la capacidad local de competir a nivel internacional en la presentación de propuestas de investigación y en la implementación de dichos proyectos, así como en el establecimiento de colaboraciones exitosas.

- 8CM La Investigación en el área de salud en Honduras. Oportunidades para desarrollo y apoyo de los investigadores. Fuentes de financiamiento disponibles.** Ing. Ivette Castillo. COHCIT; Fundación Salvador Moncada; Tegucigalpa, Honduras.
- 9CM Genes de epilepsias descubiertas en Honduras: EFHC1 (Neurology 2008), GABRB3.** Dr. Marco Tulio Medina, Postgrado de Neurología, UNAH, Hospital Escuela, Tegucigalpa, Honduras.
- 10CM Consecuencias Neurológicas de la Nutrición.** Dra. Claudia Amador. Postgrado de Neurología, UNAH, Hospital Escuela, Tegucigalpa, Honduras.
- 11CM Neuroinfecciones.** Dra. Janeth Bú. Postgrados de Neurología, Medicina Interna, UNAH.
- 12CM Enfermedad de Alzheimer y el desarrollo de la primera asociación en Honduras.** Dr. Roberto Padilla,¹ Dra. Heike Hesse,² Dr. Ángel Pineda Madrid,³ Lic. Gladis Gaviria.⁴ ¹Clínica Neurológica, Unidad de Medicina Física y Rehabilitación, IHSS; ²Clínica Neurológica, Hospital Medical Center; ³Centro de Atención al Adulto Mayor, IHSS; ⁴INPREUNAH.

Desde que en el año de 1906 el Psiquiatra alemán Alois Alzheimer describiera una forma de demencia progresiva que se puede presentar en poblaciones menores de 65 años se le dio un giro a una entidad en que el término senil era el complemento final al diagnóstico de Demencia. A partir de esta descripción minuciosa de hallazgos necropsicos de una paciente con un cuadro de deterioro cognitivo asociado a alteraciones conductuales se inició una era en el proceso de investigación de esta entidad que se sitúa actualmente como una de las enfermedades neurodegenerativas con mayor impacto en discapacidad y que involucra al entorno familiar constituyéndose en una patología que representa en estos momentos un problema de salud pública ante el incremento de la esperanza de vida de la población mundial. Catalogada por muchos conocedores como una enfermedad catastrófica se hace por ello necesario la constitución de grupos de ayuda con el objetivo de mejorar la calidad de vida del paciente y de su familia. El desarrollo de nuevos métodos de diagnóstico y el advenimiento de tratamientos que reducen parcialmente el impacto clínico de esta demencia no ha desplazado la contribución de las asociaciones de familiares de pacientes. Todo esto motiva que en el año de 1984 se establezca la creación de Alzheimer Disease International, órgano que aglutina a las diferentes asociaciones de Alzheimer a nivel mundial. Honduras no se excluye de este problema estimulando a que un grupo de médicos se reúna con familiares de pacientes que padecen esta enfermedad a organizar la primera Asociación Hondureña de Alzheimer (ASHALZ) cuya visión es que todas las personas de nuestro país afectadas por la enfermedad de Alzheimer u otros problemas relacionados con la memoria, reciban los cuidados adecuados, de forma digna, que las familias y cuidadores reciban la educación, asistencia así como el apoyo apropiado para entender y enfrentar los desafíos y demandas que conlleva el cuidar una persona con

esta enfermedad. En el 2006 se obtiene la personería jurídica complementándose con el desarrollo de una página Web que se convierte en una herramienta de proyección de la asociación. Es en ese año, específicamente en el congreso de ADI realizado en Berlín, Alemania el 11 de octubre de 2006 se acepta a Honduras como miembro provisional siendo en el año 2007 aceptado como miembro definitivo a la vez que se reconoce por Alzheimer Ibero América a nuestra asociación. Estos logros se siguen expandiendo con la apertura de la sede de la asociación y promoción por los diferentes medios de comunicación incluyendo una columna sabatina en un diario donde se brinda toda la información acerca de la enfermedad a la vez se comparte testimonios de familiares que han sabido llevar el impacto de esta enfermedad con la ayuda brindada por ASHALZ. Creemos como miembros del comité técnico que el desarrollo de este grupo le dará un giro al conocimiento que hasta ahora se tiene de las demencias en Honduras.

- 13CM Reseña Histórica de los postgrados clínicos en Honduras. Estructura organizativa actual.** Dr. Carlos Vargas, Director de Postgrados clínicos.
- 14MC Selección de candidatos; Monitoreo y evaluación de los residentes de los Postgrados Clínicos.** Dra. Martha Matamoros, Postgrados Clínicos.
- 15CM Proyecto de adhesión de los postgrados a la Facultad de Ciencias Médicas.** Dr. Renato Valenzuela, Decano, Facultad Ciencias Médicas
- 16CM Perfil del médico especialista, según la Secretaria de Salud.** Dra. Elsa Palou, Ministra de Salud Pública.
- 17CM Perfil del médico especialista, según IHSS.** Dr. Efraín Bú Figueroa, Director Ejecutivo, IHSS.
- 18MC Condiciones mínimas para la apertura de un postgrado clínico.** Dr. Rolando Aguilera, Director del Sistema de Postgrados de la UNAH.
- 19MC Experiencias de los residentes en los diferentes postgrados clínicos.** Asociación Hondureña de Médicos Residentes Honduras, ASOMERH, Postgrados de Medicina, UNAH.
- 20CM Rol del Colegio Médico de Honduras en los programas de postgrado.** Dr. Mario Luís Noé Villafranca, Colegio Médico de Honduras, Tegucigalpa, Honduras.
- 21CM Postgrado de Neurología como programa piloto de la World Federation of Neurology.** Dr. Marco Tulio Medina, Postgrado de Neurología, UNAH.
- 22CM Pertinencia y Calidad de la Educación Superior.** Dra. Rutilia Calderón, Vice-Rectoría Académica, UNAH.
- 23CM Evaluación para la Acreditación de los Programas de Postgrado.** Dra. Margarita Oseguera, Directora de la Agencia de Acreditación, UNAH.
- 24CM Actualidad en Informática: Telemática y Telemedicina.** Dr. Jesús Pineda, Comisión de Gestión de Educación a Distancia, UNAH.
- 25CM Herramienta y Aplicaciones Virtuales de Aprendizaje en la Educación Médica Continua.** Dra. Patricia Hernández, Directora de Secretaría de Gestión de Tecnología, UNAH.
- 26CP Panel sobre los Alcances en la Calidad de Atención Médica del Proceso de Recertificación Profesional en Honduras.** Dr. Renato Valenzuela, Facultad de Ciencias Médicas UNAH; Dr. Concepción Ramos, Facultad

de Medicina, Universidad Católica; Dra. Elsa Palou, Secretaría de Salud; Dr. Mario Noé Villafranca, Colegio Médico de Honduras.

- 27CM Megaproyecto Cooperativo de Recertificación del Colegio Médico de Honduras.** Dr. Jesús Pineda, Comisión de Certificación, Colegio Médico de Honduras.
- 28CM Lactancia Materna, Ventajas.** Dra. Ediltrudys Colindres. Hospital Escuela.
- 29CM Alimentación en el niño menor de 5 años.** Dra. Delia Padilla.
- 30CM Diarrea Aguda. Terapia de Rehidratación Oral y Alimentación.** Dra. Ediltrudys Colindres. Hospital Escuela.
- 31CM Fórmulas Lácteas Especiales. Indicaciones.** Dra. Delia Padilla.
- 32CM Faringoamigdalitis. Tratamiento adecuado.** Dr. Carlos Fernando Grazioso.
- 33CM Resfriado Común. Tratamiento y uso inapropiado de antibióticos.** Dr. Wilfredo Cáceres.
- 34CM Neumonía en el niño.** Dr. Carlos Fernando Grazioso.
- 35CM Vacunas en el niño y el adulto. Falsas contraindicaciones.** Dra. Ida Berenice Molina, Dra. Maribel Rivera. Secretaría de Salud; Instituto Hondureño de Seguridad Social, Tegucigalpa.
- 36CM Terapia de Reemplazo Hormonal y Cáncer de mama.** Dr. Manuel Sandoval.
- 37CM Climaterio y Calidad de vida.** Dr. Leonel Ramírez.
- 38CM Menopausia. Sangrado uterino con o sin Terapia de Reemplazo Hormonal.** Dr. Gaspar Vallecillo.
- 39CM Obesidad y climaterio.** Dra. Karen Fúnez.
- 40CM Manejo activo del Tercer Periodo del parto.** Dr. Jesús Vallecillo.
- 41CM Prevención del Aborto inseguro.** Dra. Karla Castellanos.
- 42CM Morbilidad Obstétrica severa.** Dra. Wendy Cárcamo.
- 43CM Control Prenatal.** Dr. Juan Carlos Fúnez.
- 44CM Interpretación de citología vaginal.** Dra. Sobeida López.
- 45CM Referencias a colposcopia en el Hospital San Felipe.** Dr. José Manuel Claros. Hospital General San Felipe, Tegucigalpa.
- 46CM Prevalencia del Virus de Papiloma Humano en estudiantes universitarias.** Dr. Arnoldo Zelaya
- 47CM Vacuna contra el Virus de Papiloma Humano.** Dr. Elmer Turcios.

48CM Estado actual de la Vigilancia Entomológica en Honduras. Dr. Luis Rivera. Dirección General de Vigilancia de la Salud, Secretaría de Salud, Tegucigalpa, Honduras.

49MC Experiencias de atención primaria en salud en Honduras. Dr. J. Ramón Pereira. Secretaría de Salud, Tegucigalpa.

50CM Situación epidemiológico Nacional de enfermedades prevalentes. Dr. Marco Pinel. Dirección General de Vigilancia de la Salud, Secretaría de Salud, Tegucigalpa, Honduras.

51CM Geología y el impacto de la minería en la salud. Dr. Juan Almendárez. Clínica de Intercambio Salud Honduras, Tegucigalpa, Honduras.

Una de las lecciones aprendidas durante el primer decenio post huracán Mitch (1998-2008) es la ausencia de un enfoque ecológico, sistémico y social para tratar los problemas de salud pública. Los tres campos son relevantes, la geografía médica sobre la distribución espacial y social de las enfermedades; la epidemiología de los desastres y la geología médica, campo interdisciplinario que trata de los cambios geológicos, causados por fenómenos naturales o sociales que impactan en los ecosistemas y la salud de plantas, animales y seres humanos. El Padre de la Geología Médica decía: "Quienquiera que desea investigar medicina de una forma apropiada, debe proceder así... Debemos considerar igualmente las calidades de las aguas, por cuando difieren entre sí, por su sabor y peso, de igual forma contrastan mucho en calidad." (Hipócrates, 460. 377 BC). Nuestras investigaciones sobre el impacto minero en la salud del Valle de Siria en Honduras nos indica que tanto en el estudio de Evaluación del Impacto Ambiental que se desarrollo antes de la explotación minera, como durante y posterior a ella no valoraron la geología médica y el médico no formó parte del equipo técnico que elaboró el plan de la operación de cierre. La ausencia de datos sistemáticos sobre las concentraciones de metales pesados y semimetales en aguas, suelos, aires y viviendas, así como la no inclusión de la línea de base de las enfermedades humanas, animales y plantas, antes de la explotación minera refleja la falta de un enfoque geológico médico y de ecología sistémica. Servicios de atención médica durante seis años en la comunidad de El Pedernal del Valle de Siria cercana a la mina, (150-300 personas de diferentes edades y el 70 % mujeres) demostraron que en el 2001, al inicio de la explotación minera los problemas oculares y dermatológicos eran del doce y trece por ciento mientras que en el 2005 fueron del 72 y 96 por ciento respectivamente. En esta industria extractiva a base de cianuro; se requiere agua para el proceso de extracción, liberándose metales y semimetales. Los valores recientes encontrados en el agua indican que arsénico y otros metales exceden la norma de la Organización Mundial de la Salud. Se considera que la mujer que no trabaja en la mina es la más afectada con respecto al resto de la población; porque ella es la que mas utiliza el agua y por lo tanto se expone más a la contaminación. El acceso a la cantidad y calidad de agua para los habitantes del Valle de Siria son cada vez mas limitados lo cual esta conduciendo a que esta zona sea cada vez mas enferma. Datos adicionales referentes a los metales en la naturaleza y en lo seres humanos, plantas y animales se requieren para apoyar en mayor grado nuestras observaciones

52CM Situación Nacional de Dengue. Dra. Roxana Araujo. Programa Nacional de Prevención y Control del Dengue, Secretaría de Salud, Tegucigalpa, Honduras.

53CS Simposium Situación Actual de las Enfermedades Infecciosas en Honduras: Retos y Recomendaciones. Dra. Jackeline Alger, Dr. Tito Alvarado, Dr. Jorge Fernández, Dr. Carlos A. Javier, Dr. Denis Padgett, Dra. Maribel Rivera, Dr. Renato Valenzuela. Sociedad Hondureña de Enfermedades Infecciosas e Instituto de Enfermedades Infecciosas y Parasitología Antonio Vidal, Tegucigalpa, Honduras.

La implementación de medidas sanitarias y prácticas de higiene y la utilización de vacunas y antibióticos efectivos han contribuido a disminuir significativamente la carga de las enfermedades infecciosas en los países desarrollados. Sin embargo, a nivel global las enfermedades infecciosas continúan siendo la causa más común de mortalidad. En Honduras, las enfermedades infecciosas se encuentran entre las primeras diez causas de morbilidad y mortalidad. La información

clínica y epidemiológica local es variable en su disponibilidad, extensión y calidad. Con el advenimiento del VIH/SIDA y el aumento del uso de drogas inmunosupresoras, se ha elevado la incidencia de algunas enfermedades infecciosas así como se ha modificado su presentación clínica. La infección hematogena por *Candida* spp. es una de las infecciones que ha aumentado dramáticamente su incidencia, representando entre la 3ra y 4ta causa de infección nosocomial con alta tasa de mortalidad en muchos países, incluyendo Honduras. Otras micosis, denominadas “micosis endémicas de países tropicales”, incluyendo histoplasmosis, criptococosis, coccidioidomicosis, blastomicosis, también representan causas importantes de morbimortalidad en Honduras. Su tratamiento, además de ser oneroso, en ocasiones es de poca efectividad. Las infecciones virales afectan especialmente a la población pediátrica, con un amplio espectro de presentación que puede ir desde la ausencia de síntomas hasta compromiso sistémico grave; en ocasiones con desenlace fatal. Aunque algunos virus afectan por igual sin importar nivel socioeconómico, su impacto dependerá del manejo oportuno de las complicaciones, tales como la deshidratación secundaria a la diarrea por rotavirus; la insuficiencia respiratoria debida a neumonía ó bronquiolitis causadas por el virus sincitial respiratorio, adenovirus ó influenza entre otros; las secuelas neurológicas debidas a meningoencefalitis viral. Algunos virus han sido erradicados mediante el uso de vacunas (viruela a nivel mundial, sarampión y polio en las Américas). Las parasitosis están íntimamente asociadas a la pobreza, a la desnutrición y a la falta de educación, viviendas adecuadas y agua potable. En dos encuestas basales de prevalencia de geohelmintiasis realizadas en 14 departamentos (2000-2005), se identificaron prevalencias que oscilan entre 5-16% para uncinarias del humano, 35-36% para *Ascaris lumbricoides* y 38-52% para *Trichuris trichiura*. La prevalencia de las geohelmintiasis en el Hospital Escuela (1995 y 1999) oscila entre 2% (uncinarias del humano) y 9% (*A. lumbricoides*), todas las edades. En Honduras, el hallazgo de ooquistes en heces de los parásitos apicomplexa intestinales *Isoospora belli* y *Cryptosporidium* spp. es considerado marcador de inmunocompromiso, aunque *Cryptosporidium* es también un parásito común en niños inmunocompetentes menores de 5 años. Entre los años 2006 y 2005, la Secretaría de Salud informó una reducción de aproximadamente 30% en el número de casos de malaria (11,246 versus 16,007) y casos de malaria por *Plasmodium falciparum* (668 versus 999), aunque también hubo una reducción de 20% en el número de muestras examinadas (121,246 versus 153,140). En el año 2006, aproximadamente el 80% de los casos se informó de los departamentos de Gracias a Dios (24%), Colon (21%), Olancho (19%), Yoro y Comayagua (7% cada uno). Aunque no se cuenta con una vigilancia sistemática, hasta la actualidad no hay evidencia de resistencia de *Plasmodium* a la cloroquina. El estudio de 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 Colon (n=103), utilizando la técnica 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), demostró escasa diversidad genética (genotipos estimados por tamaño) y ausencia de infecciones policlonales. La Secretaría de Salud ha informado seroprevalencia de *Trypanosoma cruzi* de 4.5% entre niños mayores de seis meses y menores de 15 años detectados a través de búsqueda activa (2004-2007) y de 1.4% en población adulta, principalmente en donadores de sangre. Para el tratamiento, en Honduras se ha contado con benznidazol y nifurtimox. De presentarse intolerancia con alguno de ellos, el otro medicamento puede utilizarse como alternativa. En el período de enero 2006 a febrero 2007, la Secretaría de Salud informó un total de 1309 casos de leishmaniasis: 571 casos de leishmaniasis cutánea (LC), 709 casos de leishmaniasis cutánea no ulcerada (LCNU), 20 casos de leishmaniasis mucocutánea (LMC) y 9 casos de leishmaniasis visceral (LV). *Leishmania brasiliensis* y *L. panamensis* son los agentes asociados a los casos de LC y LMC; *L. chagasi* se ha asociado a los casos de LV, así como a casos de LCNU en conjunto con *L. mexicana*. Aunque se han informado casos de falla terapéutica, no se ha evidenciado que haya resistencia a las sales antimoniales pentavalentes, el medicamento de elección en el país. Información local adicional sobre parasitosis intestinales y transmitidas por vectores está disponible en el sitio web de la Biblioteca Virtual en Salud de Honduras (www.bvs.hn). Las infecciones bacterianas constituyen un desafío debido a la emergencia de cepas multirresistentes, la ausencia de nuevos agentes antibacterianos y la virulencia bacteriana. Estos factores contribuyen al desarrollo de infecciones graves, cuyo desenlace puede ser ominoso. En la actualidad es un reto para las autoridades de salud y la comunidad científica y académica de Honduras evaluar y fortalecer las funciones esenciales de salud pública (prevención, vigilancia, control, promoción, legislación, regulación, atención a grupos vulnerables y poblaciones de alto riesgo, salud ocupacional y protección del ambiente), en el tema de las enfermedades infecciosas, tanto a nivel nacional como local. Una de las estrategias de fortalecimiento se puede implementar a través de la enseñanza de las enfermedades

infecciosas a todos los niveles en la educación del personal de salud, profesional y técnico, así como la incorporación de actividades de investigación para la acción.

54CM Controversias en el diagnóstico y manejo del Síndrome Metabólico. Dr. César Ponce.

55CM Dieta en el Síndrome Metabólico. Dra. Mayra García.

56MC ¿Tiene la Diabetes Mellitus tipo 2, alternativa de tratamiento quirúrgico? Dr. Juan Carlos Mendoza. Instituto Hondureño de Seguridad Social, Tegucigalpa.

57MC Abordaje de la patología de Tiroides. Dr. Daniel Pérez. Instituto Hondureño de Seguridad Social, Tegucigalpa.

58CM Esteatosis Hepática no Alcohólica (NASH). Dr. Juan Carlos Zapata.

59CM VIH y Pulmón. Dra. Cecilia Varela. Programa Nacional de Tuberculosis, Secretaría de Salud; Dirección de Postgrados de Medicina, Hospital Escuela, UNAH; Tegucigalpa, Honduras.

60CM Tuberculosis. Dra. Suyapa Sosa. Instituto Cardiopulmonar, Tegucigalpa, Honduras.

61CM Logros de la Lucha Antitabaco en Honduras. Dra. Odessa Henríquez, Instituto Cardiopulmonar, Tegucigalpa, Honduras.

El Tabaco y su principal producto de comercialización, el cigarrillo, contiene más de 4,000 sustancias tóxicas que son inhalados cuando fumamos o estamos en ambientes contaminados. La cajetilla de cigarrillos consigna la siguiente información: Alquitrán 9 mg, Nicotina 0.8 mg, Monóxido de Carbono 10mg. La Nicotina genera la adicción, se absorbe por vía respiratoria, boca y piel; y tarda 6 segundos en llegar al cerebro. El Alquitrán se acumula en la pared de los bronquios y alvéolos, y el Monóxido de Carbono es un gas tóxico que desplaza al oxígeno. El tabaquismo se relaciona con más de 50 enfermedades especialmente cardiopulmonares, y con diferentes cánceres; y ya nadie duda que la exposición al humo del tabaco ambiental ocasione iguales riesgos de enfermar y/o morir. En 1987 se organiza en Honduras la Asociación Hondureña Contra el Cáncer y la Comisión Nacional para el Control del Tabaquismo (CONACTA), y en 1989 la instancia gubernamental (IHADFA); las cuales realizan una serie de actividades particularmente alrededor del 31 de Mayo fecha decretada por la OMS como Día Mundial de No Fumar. Preocupados por el avance de “la epidemia del tabaquismo” La OMS aprueba en el 2003 el texto del Convenio Marco para el Control de Tabaco (CMCT), cuyos elementos claves son: Prohibición completa de todo tipo de publicidad, promoción y patrocinio (Art. 13), Impuestos más altos para el cigarrillo (Art. 6), Protección completa al fumador pasivo (Art. 8). Advertencias sanitarias en las cajetillas (empaquetado y etiquetado, Art. 11). El Colegio Médico de Honduras (CMH) organiza en el 2001 la Alianza Hondureña Antitabaco (AHAT), y para el 2003, contando con 20 organizaciones miembros, se reorganiza, teniendo como principal objetivo lograr que nuestro país firmara y ratificara el CMCT. Se inicia toda una estrategia de incidencia y actuando de manera coordinada: sociedad civil-gobierno, se logra el objetivo en el año 2004, siendo Honduras el país 57 en formar parte del convenio, el cual entró en vigencia a nivel mundial el 27 de Febrero del 2005. En Honduras, el 33.5% de nuestra población fuma y según la Encuesta Mundial de Tabaquismo en jóvenes 2005 entre 13 a 15 años, el 40.7% han fumado alguna vez y el 6.4% tienen una adicción establecida. Cada país suscriptor del Convenio está en la obligación de aprobar Leyes para su efectiva aplicación y reglamentación. La AHAT junto al IHADFA han continuado el trabajo de abogacía. En el 2006 fue presentada al Congreso Nacional la iniciativa de Ley Para el Control del Tabaco, la cual ya fue dictaminada por la Comisión de Salud y entregada a la Secretaria del poder Legislativo en Octubre del 2007, estando pendiente su discusión y aprobación. Los médicos tenemos un potencial único para contribuir al control del tabaco, apoyemos toda la pronta aprobación y aplicación efectiva de esta Ley.

62CM Abordaje de Dolor Torácico en Emergencias. Dr. Roberto Ramos Marini.

63CM Nueva Clasificación del Infarto Miocárdico. Dr. Gustavo A. Moncada. Unidad de Investigación Científica, Facultad de Ciencias Médicas, UNAH.

Las asociaciones líderes en cardiología del mundo: ESC, ACCF, AHA, WHF, han trabajado para estandarizar lo concerniente a la definición del infarto agudo del miocardio. Definición patológica: El infarto agudo del miocardio se define como muerte celular del miocardio a causa de isquemia tisular prolongada. El infarto agudo del miocardio (IAM) se clasifica de la siguiente manera: Tipo 1: Infarto del miocardio espontáneo relacionado a isquemia por un evento coronario primario tal como erosión de la placa, ruptura, fisura o disección de la misma. Tipo 2: Infarto del miocardio secundario a isquemia por imbalance entre la demanda y suministro de oxígeno, por ejemplo: espasmo coronario, anemia e hipotensión. Tipo 3: Muerte cardíaca súbita con síntomas de isquemia, acompañados de nueva elevación del segmento ST o BRIHH, o trombo coronario verificado por angiografía o autopsia. Tipo 4a: Infarto del miocardio asociado a intervención percutánea (cateterismo cardíaco). Tipo 4b: Infarto del miocardio asociado con trombosis de endoprótesis coronaria (Stent). Tipo 5: Infarto del miocardio asociado a cirugía de puentes coronarios. Para el diagnóstico del IAM continuamos apoyándonos primeramente en los parámetros semiológicos del clínico tales como dolor anginosos o sus equivalentes. En adición a esto, los cambios iniciales y subsecuentes del EKG y finalmente los biomarcadores séricos indicativos de necrosis tisular tal como Troponina T e I, CPK-MB y su relación con la CPK total. Los avances tecnológicos nos permiten valorar la ocurrencia de pérdida de viabilidad miocárdica a través de ecocardiografía y ventriculografía. Similarmente podemos evaluar la percusión miocárdica mediante imagenología nuclear. Y cuando el paciente no ha sobrevivido al evento la autopsia ofrece un recurso final de diagnóstico.

64CM Dispositivos implantables en cardiología; Experiencia en el Instituto Cardiopulmonar. Dr. César A Carrasco. Instituto Cardiopulmonar, Tegucigalpa.

65CM Actualización en Hipertensión Arterial. Dr. Gustavo A. Moncada. Unidad de Investigación Científica, Facultad de Ciencias Médicas, UNAH.

La hipertensión arterial (HTA) es la causa más común de consulta entre adultos independientemente del sexo y grupo étnico. El adecuado control de la HTA es uno de los mayores desafíos médicos con que nos enfrentamos cada día, ya que la falta de diagnóstico y adecuado control impacta directamente sobre la morbi-mortalidad de la población, así como en el gasto a causa de las complicaciones por daño a órganos blanco. El 50% de los casos de insuficiencia cardíaca podrían ser prevenidos si controlásemos la HTA. Las guías clínicas internacionales indican que el manejo del hipertenso requiere una caracterización del riesgo cardiovascular global y su tratamiento integral. Similarmente, se han definido metas para establecer una terapia exitosa. La presión arterial óptima es menor de 120/80 mmHg. Un sujeto con diabetes mellitus deberá mantener una PA < 130/80 mmHg. Y alguien con nefropatía una PA < 125/75 mmHg. Innumerables estudios han demostrado que a mayor PA mayor riesgo de eventos cardiovasculares. Por otra parte, la asociación de HTA con otros factores de riesgo aumenta el riesgo exponencialmente, de tal manera que el tratamiento no deberá limitarse a prescribir anti-hipertensivos, sino que enfatizará el control del estrés, peso, dieta, ejercicio, cesación del tabaquismo, control de lípidos y metabolismo de carbohidratos. En los sujetos con historia de enfermedad cardiovascular (ACV, IAM, ICC, etc.) es primordial recordar que el solo aumento de la PA sistólica y diastólica en 20 mmHg y 10 mmHg, respectivamente duplica el riesgo de un nuevo evento cardiovascular. Y, que aun pequeñas reducciones en la PA impactan significativamente en reducir el riesgo cardiovascular. El diseño del tratamiento deberá obedecer a las características de cada paciente, tomando en consideración la co-morbilidad, perfil metabólico, efectos adversos y efectos adicionales a los antihipertensivos tales como protección renal, cardíaca y cerebral. Según el JNC-7 la mayor parte de sujetos con HTA estadio 2 requieren al menos 2 antihipertensivos, de los cuales el segundo debería ser un diurético tiazídico. La definición de HTA refractaria requiere la existencia de falla terapéutica con tres drogas de las cuales una debe ser una tiazida. Sin embargo, a la luz de

estudios recientes (ACCOMPLISH, ASCOT, ONTARGET) esto podría cambiar señalando nuevas estrategias que aspiran no solo al control adecuado de la HTA sino a la reducción de la morbi-mortalidad cardiovascular.

66CM Determinación del estado nutricional en mayores de 60 años en el centro de día del IHSS. Dr. Ángel Pineda Madrid. Instituto Hondureño de Seguridad Social, Tegucigalpa.

67CM Desafíos en Vitiligo; Revisión de terapias innovadoras y experiencias terapéuticas personales. Dr. Omar Zúniga. Clínicas Medicentro, La Ceiba, Atlántida.

El vitiligo es una enfermedad caracterizada por la pérdida de la pigmentación cutánea, que si bien es cierto que no amenaza la vida de la persona si provoca un impacto emocional y social a veces devastador para quien la padece. Sin embargo los recientes avances en la comprensión de la etiología del vitiligo han permitido desarrollar tratamientos más eficaces para esta enfermedad. Entre los tratamientos para el vitiligo se encuentran la fototerapia UV, corticosteroides tópicos, inhibidores de la calcineurina (tacrolimus y pimecrolimus), derivados de la vitamina D (calcipotriol), Prostaglandina E, *Polypodium leucotomos*, antioxidantes y los tratamientos quirúrgicos que consisten en el trasplante autólogo de melanocitos. Se presenta una serie de 4 casos de tratamiento exitoso; 2/4 pacientes adultos con vitiligo facial, 2/4 pacientes niños con vitiligo en extremidades tratados con fototerapia, inhibidores de la calcineurina, psuedocatalasa y *P. leucotomos*, además se presenta un caso de vitiligo focal sin respuesta al tratamiento medico al cual se le realizó trasplante autólogo de melanocitos con un resultado satisfactorio.

68CM Tratamiento quirúrgico ambulatorio de cáncer de piel; Experiencia en el Servicio de Dermatología Hospital Escuela, Tegucigalpa, 2006-2008. Dra. Miriam González. Servicio de Dermatología, Departamento de Medicina Interna, Hospital Escuela.

El cáncer de piel continua teniendo una frecuencia muy alta a nivel mundial, con una incidencia del 9.5% de todos los cánceres. Este tipo de neoplasia se localiza principalmente en zonas de exposición de la cara y el cuello y en personas de piel blanca esencialmente. Aunque la mayor parte ocurren en la edad adulta, pueden aparecer a cualquier edad. El cáncer de piel se clasifica en melanoma y lesiones de tipo no melanoma, que incluyen el carcinoma basocelular y el carcinoma epidermoide. La queratosis actínica y la enfermedad de Bowen (carcinoma in situ), aunque no son verdaderos tumores invasivos, pueden ser considerados verdaderos cáncer de piel por su comportamiento. El carcinoma basocelular es el más común de los tumores malignos de la piel, derivado de las células basales epidérmicas. Afecta a personas arriba de los 40 años. Topográficamente el asiento electivo de las lesiones es la cara (nariz, párpados, surco nasogeniano, región frontal. Aunque su crecimiento es lento en sitios como los párpados con frecuencia invaden la conjuntiva palpebral y si no se da el tratamiento oportuno, puede destruir el globo ocular. El carcinoma epidermoide es una neoplasia maligna de las células queratinizantes de la epidermis ocupa el segundo lugar en frecuencia entre las neoplasias cutáneas malignas en el mundo. La máxima incidencia se reporta entre los 80 y 84 años de edad. Su origen puede ser en piel aparentemente sana o en secuelas de quemaduras, úlceras crónicas, radiodermatitis, leucoplasias y queilitis crónicas. Puede invadir y producir metástasis. Para ambos tipos de tumores el diagnóstico definitivo es determinado por el estudio histológico, él que orientará también la conducta terapéutica. Se presenta serie de casos diagnosticados y tratados en el servicio de Dermatología del Hospital Escuela en el periodo de marzo 2006-marzo 2008. La escisión quirúrgica fue el tratamiento empleado se realizó con anestesia local, bloqueos regionales y tumescencia, en forma ambulatoria con técnicas que van desde un cierre directo, empleo de colgajos e injertos. Todos los pacientes tratados presentaron resultados terapéuticos y cosméticos adecuados. Se presenta este trabajo para dar a conocer la importancia de la cirugía dermatológica en el manejo integral del paciente con cáncer de piel, dándosele a cada caso la atención adecuada y oportuna, así como su seguimiento para prevenir las recurrencias o diseminación de los tumores.

69CM La lepra en Honduras, ¿Mito o realidad? Dra. Nelly Sandoval. Departamento de Patología, Hospital Escuela, Tegucigalpa, Honduras.

La lepra, uno de los padecimientos más antiguos de nuestro mundo, es una enfermedad infecciosa crónica causada por el bacilo *Mycobacterium leprae*, es poco contagiosa, el período de incubación y forma de transmisión no se conocen con certeza. El sistema de clasificación de Ridley que integra los hallazgos clínicos, histopatológicos y refleja la respuesta inmunológica del paciente continúa siendo utilizada para establecer el manejo y el pronóstico de los pacientes. La lepra afecta principalmente la piel, mucosas y los nervios periféricos, ocasionando una importante morbilidad en quienes la padecen, la cual se ha logrado disminuir considerablemente desde 1982 en que la OMS establece la poli quimioterapia a base de dapsona, rifampicina y clofacimina. Entre 1982 y 1997, Honduras logra disminuir considerablemente la prevalencia de esta enfermedad (de 400 a 84 casos), pero con el cumplimiento de los objetivos desaparece el programa a inicios de 1997, posteriormente se retoma el programa, pero ya no con las mismas fuerza. En la actualidad la Lepra vuelve a tomar importancia por el diagnóstico de nuevos casos en la comunidad de San Miguel de Guasaule en Choluteca. El objetivo de esta presentación es hacer un rápido recorrido histórico de la lepra en Honduras hasta ubicarnos en el contexto real del problema.

70CM Cirugía de Tiroides: Experiencia de 10 años en el Instituto Nacional del Tórax. Dra. Carolina Fortín. Instituto Cardiopulmonar, Tegucigalpa.

71CM Cirugía de investigación: De la cirugía bariátrica a la cirugía metabólica Dr. Jorge Deras.

72CM Oportunidad Quirúrgica del paciente anciano. Dr. Ángel Pineda Madrid. Instituto Hondureño de Seguridad Social, Tegucigalpa

73CM Trasplante renal con donador cadavérico. Dr. Elio Mena.

74CM Hernioplastia Laparoscópica totalmente extraperitoneal (TEP); Experiencia institucional, IHSS. Dr. Álvaro Julián Fúnez, Dr. Juan Carlos Mendoza. Instituto Hondureño de Seguridad Social, Tegucigalpa, Honduras.

Siendo la hernioplastia uno de los procedimientos más frecuentemente efectuados sumado al creciente el uso de mallas para la reparación de la hernia inguinal; está ampliamente aceptado, y ha reemplazado a la reparación por suturas. Sin embargo, no se han comparado los méritos relativos de la colocación de la malla por vía laparoscópica, por lo que el presente trabajo tiene como propósito el evaluar el comportamiento de esta técnica y su grado de eficacia. Con los resultados obtenidos del procedimiento quirúrgico de la reparación laparoscopia totalmente extraperitoneal (TEP) de la hernia inguinal se evaluó la factibilidad de la técnica quirúrgica, morbimortalidad, recidiva e incapacidad laboral. Se realizó un estudio de tipo descriptivo, transversal no aleatorio, realizado en la Unidad de cirugía ambulatoria (U.C.A.) y la unidad de Cirugía General del Hospital de Especialidades (H.D.E.) del Instituto Hondureño de Seguridad Social de Tegucigalpa, durante el período comprendido entre el 1 de enero del 2003 al 30 de septiembre del 2007. Se revisaron los expedientes clínicos de 61 pacientes donde se analizaron los resultados obtenidos del procedimiento quirúrgico, tiempo de cirugía, estancia hospitalaria, tipo de hernia, complicaciones quirúrgicas, índice de recidiva, tiempo de incapacidad laboral. Los datos obtenidos fueron procesados para análisis de computación, usando el programa EPIINFO versión 6.02 (CDC, Atlanta) con el análisis básico de frecuencias simples, y porcentual mediante la aplicación de la prueba no para métrica de Student's "t" a un nivel de confianza de 0.05. En 61 pacientes que se realizó una hernioplastia laparoscópica totalmente extraperitoneal (TEP), 57 (93.4%) fueron del sexo masculino y 4 (6.6%) del sexo femenino, la edad promedio fue de 39 años. En 34 pacientes se realizó en forma ambulatoria, 27 requirieron hospitalización. El tiempo quirúrgico promedio fue de 75.7 min. El lado derecho fue el más frecuente 28 paciente (45.9%) y así como el tipo de hernia indirecta 33 (54.1%) Las complicaciones postoperatorias más frecuentes fueron el seroma inguinal y la equimo-

sis de la pared abdominal con 15 (24.6%) y 7 (11.5 %) respectivamente. Solamente 1 paciente presento infección en puerto quirúrgico umbilical. El índice de recidiva fue de 1.6%, no hubo ninguna conversión a procedimiento abierto y el tiempo promedio de incapacidad laboral fue 17 días. La hernioplastia laparoscopia totalmente extraperitoneal es un procedimiento reproducible desde el punto de vista técnico, sin utilizar accesorios especiales, seguro, que se puede realizar de forma ambulatoria, con bajo índice de complicaciones y recidiva, con un periodo corto de incapacidad.

75CM Anticoagulación pre y post operatoria. Dr. Bayardo Paguada. DIME, Tegucigalpa, Honduras.

76CM Evaluación del Dolor Abdominal Agudo en Emergencias. Dr. Lisandro Ponce.

77CM Neuropsicoanálisis. Una nueva disciplina. Dr. Mario Mendoza. Hospital Neuropsiquiátrico Mario Mendoza, Tegucigalpa, Honduras.

78CM Bioética y Psiquiatría. Dr. Mario Aguilar. Hospital Neuropsiquiátrico Mario Mendoza, Tegucigalpa, Honduras.

Es indudable que cada día hay mas interés por parte de los médicos en temas relacionados con le ética y la bioética; muchas publicaciones médicas periódicas de gran prestigio incluyen material de estudio e investigación sobre temas de incumbencia de esta disciplina; cada día mas escuelas de medicina contienen en sus programas el estudio de la bioética como materia básica, toda la información que los médicos recibimos es rebasada frecuentemente por el desarrollo científico y tecnológico del que estamos siendo afectados. El médico y también el psiquiatra no se encuentran exentos de la confrontación con los dilemas éticos, esto no solo en la consulta, sino en el manejo de la interacción con el paciente en psicoterapia o en la orientación que ha de ofrecer a cualquier paciente. Temas como el consentimiento informado, autorización del paciente para recibir apoyo terapéutico, el manejo del paciente con ideación suicida, psicosis, delirios y su manejo ético médico adecuado, es un asunto que nos involucra a todos en determinado momento de nuestra práctica clínica.

79CM La influencia del Género en las manifestaciones clínicas de la depresión en la mujer. Dra. Sara Murillo. Hospital Neuropsiquiátrico Mario Mendoza, Tegucigalpa, Honduras.

En las últimas dos décadas se ha empezado a reconocer el valor diagnóstico y terapéutico de las diferencias específicas de los trastornos psiquiátricos en las mujeres. La prevalencia de los trastornos depresivos y de ansiedad es el doble en las mujeres en comparación con los varones. La etiología de dichos trastornos es multifactorial, desde el punto de vista biológicos los esteroides gonadales poseen efectos psicoactivos que contribuyen a las diferencias entre género. Los estrógenos provocan efectos antidopaminérgicos y potenciadores de la serotonina y los metabolitos de la progesterona modulan los receptores del ácido aminobutérico (GABA). Las razones psicosociales que explican la mayor vulnerabilidad, entre ellos los ingresos económicos relativamente inferiores, su responsabilidad como cuidadoras, mayor probabilidad de experimentar violencia sexual y doméstica. Los elementos específicos de la evaluación psiquiátrica en la mujer deben de incluir la valoración entre la relación temporal que existe entre los síntomas y el ciclo menstrual de la paciente. Los antecedentes de cambios afectivos relacionados con la reproducción (Ej. Disforia debido a anticonceptivos orales, síntomas afectivos premenstruales, depresión post-parto y pre menopausia). Debe de incluir además, pruebas de laboratorio, en concreto, análisis de tiroides, en mujeres que refieren cambios en nivel de energía, en su peso o en la tolerancia de la temperatura y otros exámenes que dejen ver la problemática hormonal de la mujer. En el área metropolitana del Distrito Central, se encuentra el Hospital Psiquiátrico Dr. Mario Mendoza, con 30 años de servicios, en donde la mayoría de pacientes son de sexo femenino (70%). La presente revisión sale de un grupo de pacientes femeninas que asisten a la Consulta Externa del Hospital Psiquiátrico Dr. Mario Mendoza, en el primer trimestre del 2008, en donde los trastornos depresivos y ansiosos son los diagnósticos más frecuentes. La depresión mayor unipolar leve, moderada y grave con o sin síntomas psicóticos representa el primer grupo de diagnóstico. Los síntomas principales relacionados con el género femenino son

la cefalea, alteraciones gastrointestinales (nauseas), dolores múltiples, desmayos, el llanto, sentimientos de inutilidad o de culpa excesiva inapropiados, culpabilidad y autorreproche por estar enfermas, el antecedente de violencia de género y otros aspectos psicosociales como ser cabeza de familia y la grave problemática económica (la feminización de la pobreza) son los aspectos exacerbantes de la enfermedad. En cambio, en los varones, la lumbalgia, el sentirse fatigado con pérdida de energía, dificultad para concentrarse y la comorbilidad con trastorno por uso y abuso de sustancias psicoactivas (alcohol) fueron los prevalentes. Por lo que es evidente las diferencias ligadas al género en la presentación clínica de los trastornos depresivos y por lo tanto debemos como trabajadores en salud mental conocer dichas diferencias tanto desde el punto de vista diagnóstico como terapéutico.

80CM La evaluación psiquiátrica pre quirúrgica en el manejo de la obesidad. Dra. Holly Palacios.

81CM Emergencias Psiquiátricas. Dra. Rita Delattibodier. Departamento de Evaluación Mental y Social de la Dirección de Medicina Forense; Sala de Emergencia, Hospital Psiquiátrico “Dr. Mario Mendoza”, Tegucigalpa, Honduras.

Una emergencia psiquiátrica es una alteración grave del pensamiento y/o de la conducta que requiere intervención inmediata para evitar que el paciente se cause daño a sí mismo o a terceros. Una emergencia psiquiátrica puede ser comunicada por el paciente, por miembros de la familia, profesores, vecinos, la policía, entre otros. También la emergencia psiquiátrica puede ser definida por el médico en el momento en que el paciente prefiere negar un peligro inminente. En la sala de emergencias psiquiátricas hay que actuar rápidamente, realizando diagnósticos diferenciales que permitan la toma racional de decisiones que incluyen la hospitalización en el hospital psiquiátrico, la referencia a otro hospital de especialidades, referencia a la consulta externa o a la casa. La toma de estas decisiones está determinada por la patología diagnosticada. Debido a que muchas veces la causa de un estado de agitación psicomotriz o de alteraciones conductuales graves puede ser una enfermedad médica no psiquiátrica (enfermedades metabólicas, infecciosas, traumáticas, etc.), el paciente debe ser referido a un hospital de especialidades donde se le brinde la atención que amerita. En nuestro país existen únicamente dos hospitales psiquiátricos, uno en la ciudad capital y el otro en Amaratéca, a 45 minutos de la capital. En los hospitales generales y hospitales de especialidades no se incluyen camas psiquiátricas. Incluso el Instituto Hondureño de Seguridad Social cuando tiene que hospitalizar pacientes, mediante acuerdo interinstitucional, lo hacen en el Hospital Psiquiátrico “Dr. Mario Mendoza”. De tal manera que pacientes de diferentes puntos del país tienen que desplazarse hasta Tegucigalpa para ser atendidos intrahospitalariamente. A señalar, que aunque la población hondureña ha crecido los dos hospitales psiquiátricos se mantienen con la cantidad de camas e infraestructura inicial. En esta presentación se explican los diferentes trastornos que se tratan en una emergencia psiquiátrica, como son los estados de agitación psicomotriz, depresiones graves, intentos de suicidio, trastornos de ansiedad, consumo de drogas y sustancias psicotrópicas, trastornos de la personalidad, entre otras. Aunque es sabido que las enfermedades médicas psiquiátricas son de curso crónico y por se no son causales de mortalidad, excepción hecha del suicidio en la cual una intervención oportuna puede salvar una vida, si conllevan disfuncionabilidad y sufrimiento.

82CS Situación Actual de Cáncer de mama en Honduras y en el mundo Prevención de Cáncer de mama en Honduras; la forma de detección en el Centro Nacional de Referencia de Cáncer. Dr. Borlin Galeas.

El cáncer de mama afectará a una de cada ocho mujeres que cumplirán 65 o más años, en Estados Unidos aparecen 180,000 nuevos casos y 40,000 mujeres fallecen cada año. La prevención del cáncer de mama actualmente en los países desarrollados se hace mediante el cribado que consiste en la realización de una mamografía cada uno o dos años en mujeres asintomáticas. El impacto económico es fuerte aunque al principio se aumenta la incidencia pero posteriormente se refleja en una disminución de la mortalidad en un 30 %. La prevención actual es secundaria o sea que trata de detectar la enfermedad en una etapa pre clínica. Actualmente no hay prevención primaria o sea que no existe un método que detecte quienes en el futuro presentaran la enfermedad. La forma futura de prevención se hará mediante la identificación genética de las pacientes con alto riesgo, como el Brca I y Brca II. El diagnóstico temprano se realiza gracias a los mé-

todos de cribado. También se realiza una mejor caracterización de los tumores con el análisis de receptores hormonales y pruebas para el gen Her 2 Neu. A corto plazo otros estudios del tumor son prometedores como ser otros receptores de crecimiento epidérmico (EGFR) y de crecimiento vascular (VGFR). La deficiencia actual en el diagnóstico es que la caracterización aun es morfológica, no se tiene una de tipo bio molecular, para esto ya existen modelos por computadora de chips genéticos que nos proporcionan un perfil genético del tumor. El Tratamiento actual se fundamenta en mayor radicalidad con menor morbilidad. En el caso de los tratamientos loco regionales se prefiere la cirugía conservadora y el ganglio centinela y en la radioterapia la tendencia es a la de tipo intra cavitaria tras operatoria. Los tratamientos sistémicos son más específicos y ya existen métodos inmunohistoquímicos para conocer la utilidad o no de la quimioterapia como ser la topoisomerasa 2alfa y el mamotest con lo cual se evita el sobre tratamiento. En el Futuro el tratamiento será individualizado usando terapias biológicas a la diana, hacia el gen, el locus o la región del genoma del tumor que está afectada. En Honduras se calcula que la Incidencia es de 26 casos por 100,000 habitantes, se espera unos 1300 casos al año. A nivel nacional se detectan unos 300 casos, el 1 a 5 % en estadio I, la mayoría en estadio avanzado. No existe un sistema nacional de prevención del cáncer de mama. La situación actual en el diagnóstico en Honduras es precaria ya que a nivel de atención pública es tardío, además no se hace pruebas especiales de receptores Hormonales o Her 2 neu, solamente a nivel privado. En cuanto al tratamiento, en Honduras también la situación es precaria ya que estadísticamente solo se están tratando una cuarta parte de los casos, en los centros públicos el inicio de tratamiento después del diagnóstico se tarda hasta tres meses. Se continua realizando casi solo cirugía Radical y no se realiza cirugía conservadora por falta de radioterapia, y los agentes quimioterapicos ocasionalmente se agotan. Tampoco existe acceso a terapia biológica, solo a nivel privado. A nivel público solo existe un centro nacional de referencia y otros 2 más donde se trata con iguales deficiencias.

83CS Indicaciones Actuales de Resonancia Magnética (RM) de mamas. Dr. Carlos Paz Haslam.

Con esta conferencia se pretende revisar las indicaciones actuales de la utilidad clínica uso de la RM en la patología de la mama. La técnica de la Resonancia Magnética de mamas ha mostrado evidencia científica de alta sensibilidad para detección de cáncer mamario masivo (98 y 100%) y una alta especificidad (80-85%). Las indicaciones actuales para la IRM de mamas corresponden: Evaluación de la extensión local de la enfermedad en pacientes que se han diagnosticado cáncer de mama recientemente. El colegio Americano de Radiología recomienda la realización de RM por su alta sensibilidad de detectar lesiones contra laterales que ocurren entre 3-6% de los casos y que son ocultos para la mamografía y el examen clínico. Esto es particularmente útil en mujeres jóvenes, menores de 45 años, pacientes con mamas densas, histológica de lesión por carcinoma lobular invasivo, lesión mayor de 2.5cm. La Resonancia Magnética es particularmente útil en lesiones con componente intraductal extenso teniendo una sensibilidad de un 95% Vrs 36% para la Mamografía y ultrasonido. Adenopatías metastásicas de primario no conocido, de 75 al 86% de éxito para identificar el primario por medio de Resonancia Magnética después de mamografía, Ultrasonido y Examen clínico negativos, márgenes positivos en la cirugía inicial, sospecha de recurrencia Vrs Cicatriz. Monitoreo de respuesta a pacientes en tratamiento oncológico, evaluación de la integridad de los implantes de silicona. Tamizaje de pacientes de alto riesgo, pacientes conocidas o por sospechosa BCRA 1 o BCRA 2 en combinación con mamografía la sensibilidad de la Resonancia Magnética es del 92%. Evaluación de datos no concluyentes por mamografía ultrasonido y examen clínico. Descargas por pezón patológicas. Las contraindicaciones de la IRM corresponde a pacientes claustrofóbicas y con presencia de implantes metálicos en su cuerpo en particular clips de aneurisma, marcapaso y bombas de infusión. En la conferencia se evaluarán los diferentes tipos de curvas de perfusión tumoral visualizada por este método. Se concluye que la RM de mamas se ha convertido en una herramienta útil en diagnóstico de cáncer mama particularmente en pacientes de alto riesgo.

84CS Tumores Malignos de Glándulas Salivares. Dr. José Naún Lemus. Instituto Hondureño de Seguridad Social; Liga Contra el Cáncer, San Pedro Sula, Honduras.

Los tumores de la glándula salival constituyen un grupo de neoplasias clínica y morfológicamente diversos, que pueden presentar retos significativos en cuanto a su diagnóstico y tratamiento. Con una incidencia general de aproximadamente

2,5 a 3 casos por cada 100,000 por año en el mundo occidental. Las neoplasias malignas de la glándula salival constituyen más de 0,5% de todos los cánceres y aproximadamente 3% a 5% de los cánceres de cabeza y cuello. La edad promedio es 60 o 70 años. La etiología de la mayoría de estos cánceres no puede ser determinada. Los tumores de las glándulas salivales comprenden los de las glándulas mayores y las glándulas menores. De las neoplasias de las glándulas salivales, más de 50% son benignos, 70% a 80% se originan en la glándula parótida. Un 20% de los tumores de la parótida, 35% a 40% de los tumores submandibulares, 50% de los tumores del paladar y más de 90% de los tumores de la glándula sublingual son malignos. El más común entre los tumores benignos de las glándulas salivales mayores y menores, es el adenoma pleomórfico (casi 50% de los tumores de la glándula salival y 65% de los de la glándula parótida) y entre los malignos el más común es el carcinoma mucoepidermoide (constituye el 10% de las neoplasias de las glándulas salivales y 35% de las neoplasias malignas de la parótida). Los tumores de la glándula salival en etapa inicial, malignos de bajo grado generalmente son curables por medio de resección quirúrgica. Los tumores de la glándula salival mayor tienen mejor pronóstico; los sitios primarios menos favorables son los sublinguales y glándulas salivales menores. Los tumores voluminosos o de alto grado de malignidad tienen peor pronóstico y pueden tratarse mejor por resección quirúrgica combinada con radiación postoperatoria. En general, el estadio clínico, particularmente el tamaño del tumor puede ser el factor para determinar los resultados del cáncer de la glándula salival y puede ser más importante que el grado histológico. La radioterapia puede aumentar las probabilidades de control local y aumentar la supervivencia del paciente cuando no se puede lograr márgenes adecuados. Los tumores no resecables o recurrentes pueden responder a la quimioterapia. En nuestra experiencia contamos con veinte casos de tumores de glándulas salivales en un periodo de tres años de los cuales solo un caso corresponde a tumores de las glándulas salivales menores, el estirpe histológico más frecuente fue el muco epidermoide, siendo el sitio anatómico más común la glándula parótida izquierda; todos los casos fueron abordados de manera quirúrgica, en tres casos fue necesario el control local regional ganglionar, cinco pacientes necesitaron tratamiento adyuvante con radioterapia y el 100% de los casos en la actualidad se encuentran vivos sin evidencia de actividad tumoral loco regional a tres años de su diagnóstico. Por lo anterior podemos concluir que los tumores malignos de las glándulas salivales con diagnóstico temprano y tratamiento en el momento adecuado tienen un excelente pronóstico.

85CS Hallazgos clínicos epidemiológicos, endoscópicos e histopatológicos de los pacientes con Cáncer Gástrico. Hospital evangélico, Siguatepeque, 1992-2007. Dr. Enrique Martínez Reina, Dr. José Elpidio Sierra Zerón.

Entre 1988 a 1991 se realizó en el Hospital Evangélico un estudio descriptivo sobre cáncer gástrico en el cual se caracterizó a los pacientes estudiados desde el punto de vista epidemiológico y clínico. Los resultados obtenidos fueron similares en su mayoría a los reportados por la literatura mundial excepto por la localización anatómica de las lesiones y la incidencia la cual fue de un 2.78% (39 casos entre 1400 endoscopías altas). En los últimos años se ha visto que la frecuencia en que aparecen pacientes con cáncer gástrico en este centro ha aumentado aparentemente, aunque también lo ha hecho el número de pacientes sometidos a estudios endoscópicos altos. El objetivo de este trabajo fue investigar las principales características clínico epidemiológicas, hallazgos endoscópicos y clasificación histopatológica de los pacientes diagnosticados con cáncer gástrico en el Hospital Evangélico de Siguatepeque durante los años 1992-2007 con el propósito de iniciar estrategias que ayuden a la detección temprana de la enfermedad y así mejorar la expectativa de vida de la población hondureña. Se realizaron 11,764 endoscopías altas durante los años de 1992 a 2007 donde se diagnosticaron por biopsia 237 pacientes con cáncer gástrico. Este estudio fue tomado buscando la información correspondiente en cada expediente y para ello se diseñó un cuestionario el cual fue procesado posteriormente en Epi-Info. El porcentaje de pacientes diagnosticados con cáncer fue de 2% encontrándose un promedio anual de 14.8 casos nuevos. A partir del 2002 el número de casos nuevos aumentó hasta en 3 veces. Las edades más afectadas fueron las comprendidas entre los 60-79 años. El sexo más afectado fue el masculino casi en una relación de 2 a 1 y la mayoría de los pacientes venían del área rural involucrándose más los departamentos de Comayagua, Intibucá, Cortés, La Paz y Santa Bárbara. La mayoría de los pacientes se dedicaban a labores domésticas y agrícolas. Los síntomas más frecuentes fueron la epigastralgia, pérdida de peso, síndrome pilórico y sangrado digestivo. Las localizaciones más frecuentes fueron en cuerpo y antro y

el tipo histopatológico más frecuente fue el adenocarcinoma pobremente diferenciado. Comparado al estudio previo, la detección de casos ha disminuido, la población más afectada sigue siendo los mayores de 60 años, sexo masculino y nivel socioeconómico bajo. Las manifestaciones clínicas no han variado con las reportadas internacionalmente pero sí hay discrepancia en cuanto a la localización anatómica de las lesiones. El 100% de los cánceres hallados fueron adenocarcinoma.

86CS Mitos y realidades de los Opioides. Dr. Carlos A. Rico Zelaya. Instituto Hondureño de Seguridad Social, Tegucigalpa, Honduras.

Presentamos una breve reseña histórica de los opioides, la cual nos indica que los opioides se utilizaron desde hace miles de años de diferentes maneras. En el periodo neolítico (hace 8000 años), al Sur de España como parte de ritual funerario (4200 A.C), en Egipto (tumba Kha en Deir-el-Medina) se encontró una vasija de 3000 años con opio activo, en Chipre (1220 A.C.) se encontraron artefactos de fumar opio. En 1803 un empleado de una farmacia de Einbeck (Alemania) Friederich Adam Serturner, aisló por primera vez una base alcalina de color amarillento “opio puro” que denominó morfina en honor al dios Morfeo. En 1856 se inventó la jeringa hipodérmica en Inglaterra, en este momento es cuando se incorpora la morfina como droga medicinal preponderante. Se mencionan algunos de los eventos bélicos que propiciaron su generalización como fueron la Guerra Franco-Prusiana (1870-71), Guerra civil norteamericana (1861-1865). En 1880 Herman Dreser (Bayer) sintetiza la Heroína (heroish= héroe) como fármaco contra el dolor y para evitar la adicción a la Morfina, hasta 1910 no se conocieron plenamente sus propiedades adictivas. En 1924 en USA se ilegaliza la heroína. Debido a que los médicos como la población en general tienen prejuicios acerca de los opioides, todavía hoy en día muchos de los enfermos oncológicos y de otras enfermedades que cursan con dolor de distinta intensidad reciben tratamientos analgésicos inadecuados, dosis insuficientes y analgésicos que no son los indicados. Algunos de los prejuicios más importantes en contra de los opioides, se mencionan a continuación y se explican detenidamente en la presentación: Temor a la adicción “se hará un drogadicto”, temor de parte de los médicos, la morfina por vía oral es inefectiva, el paciente usará la morfina para suicidarse, si tiene morfina en casa se la robarán, la tolerancia se desarrolla rápidamente y al final no será efectiva, si un paciente le han prescrito opioides quiere decir que se está muriendo, la morfina provoca euforia, los opioides provocan depresión respiratoria”. En conclusión, la morfina y los opioides en general son fármacos de uso habitual en la clínica del dolor, si se administran en dosis adecuadas y en intervalos precisos, en los enfermos que están indicados, y bajo estricto control médico no son peligrosos. Además aportan mucho beneficio al enfermo y mejoran ostensiblemente la calidad de vida del paciente.

87CM Cuidados Paliativos: La mejor opción para el paciente Terminal. Dra. Ofelia Loani Elvir. Hospital Escuela, Hospital DIME Tegucigalpa.

Cuanto de los médicos reciben obsequios de parte de los familiares de algún paciente terminal porque éste tuvo un buen morir, o por haberle brindado en los últimos momentos, una mejor calidad de vida. Los cuidados paliativos constituyen un aspecto fundamental en la mejora de calidad de vida de los pacientes en su etapa final y sus familias quienes se enfrentan a problemas asociados a la enfermedad terminal, pueden aliviar el sufrimiento, identificando de forma temprana, el manejo del dolor y otros padecimientos físicos, psicosociales y espirituales. Se debe proporcionar apoyo al paciente y a su familia como unidad a tratar, con el objetivo de reafirmar la vida, considerando a la muerte como un proceso normal. Enfermedad terminal es un padecimiento avanzado, progresivo e incurable, sin respuesta al tratamiento específico, con síntomas intensos multifactoriales y cambiantes, gran impacto en el paciente, la familia, el equipo tratante y la sociedad con un pronóstico de vida no mayor a seis meses. Si no hay curación para estos pacientes entonces la paliación es la única alternativa para manejar sus síntomas, mejorar las condiciones de vida y la calidad de muerte en estos enfermos. Es muy frecuente que a los pacientes cuando están muy mal se les califique como terminal, se les da de alta de los centros hospitalarios sin conocer que pasará con los síntomas que están presentando o que presentarán. En América Latina hay pocos centros de cuidados paliativos existiendo solo en 7 países. El país con más evolución es Argentina. De 234 países en el mundo, 115 países tienen establecido uno o más servicios de hospicios y mundialmente existen 56 millones de

muerres por año de los cuales 60% podrían beneficiarse de los cuidados paliativos. En Honduras se cuenta únicamente con 3 Sub-especialistas en Cuidados paliativos y aun no contamos con un hospital, centro u hospicio como tal, ni con leyes que promuevan estos beneficios para nuestros pacientes terminales. Entre estos se encuentran los que sufren cáncer, SIDA, insuficiencia orgánica en fase avanzada (cardiaca, pulmonar, renal), enfermedad neurológica degenerativa avanzada (demencia, Enfermedad de Parkinson, AVC con gran incapacidad, no recuperable y complicaciones asociadas Poli ulcerados con inmovilidad irreversible, hipertensión portal y sus complicaciones, síndromes de inmovilidad, Psicopatía crónica. Los pacientes Terminales se enfrentan a diferentes signos y síntomas como: dolor, boca seca y /o dolorosa, nausea y/o vomito, constipación, disfagia, síndrome anorexia-caquexia, astenia, disnea, delirium, hemorragia y diferentes condiciones consideradas como Urgencias. Por todo lo anterior éstos pacientes ameritan de un cuidado especial, integral y multidisciplinario, el cual puede realizase solamente mediante los Cuidados Paliativos.

88CM Cáncer y riñón. Dr. Evandro Valladares.

RESUMENES DE TRABAJOS LIBRES **Presentación oral**

1TL Comité de Ética en Investigación Biomédica de la Facultad de Ciencias Médicas, UNAH, experiencia 2000-2008. Dra. Eleonora Espinoza, Lic. Astarté Alegría, Dr. Iván Espinoza, Lic. Mauricio Gonzales, Dr. Denis Padgett, Lic. Elizabeth Paguada, Dr. Manuel Sierra. Comité de Ética en Investigación Biomédica, Facultad de Ciencias Médicas, Universidad Nacional Autónoma de Honduras, Tegucigalpa, Honduras.

Antecedentes. Los comités de ética en investigación biomédica (CEIB) se han establecido para proteger los derechos y el bienestar de los sujetos humanos reclutados para participar en investigaciones, con de evaluar, desde el punto de vista ético, aprobar, requerir modificaciones o desaprobar las propuestas de investigación. Además, conducen revisiones continuas de las investigaciones y tienen la autoridad de suspender o terminar investigaciones previamente aprobadas si no están siendo ejecutadas según los requerimientos del CEIB o si han sido asociadas con daños serios no esperados en los sujetos. La Unidad de Investigación Científica (UIC) de la Facultad de Ciencias Médicas (FCM) organizó el CEIB institucional con el propósito de dictaminar los estudios de investigación desarrollados en la FCM y en otras unidades académicas de la Universidad Nacional Autónoma de Honduras (UNAH). El CEIB inició oficialmente sus funciones el trece de julio del año dos mil. **Descripción de la experiencia.** El CEIB/FCM está conformado por siete miembros, seis institucionales y un miembro de la comunidad. Cuenta desde el 2002 con registro vigente de inscripción del “Federal Wide Assurance (FWA) for the Protection of Human Subjects for International Institutions” (Non-US), U.S. Department of Health and Human Services reconocido como Institutional Review Board, siendo renovado periódicamente. Hasta la fecha se ha dictaminado un total de 67 proyectos, 25 (37%) institucionales y 42 (63%) fuera de la UNAH. Del total de proyectos institucionales, 14 (56%) pertenecen a la FCM (Enfermería, Postgrados de Neurología, Dermatología, Psiquiatría, Pediatría) y 10 (40%) al Departamento de Microbiología, 1 (4%) a la Facultad de Ingeniería. Del total de proyectos no institucionales, se han dictaminado 27 (64%) presentados por investigadores que trabajan en la Secretaría de Salud, incluyendo proyectos que contaron con apoyo de instituciones internacionales o colaborativos entre Honduras y otros países y 15 (36%) no gubernamentales. El 55% de estos proyectos fueron presentados en los dos últimos años. El CEIB solicita una serie de requisitos para la presentación de protocolos, los cuales incluyen una estructuración metodológica adecuada del proyecto y el cumplimiento de las normas éticas vigentes en investigación. El principal problema que se ha encontrado es el desconocimiento de las normas éticas en investigación y de las razones de las exigencias del CEIB. **Conclusiones y Recomendaciones.** En los últimos años se ha visto una apertura a la investigación y el país participa en investigaciones con financiamiento de cooperación externa, lo cual se evidencia con la creciente demanda de dictámenes. La falta de formación en investigación y en bioética ha conducido a la falta de adherencia a los lineamientos del CEIB. Honduras no cuenta con una normativa nacional de bioética y no existe un órgano regulador en investigación. Es necesario fortalecer el desempeño del CEIB de la FCM para optimizar sus funciones de dictamen ético y de capacitación orientadas a fomentar que los investigadores se desempeñen conforme a los principios de buenas prácticas clínicas. Se ha iniciado un proceso de promoción de creación de CEIB institucionales dentro y fuera de la UNAH, incluyendo una normativa nacional.

2TL Manejo Avanzado del Ictus Resultados Preliminares 2001-2008 de la Primera Unidad de Ictus de Honduras” Dr. Nelson Chinchilla Cáliz, Dra. Carolina Haylock. Centro de Diagnóstico Neurológico y Clínica de Epilepsias, Hospital del Valle, San Pedro Sula, Honduras.

La Enfermedad Vasculare Cerebral (EVC) es la segunda causa de discapacidad mundial después del trauma y la EVC junto a la cardiovascular, conforman la primera causa de muerte en el mundo. En los años noventa los consensos de expertos en EVC determinaron que si la atención de estos pacientes se realizaba en unidades especializadas y con personal entrenado en ictus, la mortalidad bajaba hasta un 46% (Nivel Evidencia I). Basados en esto se fundó la primera Unidad de Ictus de Honduras en Octubre del 2001, en el Hospital del Valle, San Pedro Sula, la cual se ha caracterizado por un manejo multidisciplinario del ictus (neurólogos, neurocirujanos, anestesiólogos, intensivistas, rehabilitadores, cardiolo-

gos, internistas, médicos generales, enfermeras entrenada...), en un hospital que cuenta dentro de sus instalaciones con la tecnología y el soporte necesario para diagnosticar y resolver todo tipo de complicaciones; también se ha puesto en marcha campañas poblacionales con un sistema integrado en la costa norte con el denominado Código Ictus el cual implica una serie de medidas secuenciales y tratamientos establecidos según protocolo para el beneficio de estos pacientes y el dato más importante: se anima a los pacientes o a sus familiares para que acudan a la Unidad de Ictus dentro de las primeras tres horas de ocurrido el evento en lo posible (máximo seis horas), es decir en ventana terapéutica. Es más frecuente el Ictus Isquémico que el Hemorrágico, siendo este último más catastrófico y de peor pronóstico. Los Factores de Riesgo Vascular más frecuente: Hipertensión, Diabetes Mellitus, Dislipidemias, Ictus previos. La Escala de Rankin Modificado (mide discapacidad) al ingreso en promedio es de 4 o 5 (grado severo de incapacidad), pasan a Rankin 1 o 2 (grado leve) a los dos meses del evento. Días en la Unidad de Ictus promedio 2 a 3 días. En total se han realizado 12 trombolisis con rTPA, seis intraarteriales y seis intravenosas (pocas por lo oneroso del medicamento), catorce dilataciones químicas de vasoespasmo con Nimodipino por cateterismo intraarterial selectivo, con resolución del 92% de los casos. La mortalidad disminuyó en 18 a 46%. En conclusión la existencia de la Unidad de Ictus ha mejorado la sobre vida de estos pacientes, menor cantidad de pacientes discapacitados, costos iniciales altos pero a largo plazo una relación positiva costo-efectividad, por lo tanto, es necesaria la creación de estas unidades tanto en sistemas de salud pública como privada.

3TL Meningitis por Leptospira. Dr. Álvaro Mayorga, Dr. Humberto Su. Inmunología y Alergia, CNA, San Pedro Sula, Honduras; Neurología, Hospital CEMESA, San Pedro Sula, Honduras

Antecedentes. La leptospirosis es una zoonosis común y subdiagnosticada de distribución mundial. Causada por *Leptospira interrogans*, caracterizada por un amplio rango de manifestaciones clínicas, desde formas subclínicas hasta enfermedad letal y fulminante. La mayoría de los individuos sintomáticos desarrolla leptospirosis leve y usualmente anictérica con o sin meningitis. Las formas severas de leptospirosis, también llamados Síndrome de Weil, caracterizado por ictericia, insuficiencia renal y sangrado, ocurre en 5 - 10% de los individuos infectados. Presentamos el caso de un paciente con Meningitis Aséptica que se manifiesta por fiebre, cefalea, signos meníngeos y crisis convulsiva(s), en quien se diagnosticó leptospirosis. **Descripción del Caso.** Paciente masculino de 20 años de edad, mestizo, antecedente de rinitis alérgica y sinusitis. Una semana antes de su hospitalización inicia malestar general, (mialgias, artralgias), febrícula; atendido en consulta externa y tratado como cuadro gripal. No mejoró sintomatológicamente, desarrollando cefalea y dolor en cuello. Posteriormente la cefalea progresa en intensidad acompañándose de náuseas y vómitos por lo que fue hospitalizado. Al ingreso encontrándose afebril, conciente, quejándose de cefalea y náuseas. No focalización neurológica. Evaluación laboratorial inicial demuestra leucocitos 11,000/dl, química sanguínea normal, antígenos febriles negativos, hematozooario negativo, y se trata con analgésicos. Durante su segundo día presenta pico febril, rigidez de nuca, y una crisis convulsiva tónico-clónica generalizada, realizándose punción lumbar. Se inicia Ceftriaxona 2 gr IV/12 hrs. El análisis del LCR sugiere proceso viral, iniciándose aciclovir 30mg/kg/día. Los resultados de cultivos fueron negativos. Debido a la persistencia de picos febriles intermitentes y la cefalea con náuseas, reinterrogando al paciente, refiere que una semana previa al inicio de los síntomas, asistió a un campamento en Pinaleja, Santa Bárbara, durante su estancia recibió varias picaduras por insectos en piernas, formando pápulas con costras. Realizándose nuevos estudios hematológicos, reportando leucocitosis 21,000/dl, química sanguínea normal. Se repite punción lumbar, se solicita *Test de Aglutinación Microscópica*, reportando positivo por leptospira. Se inicia Penicilina Cristalina dosis 5 millones c/6 hr, desapareciendo fiebre y mejorando la cefalea y náuseas, resolviéndose completamente después de una semana de tratamiento. **Conclusión/Recomendación.** Individuos quienes pueden haber sido expuestos a la leptospira por su ocupación o actividades recreacionales debe informárseles sobre el riesgo de infección. La prevención de la diseminación de la *leptospira* consiste en evitar exposición a orina o tejidos de animales infectados, vacunación de animales y control de roedores, informando al público sobre las actividades recreacionales u ocupacionales que conllevan riesgo de infección.

4TL El Registro Tegucigalpa/OMS de Enfermedad Cerebro-Vascular: Análisis Prospectivo multivariado de factores de riesgo asociados a mortalidad temprana en pacientes hospitalizados con eventos cerebro vasculares agudos isquémicos y Hemorrágicos. Dr. Luis César Rodríguez Salinas, Dr. Marco Tulio Medina, Dr. José Dr. Angel Lara Pinto. Instituto de Neurociencias, Instituto Hondureño de Seguridad Social.

Antecedentes y Objetivo. El Hospital Escuela, a través del Postgrado de Neurología de Honduras, ha sido aceptado por la OMS como centro oficial de vigilancia epidemiológica de la Enfermedad Cerebrovascular (ECV). Como primer análisis, el presente estudio identifica los factores de riesgo asociados a mortalidad temprana en pacientes hospitalizados con ECV agudos isquémicos y hemorrágicos. **Materiales y Métodos.** Se diseñó un estudio observacional de cohorte, prospectivo, con seguimiento intra y extrahospitalario a 28 días, que incluyó todos los pacientes ingresados consecutivamente al Hospital Escuela con un ECV agudo durante 18 meses (2005-2007). Se realizó un análisis multivariado y un modelo explicativo de regresión lineal múltiple para los principales factores de riesgo por tipo de ECV. Se construyeron curvas de supervivencia y mortalidad de Kaplan-Meier en los pacientes seguidos hasta el final del estudio. **Resultados.** Fueron investigados 450 pacientes (36% ECV hemorrágicos), cumpliendo el seguimiento al 87.8% de los casos (n=395) y obteniéndose una tasa de letalidad a 28 días de 38.5% (IC 95%: 28.6%-48.5%), superior en los ECV hemorrágicos (46%; IC 95%: 36%-56.3%). En general, el principal factor de riesgo asociado a mortalidad temprana, fue una mayor extensión del daño cerebral al ingreso, relacionado a un deterioro neurológico rostro-caudal y determinado clínicamente por una puntuación en la escala de ictus del NIH >20 (RR 3.9; IC 95%: 3.1-5.0, *p* 0.0000). El complejo Neumonía / Sepsis (0.59, *p* 0.0000) y el Infarto Agudo de Miocardio (0.72, *p* 0.0006) fueron las complicaciones médicas que más incrementaron la probabilidad de muerte en hombres y mujeres, respectivamente. **Conclusiones.** La ECV es la primera causa de muerte no traumática en adultos de nuestro hospital. La tasa de letalidad a 28 días es elevada en comparación a otros países y se explica principalmente por el pronóstico de los ictus hemorrágicos, la severidad de los eventos, y el desarrollo de complicaciones neurológicas y médicas asociadas a mortalidad temprana.

5TL La enfermedad de Creutzfeldt Jacob en Honduras. Casos clínicos. Dr. Arnold Thompson Cerna, Dr. Marco Tulio Medina, Dr. José Lázaro Molina. Postgrado de Neurología, Dirección de Estudios de Postgrado, Universidad Nacional Autónoma de Honduras.

Introducción: La enfermedad de Creutzfeldt-Jakob (ECJ) o enfermedad por priones, fue descrita entre 1920 y 1921 con el reporte de tres casos. La forma esporádica es la enfermedad por priones que más frecuentemente afecta al ser humano. La falta de acceso a métodos diagnósticos moleculares y de microscopía de última generación obligan a utilizar análisis clínico cuidadoso, microbiológico, electro-encefalográfico y de imagen, adicionalmente al seguimiento de la evolución natural de la enfermedad. El primer caso de ECJ en Honduras fue reportado por Medina et al en el año de 1998. A continuación describimos reporte de dos casos diagnosticados en nuestro país. **Metodología:** Se realizó una búsqueda bibliográfica en medline, LILACS, utilizando las palabras clave (en inglés y español) “enfermedad de Creutzfeldt-Jakob”, “enfermedad por priones”, “demencia rápidamente progresiva”; se describe dos casos diagnosticados por nuestro grupo investigador. Caso 1: Masculino, 48 años, residente en San Pedro Sula, Cortés; en 2002 inició con alteración de memoria, insomnio y demencia rápidamente progresiva hasta llegar al estado vegetativo persistente. Adicionalmente, presentó ataxia, mioclonías, convulsiones tónico-clónicas, espasticidad, mioclonos y signos de liberación piramidal. Se le practicó biopsia cerebral, mostrando datos sugestivos de ECJ (la inmuno-histoquímica con anticuerpos monoclonales 3F4 mostraron ocasionales depósitos sinápticos) pero no concluyentes. Caso 2: Masculino, 45 años, residente en Tegucigalpa, Francisco Morazán; con antecedente de que su primo (caso 1) se le diagnosticó ECJ; su cuadro inicia con insomnio de varios meses de duración; posteriormente, presenta alteración del lenguaje (habla palabra por palabra); posteriormente con alteración de la escritura; en el transcurso de meses inicia con ataxia, mioclonias, espasticidad y signos de liberación piramidal, con un cuadro de deterioro cognitivo rápidamente progresivo. Se le realizó EEG, video-EEG e IRM cerebral, con lo que se hizo el diagnóstico. No fue posible realizar biopsia cerebral. **Conclusión:** Aunque no fue posible realizar diagnóstico histopatológico en uno de los casos, los hallazgos clínicos, neuroimagen y electro-encefalográficos permitieron hacer el diagnóstico de síndrome demencial rápidamente progresivo, por enfermedad de Creutzfeldt-Jakob.

6TL Prevalencia del Síndrome de Burnout en médicos residentes de los postgrados de Medicina. Dra. Teresa Reyes, Dr. Cesar Díaz. Instituto Hondureño de Seguridad Social, Tegucigalpa.

Introducción. El síndrome de Burnout (SB) es un trastorno adaptativo crónico asociado con el inadecuado afrontamiento de las demandas psicológicas del trabajo que altera la calidad de vida de la persona que lo padece y produce un efecto negativo en la calidad de la prestación de los servicios. **Objetivos.** determinar la prevalencia de síndrome de Burnout en los alumnos de los postgrados de medicina de la Universidad Nacional Autónoma de Honduras. (UNAH). **Metodología.** estudio descriptivo transversal que se realizó mediante la escala de Maslach y además se evaluaron los aspectos sociodemográficos en relación con la presencia del síndrome. **Resultados.** se evaluaron 286 residentes sin diferencias sociodemográficas entre ellos, de los cuales 183 (64%) presentaron el síndrome de Burnout lo cual fue estadísticamente significativo para una P de 0.02. Con la distribución del síndrome de Burnout por postgrados se encontró estadísticamente significativa en Neurocirugía (P= 0.01). Ginecología y Obstetricia (P= 0.02) y Oftalmología (P= 0.04). No se encontraron diferencias significativas entre el síndrome de Burnout y las características sociodemográficas. **Conclusión.** el síndrome de Burnout tiene una alta prevalencia (64%) en los alumnos de los postgrados de Medicina de la UNAH, con mayor riesgo de presentarlo en los postgrados de Neurocirugía, Ginecología y Obstetricia y Oftalmología. **Recomendaciones.** No hay ninguna estrategia simple y universal capaz de prevenir o tratar el síndrome de Burnout. Necesariamente se utilizarán modelos complementarios que influyan en todas las partes implicadas, es decir, al individuo, al grupo social y a la administración. En el ámbito individual se utilizan técnicas de afrontamiento del estrés y psicoterapia conductual, con técnicas de resolución de conflictos, de relaciones interpersonales y mejoras del autocontrol.

7TL Características clínicas y respuesta terapéutica de la neumonía adquirida en la comunidad en niños del Instituto Nacional Cardiopulmonar. Dra. Jessica Banegas, Instituto Nacional Cardiopulmonar.

La Neumonía Adquirida en la Comunidad (NAC) se define como la aquella que se presenta en un paciente que no ha tenido contacto hospitalario en los 14 días previos al inicio de los síntomas, y es una de las primeras causas de ingreso en los niños menores de 2 años. El *Streptococo pneumoniae* es la bacteria más frecuente y ya se han reportado cepas resistentes a la penicilina de hasta el 30%. Se realizó este estudio para conocer las características clínicas, la edad más frecuente y la respuesta terapéutica de la NAC en los niños ingresados en la sala de Neumología Pediátrica del Instituto Nacional Cardiopulmonar (INCP). Tipo de estudio: Descriptivo-retrospectivo. La información se obtuvo mediante la revisión del expediente clínico de los pacientes egresados con diagnóstico de NAC hecho por Neumólogo-pediatra en el periodo de Agosto-2006 a Agosto-2007. El Universo fueron 602 pacientes y la muestra fue de 125 (N=125) se incluyeron los pacientes con NAC de probable etiología bacteriana basados en clínica, radiografía simple y hemograma, se excluyeron las NAC con cuadro clínico sugestivo de etiología viral y las Bronquiolitis. Para el análisis estadístico se utilizó el Programa Word-Excell 2007. **Resultados:** La NAC correspondió al 32% del total de egresos; de estos el 92% fueron NAC simple y un 8% NAC complicadas con derrame pleural. Del total de la muestra el 70% estaban en edad menor de 2 años (lactantes). El tiempo hospitalario en el 61% fue menor de 5 días para la NAC simple y de 16-35 días para la NAC complicada. El 100% de los pacientes recibieron antibióticos en forma empírica, de estos el 87.7% respondió satisfactoriamente a antibióticos de primera línea como Penicilina Cristalina, Cefoxitina y/o Macrólidos. En los casos de la NAC complicada el 60% recibió antibióticos de amplio espectro más drenaje cerrado, y el 40% recibió antibiótico de amplio espectro más cirugía. El 99% de la serie egresó curado y solo 1% requirió traslado a otro hospital, sin defunciones. **Conclusión:** LA Penicilina Cristalina y los Macrólidos son eficaces en el tratamiento de la NAC simple en niños.

8TL Respuesta al tratamiento con hormona de crecimiento en pacientes del Hospital Escuela. Dr. Guillermo Villatoro Godoy, Dra. Lesby Espinoza Colindres.

Antecedentes: la hormona de crecimiento esta aprobada en pacientes pediátricos desde hace más de dos décadas. Con el advenimiento de la hormona recombinante humana el tratamiento es actualmente más accesible. Las indicaciones aceptadas internacionalmente son: deficiencia de hormona de crecimiento, síndrome de Turner, retardo de crecimiento

intrauterino sin crecimiento de recaptura, talla baja idiopática, síndrome de Prader-Willi, insuficiencia renal crónica pretransplante. Estos diagnósticos deben comprobarse científicamente a través de pruebas estandarizadas a nivel mundial: la deficiencia de hormona de crecimiento se realiza a través de la medición de IGF-1 y pruebas de estimulación hipofisiaria con L-Dopa, arginina, insulina, clonidina, etc. En el síndrome de Turner se realiza por medio del cariotipo 45; XO o cualquiera de sus variantes, en síndrome de Prader-Willi con el test de metilación de ADN. **Objetivos:** Determinar la respuesta terapéutica después de un año de tratamiento con hormona de crecimiento en pacientes con los diferentes diagnóstico en la que esta indicada la terapia hormonal. Determinar la velocidad de crecimiento antes y después del inicio de hormona de crecimiento. Identificar efectos secundarios durante el tratamiento. **Material y Métodos:** Estudio descriptivo, longitudinal. Muestra: Todos los pacientes con talla baja en quienes se demostró patrón de crecimiento atenuado y se comprobó la deficiencia de hormona por dos pruebas de estimulación con L-Dopa y con hipoglucemia insulínica, demostrando falta de elevación de hormona de crecimiento sérica mayor a 10ng/ml en ambas pruebas. En las niñas con fenotipo Turner, se comprobó con el cariotipo 45; XO o variantes. Se indicó tratamiento con hormona de crecimiento a 0.35 mg/kg semana dividida en siete dosis. El seguimiento se realizó cada tres meses para control de antropometría y vigilancia de efectos secundarios. Cada 6 meses se determinó pruebas de función tiroidea, hemoglobina glucosilada y cada año edad ósea. **Resultados:** Total de pacientes 20, ocho niñas y 12 varones. La edad promedio de inicio del tratamiento fue de 12.6 años (6.3-20 años). Los diagnósticos más frecuente fueron: deficiencia de hormona de crecimiento 10 pacientes (50%), síndrome de Turner 5 pacientes (28%). La velocidad de crecimiento en general previo al tratamiento fue de 2.9 cm/año y 12 meses después 10.1 cm/año. En pacientes con deficiencia de hormona de crecimiento la velocidad de crecimiento mejoró de 3.04 a 10.9 cm/año. En las niñas Turner la velocidad de crecimiento incrementó de 3.2 a 8.7 cm/año. En los casos de Panhipopituitarismo la velocidad de crecimiento mejoró de 4.1 a 9.6 cm/año. No se presentaron efectos secundarios. En tres casos se tuvo que inhibir pubertad con Acetato de Leuprolide para evitar la maduración esquelética y mejorar el pronóstico de talla adulta. Estos resultados demuestran que la respuesta al tratamiento en 12 meses fue satisfactoria, se triplicó la velocidad de crecimiento y no se presentaron efectos secundarios.

9TL Enteropatógenos asociados con Diarrea Aguda en Honduras. Yuzo Arima, Aida Casiano Colon¹, Dr. Gustavo Adolfo Avila Montes², Rina Kaminsky, MSc³, Brandon Guthrie¹, Ronald DiGiacomo¹, Jennifer Jacobs¹
¹Department of Epidemiology, School of Public Health and Community Medicine, University of Washington, Seattle, WA, ²Secretaria de Salud de Honduras, ³Universidad Nacional Autónoma de Honduras.

Objetivos. En Honduras la enfermedad diarreica aguda es la segunda causa de morbilidad y mortalidad en niños menores de 5 años de edad. Se efectuó un estudio de casos y controles para evaluar el rango de agentes etiológicos de enfermedad diarreica aguda no sanguinolenta. **Métodos.** El estudio de casos y controles fue llevado a cabo entre marzo y agosto del 2004 en la ciudad de Comayagüela, Honduras. De 304 niños con diarrea aguda no sanguinolenta tratados en dos CESAMOS, una muestra por conveniencia de 151 niños fueron seleccionados como sujetos para un estudio caso control. Para cada caso, un control fue pareado por edad y sexo residente en el mismo vecindario. Usando la prueba de regresión logística, asociaciones entre la diarrea aguda y los agentes patogénicos fueron evaluados calculándose la OR, como un estimado del riesgo relativo y sus intervalos de confianza al 95% (CI). Se usó la prueba exacta de Fisher cuando las asociaciones no pudieron ser confiablemente estimadas. **Resultados.** Los niños infectados con *Cryptosporidium parvum* o adenovirus tuvieron un riesgo significativamente mayor de diarrea aguda en comparación con aquellos que no estaban infectados con el patógeno respectivo (OR=9.31, 95%CI=1.24 - 69.97; OR = 5.47, 95%CI=1.51 - 19.80, respectivamente), y todos los ocho niños infectados con Rotavirus tuvieron diarrea aguda (p<0.01, prueba exacta de Fisher). **Conclusiones.** Entre los patógenos virales, bacterianos y parasitarios evaluados, los adenovirus, rotavirus y *Cryptosporidium parvum* estuvieron fuertemente asociados con enfermedad diarreica aguda no sanguinolenta en niños hondureños.

10TL Eficacia de la Budesonide Nebulizada para Crisis Asmática Leve y Moderada. Dra Jessica Banegas,¹ Dr Rusbell Hernández,² Lic. Juana Damaris Vidal Hernández.¹ ¹Instituto Nacional Cardiopulmonar, ²Universidad Pedagógica Nacional Francisco Morazán, Tegucigalpa Honduras.

Objetivo: Determinar si la Budesonida nebulizada más salbutamol es efectiva, rápida y más barata para el tratamiento de la crisis asmática. **Método:** Es un estudio, comparativo aleatorio doble ciego, con 103 pacientes asmáticos en crisis leve y moderada de 5 a 16 años de Marzo a Agosto del 2006 en la sala de urgencias del Instituto Cardiopulmonar. Se dividió en dos grupos GRUPO A: Budesonida y salbutamol; GRUPO B: suero salino y salbutamol. El Análisis estadístico fue realizado con la prueba de Varianza en una dirección y Chi cuadrado. **Resultados:** Del total que obtuvieron éxito el 63.1% fue del grupo con Budesonida y el 36.9% fue del grupo con suero salino. Del total de fracasos el 94.7% fueron del grupo B y solo 5.3% fueron del grupo A. La mejoría sobre el PEF fue 10% mayor en el grupo A que en el grupo B. **Conclusion:** La Budesonida mas salbutamol nebulizada tiene un efecto mayor estadísticamente significativo con un 99% de confianza, con una acción mayor y en menor tiempo que la nebulización con solución salina y salbutamol.

11TL Revisión del Genotipo-Fenotipo de pacientes con Hiperplasia Suprarrenal Congénita en los últimos 8 años en el Hospital Escuela e IHSS. Dra. Lesby Espinoza Colindres, Dr. Guillermo Villatoro Godoy.

La hiperplasia adrenal congénita es una enfermedad autosómica recesiva con trastorno en la esteroidogénesis suprarrenal. Se afecta la síntesis de glucocorticoides, mineralocorticoides y andrógenos. La deficiencia enzimática más frecuente es la 21 hidroxilasa (92-95%) y su prevalencia es de 1/5,000 a 1/15,000 nacimientos según poblaciones. El gen se localiza en el cromosoma 6p23. Existe una clara relación entre la anomalía génica y la expresión fenotípica de la enfermedad. Las mutaciones severas del gen de 21Hidroxilasa dejan una actividad enzimática residual menor o igual al 1%. Los pacientes perdedores de sal portan dos alelos no funcionales, en cambio los pacientes con forma virilizante simple tienen al menos un alelo portador de actividad residual. Clínicamente se manifiesta desde el nacimiento en niñas con genitales ambiguos con diferentes grados de virilización externa y derivados de Müller normales, en el caso de varones puede encontrarse disociación falo-testicular. La crisis adrenal puede presentarse desde la segunda semana de vida con deshidratación hiponatémica, shock hipovolémico, acidosis metabólica e hipercalemia. **Objetivo:** determinar la relación Genotipo-Fenotipo de los pacientes con hiperplasia suprarrenal congénita que asisten a las consultas de endocrinología pediátrica del Hospital Escuela y el Hospital de Especialidades del IHSS entre el año 2000 y 2008. **Material y Métodos:** Estudio descriptivo, transversal. Muestra: todos los pacientes con genitales ambiguos al nacimiento o referidos de otros hospitales que muestran clitoromegalia, fusión o escrotalización de labios mayores, hiperpigmentación de genitales, areolas y encías. Laboratorio: electrolitos séricos, 17 ce-toesteroides (orina 24 horas) ultrasonido pélvico (derivados Müllerianos). Se inició prednisolona y 9 fluorhidrocortisona, educación en tratamiento de crisis adrenal. Se envía genotipo al Hospital Infantil La Paz, Madrid, España (Extracción de DNA de linfocitos de sangre periférica). **Resultados:** Total de casos 13: sexo femenino 10 y masculino 3. Se han realizado nueve genotipos: cuatro intron 2G/intron 2G, tres intron 2G/Arg356Trp, uno Val281Leu/306inserción T, uno Del8pb. Todas son mutaciones severas relacionadas a pérdida de sal excepto Val281Leu considerada mutación leve. Todos los casos mostraron virilización severa, Prader II-IV y pérdida de sal. Dos de los casos han presentado crisis adrenal aguda uno al momento del diagnóstico y otro en el curso de una enfermedad gastrointestinal. En cuatro casos el genotipo está pendiente. **Conclusiones:** encontramos una estrecha correlación entre el genotipo y el fenotipo en todos los pacientes. La mutación en el intron 2G y el fenotipo Prader III fueron las presentaciones más frecuentes. El plan de educación en sospecha y tratamiento de crisis adrenal que se les brinda a los padres de los pacientes evita descompensaciones graves. **Recomendaciones:** debe estudiarse el genotipo de los padres para asesoría genética y sugerir tratamiento prenatal en caso de nueva gestación.

12TL Neoplasia Endocrina Múltiple. Dra. Lesby Espinoza Colindres Dr. Guillermo Villatoro Godoy.

La neoplasia endocrina múltiple (NEM) es un síndrome de herencia autosómica dominante caracterizado por el desarrollo de tumores endocrinos, el más común es el carcinoma medular de tiroides. Asociado a mutaciones del protooncogén RET. Los tumores asociados con NEM 2B son: carcinoma medular de tiroides (CMT) (90%), feocromocitoma (50%) y

Ganglioneuromas (100%). Existe correlación entre genotipo y fenotipo y el 50% de casos son mutación de *novo*. La mutación más frecuente M918T, exón 16 del cromosoma 10, (transforma metionina en treonina). Características clínicas: hábito marfanoide, labios prominentes por neuromas mucosos y del tracto gastrointestinal. Laboratorialmente: elevación de calcitonina y antígeno carcinoembrionario (ACE). El tratamiento consiste en tiroidectomía y vaciamiento ganglionar. El seguimiento es a través de la determinación de niveles de Calcitonina, ACE, ácido vanilmandélico (AVM). El pronóstico va en relación a las características de la neoplasia al momento del diagnóstico. **Caso 1 (índice):** Masculino de 12 años, procedente de Iriona, Colón. Consulta en abril de 2006 por adenopatías cervicales duras de 3 años de evolución. No datos de afección sistémica ni disfunción tiroidea. Examen físico: fenotipo marfanoide, labios prominentes, lesiones en los bordes de la lengua, bocio GII de consistencia dura y múltiples adenopatías cervicales y submaxilares. Se realizó biopsia de ganglio cervical derecho encontrando CMT. TSH de 3.22 uUI/ml, T4: 9.08 ng/dl, AVM: 5.6 y ACE: 138. Tiroidectomía total y extirpación de ganglios circunvecinos (Junio de 2006). No complicaciones posquirúrgicas. Recibió quimio y radioterapia. Actualmente eutiroides tomando 100 µg de Levotiroxina al día. **Caso 2:** Femenina de 30 años, Madre del caso índice. Sin disfunción tiroidea. Se le realizó biopsia de tiroides por aspiración con aguja fina, observando cambios compatibles con CMT. TSH 1.68 uUI/ml, T4: 8.74 ng/dl, AVM: 6.9 y ACE: 254. En julio de 2006 se le realizó tiroidectomía total y vaciamiento ganglionar cervical total y de ganglios de mediastino superior. Se confirmó metástasis a 4 ganglios cervicales regionales. Recibió quimio y radioterapia. Actualmente eutiroides tomando 100 µg de Levotiroxina al día. **Caso 3:** Femenina de 7 años, hermana del caso índice. Sin manifestaciones de disfunción tiroidea. Se le realizó tiroidectomía, biopsia CMT. TSH de 3.24 uUI/ml, T4: 9.14 ng/dl, AVM: 5.5 y ACE: 74.8. Complicaciones: hipoparatiroidismo permanente; Recibió quimio y radioterapia. Actualmente eutiroides tomando 100 µg de Levotiroxina/ día, Vitamina D3 y carbonato de calcio. **Caso 4:** Masculino de 18 meses, hermano del caso índice. Sin disfunción tiroidea. Se le realizó tiroidectomía profiláctica, biopsia: hiperplasia de células C. TSH de 2.03 uUI/ml, T4: 10.9 ng/dl, AVM: 7.8 y ACE: 1.07. Actualmente eutiroides tomando 50 µg de Levotiroxina/día. **Conclusión:** NEM 2B de prevalencia muy baja pero alta mortalidad. El diagnóstico genético permite el tratamiento preventivo y el pronóstico va en relación al CMT. **Recomendaciones:** En los casos de pacientes con hábito marfanoide y ganglioneuromas en labios y párpados debe sospecharse carcinoma de tiroides y debe evaluarse toda la familia por el patrón de herencia de esta patología.

13TL Impacto del Programa “Educación en Diabetes Mellitus para la prevención de complicaciones agudas y crónicas” Servicio de Endocrinología Pediátrica Hospital Escuela. Dr. Guillermo Villatoro Godoy, Dra. Lesby Espinoza Colindres.

La Diabetes Mellitus (DM) es una enfermedad de gran trascendencia social y económica y tal como lo manifiesta la OMS y la Federación Internacional de Diabetes, se encuentra en crecimiento y es responsable de graves incapacidades y muertes prematuras cuando su control es insuficiente, constituyéndose por sus complicaciones en la tercera causa de muerte. Por su carácter incurable y crónico es imprescindible mejorar la calidad asistencial, mediante estrategias reales y eficaces, con el fin de crear iniciativas correctoras que incidan puntualmente en mejorar la calidad de vida del individuo diabético. El control de la diabetes en niños y adolescente requiere además del seguimiento clínico, una educación que logre que el afectado y la familia se adhieran al tratamiento y cumplan con éxito las indicaciones que se establecen desde el momento del diagnóstico. En el Servicio de Endocrinología Pediátrica del Hospital Escuela se inició en el 2001 un plan de educación en diabetes que contempla: ¿que es la enfermedad, como se produce, que es la insulina, como se aplica, modificación de dosis; que es hipoglucemia, cetosis y como se trata, automonitoreo, cuidado de pies y genitales, ejercicio, plan de alimentación? Este plan educativo se impartió a todos los padres y pacientes conocidos como diabéticos antes del 2001. Posterior al 2001 se imparte como un curso obligatorio durante una semana a todo paciente debutante y luego mensualmente a todo el grupo. En el año 2006 realizamos una encuesta familiar para evaluar los conocimientos básicos en DM y ésta demostró que el 51% de las familias tenían conocimientos generales sobre DM, 69% sobre insulinas, 77% sobre hipoglucemia, 80% conocían sobre el tratamiento de cetosis, 63% sabían como modificar la dosis de insulina, 52% conocía como hacer mezclas de insulina R + NPH, 65% maneja conocimientos básicos sobre su plan de alimentación, 62% sobre el ejercicio y 63% conocen el significado de la hemoglobina glucosilada, microalbuminuria y calidad de control de la DM. Considerando estos resultados elaboramos guías de aprendizaje basadas en ganancia de competencias. Antes del 2001 había 28 pacientes ya conocidos y

reingresaban en cetoacidosis diabética (CAD) con una frecuencia de 125% y continúan reingresando en CAD sin lograr un cambio de actitud. Después del 2001 han debutado 103 pacientes y la frecuencia de reingresos en CAD es únicamente 25%. Perfil epidemiológico: Edad promedio al debut: 10 años (1.3-18 años). Tiempo promedio de evolución 4.5 años. Forma de presentación al diagnóstico: 69.4% en CAD, 17.5% en cetosis y 14.5% solo con hiperglucemia. Infección asociada más frecuentemente: vulvovaginitis micótica en niñas y balanopostitis en varones. Promedio de glucometría capilar: 2 veces/día. Dosis promedio de insulina: 0.84 unidades/kg/día. Promedio de hemoglobina glucosilada: 9.6%. El 11.5% de casos presenta nefropatía diabética insipiente. La educación diabetológica es un pilar esencial en el tratamiento y prevención de complicaciones agudas y crónicas de la diabetes mellitus y hemos logrado disminuir los reingresos por complicaciones agudas pero aun queda mucho para evitar o retrasar las complicaciones crónicas.

14TL Encefalitis crónica de Rasmussen: reporte de 3 casos. Dr. Miguel Solano, Dr. Marco Tulio Medina, Dr. José Lázaro Molina. Postgrado de Neurología, UNAH.

Introducción: Las infecciones del sistema nervioso central son causa del 1 al 5% de los casos de epilepsia y su incidencia es mayor en niños. En el año 1941 Fincher estudió un niño de 7 años con convulsiones parciales motoras incontrolables en hemisferio derecho y hemiparesia derecha, en el cual la biopsia cerebral cortical evidenció signos compatibles con encefalitis. El síndrome de Rasmussen una encefalitis crónica focal descrita en 1958 por Theodore Rasmussen et al en 3 niños con epilepsia progresiva cuya biopsia de corteza cerebral demostró infiltración meníngea de células inflamatorias y un proceso encefalítico, el proceso es de base autoinmune, encontrándose Ac contra receptores glutamato 3 y NMDA glu e 2. **Metodología:** se describen 3 casos de Síndrome de Rasmussen, caracterizando el tipo de crisis epilépticas, evaluación electroencefalográfica y de imagen, la edad de inicio, la evolución y manejo del cuadro. En esta serie de casos encontramos 2 pacientes femeninas y un masculino, sus edades de inicio de la enfermedad fueron entre los 4-9 años, en un caso hubo como inicio crisis febriles complejas, en los otros no hubo antecedentes. Todos presentaron status epilépticus convulsivo con crisis generalizadas tónico clónicas. Todos desarrollaron hemiparesia, deterioro cognitivo y crisis parciales motoras. Uno de los casos presento epilepsia parcial continua, otro desarrollo crisis parciales complejas. Todos los casos recibieron manejo con inmunoglobulinas, esteroides, antivirales y drogas antiepilépticas, uno de los casos se sometió a cirugía de epilepsia. La evolución mostró tendencia al deterioro neurológico, uno de ellos falleció, otro presenta deterioro cognitivo y aumento de las crisis, el paciente que fue operado actualmente está libre de crisis sin embargo desarrollo cuadro de Miastenia Gravis. **Conclusión:** La encefalitis de Rasmussen es una enfermedad catastrófica, sobre todo cuando se trata de su forma severa, el tratamiento médico es tórpido, con tendencia al deterioro, por lo que es necesaria la evaluación preoperatoria para poder someter a los pacientes a cirugía de epilepsia y así evitar mayores complicaciones y mejorar su calidad de vida.

15TL Transmisión Perinatal de Dengue en Honduras. Dr. Raul Carrasco Navas,¹ Dr. Gustavo Adolfo Avila Montes.² ¹Servicio de Neonatología, Honduras Medical Center, Tegucigalpa, Honduras, ²Región Metropolitana, Secretaría de Salud, Honduras.

Antecedentes. El dengue es endémico en la mayoría de los países tropicales, pero la transmisión congénita no ha sido frecuentemente descrita. **Descripción del caso.** Se reporta probablemente el primer caso detectado en Centro América. Producto de paciente grávida con 38 2/7 semanas de gestación atendida a nivel privado que presentó fiebre de 39° un día previo a la admisión por trabajo de parto. La fiebre estaba asociada a mialgias, cefalea, artralgias y trombocitopenia en un rango de 76,000 a 65,000 células/mm³. Durante el trabajo de parto el producto desarrolló distress fetal agudo y se realizo operación cesárea. Una prueba serológica de dengue realizada a la gestante fue positiva por anticuerpos IgM. La paciente recibió tratamiento sintomático y fue dada de alta a las 72 horas postparto. El recién nacido a término adecuado para la edad gestacional estaba normal al examen físico realizado al nacimiento. Al sexto día de vida presentó fiebre, hepatomegalia, leucocitosis, trombocitopenia e incremento en el hematocrito. Los estudios realizados por sepsis neonatal fueron negativos y dos pruebas serológicas fueron positivas por anticuerpos IgM para dengue. El paciente recibió tratamiento con soluciones cristaloides y antipiréticos evolucionando satisfactoriamente. En aquellas regiones donde el dengue es endémico, una paciente gestante con infección perinatal por dengue debe surgir la sospecha que el neonato puede desarrollar la enfermedad y un estrecho monitoreo es indicado.

16TL Síndrome de Beckwith-Wiedemann, reporte de un caso. Dr. José Armando Berlóz Pastor. Servicio de Recién Nacidos Departamento de Pediatría Hospital Escuela.

Beckwith y Wiedeman lo describieron por primera vez, desde entonces se han observado mas de 200 casos. En su desarrollo hay una incidencia desconocida de la deficiencia mental, que va de leve moderada e inclusive la inteligencia puede ser normal. Tienen macrosomía, masa muscular grande, tejido subcutáneo grueso, además maduración ósea acelerada; macroglosia, ojos prominentes con hipoplasia infraorbital; nevus flammeus capilar en frente y párpados. Fontanelas grandes y occipucio prominente. Maloclusión dental con tendencia al prognatismo de la mandíbula. Fisuras lineales poco usuales en el lóbulo de las orejas, muescas en el borde posterior de la helix. Presentan riñones grandes con displasia medular renal; hiperplasia pancreática. Pueden presentar policitemia neonatal e hipoglucemia; onfalocele u otras anomalías umbilicales; diastasis recti; eventración diafragmática posterior y criptorquidia.

Dentro de las anomalías ocasionales: hepatomegalia microcefalia, hemihipertrofia, carcinoma adrenal, tumor de Wilms, hepatoblastoma, clitoromegalia, ovarios grandes, útero bicorneo, hipospadias. El peso promedio al nacimiento ha sido 4kgs y estatura 52.6 cms. Pueden observarse problemas graves de adaptación neonatal con apnea, cianosis, convulsiones, hipoglucemia y policitemia. La frecuencia de tumores es del 6.5%, se recomiendan ultrasonidos y alfaproteína sérica cada 6 meses, hasta los 6 años de edad, para descartar tumores de Wilms y hepatoblastoma, el riesgo de malignidad es mayor en pacientes con hemihipertrofia. Los individuos afectados que sobreviven la infancia generalmente son saludables y mentalmente normales. Con el crecimiento talvez se logre suficiente capacidad oral para que quepa a lengua; se ha efectuado glossectomía parcial en algunos casos, con éxito. En cuanto a su etiología es casi siempre esporádica. El gen para el Síndrome de Beckwith-Wiedemann está localizado en el 11 p 15.5. **Caso clínico:** RN hijo de madre 23 años, G3P2C1, HV:2 HM:1, procedente de la Aldea La Cidra, Yuscaran, El Paraíso; CPN #7 en Cesamo Yuscaran, el 21/4/08 le realizan USG; reportando sexo masculino, 32 sem, "todo normal". Parto vaginal el 05 mayo 2008 a las 9 a.m. producto femenino cefálico, atendido por partera adiestrada en su casa, aparentemente sin complicaciones; siendo remitida al nacer al Cesamo Yuscaran; y de acá a la emergencia de Pediatría en el Hospital Escuela por tener un onfalcele. Es admitida el 05/05/08 a las 13:00 hrs en observación con un peso de 2600grs Talla 46cms PC 30cms con macroglosia, onfalcele, fisuras en los lóbulos de las orejas; presento hipoglucemia y policitemia asintomática en sus primeras horas de vida; se mantuvo con líquidos endovenosos, aporte de glucosa a 7mg/ kg/min; recibió fototerapia por tener hiperbilirrubinemia. Fue valorado por cirugía, endocrinología y genética; USG abdominal y transfontanelar normales; evolución satisfactoria egresando el 9 de mayo sin problemas, con cita ambulatoria. **Recomendación y Conclusiones:** Es importante identificarlos en cuanto nacen, para ofrecerles un mejor manejo y atender bien cualquier complicación inmediata que pudiese tener aunque sea una patología rara, debemos reconocerla tempranamente, para mejorar sus expectativas de vida; brindando así un mejor manejo y seguimiento pediátrico; ya que como hemos visto pueden llegar a ser personas normales y desarrollarse adecuadamente.

17TL Corioangioma placentario: Informe de un caso. Dr. Benjamín Mena, Dr. Marco Tulio Martínez, Br. René Aguilar, Br. Lineth Umaña. Facultad de Medicina y Cirugía, Universidad Católica de Honduras, Campus San Pedro y San Pablo, San Pedro Sula, Honduras.

Antecedentes: El corioangioma es un crecimiento tumoral benigno provocado por la proliferación mixta del endotelio y los fibroblastos mesodérmicos del mesénquima primitivo coriónico o el tejido angioblástico de la propia vellosidad. Es una lesión rara, la incidencia real es desconocida porque la mayoría de estos tumores son menores de 5 CMS, no se identifican en la revisión rutinaria de la placenta, algunos autores informan que esta neoplasia ocurre en 1% de los nacimientos. Otros afirman que su frecuencia es de 1 /40 a 1/80 cuando se busca sistemáticamente y 1/3,500 a 1/50,000 cuando se trata de tumores grandes o que presentan manifestaciones clínicas. **Caso clínico:** Mujer de 27 años de edad, originaria y residente de la ciudad de San Pedro Sula, Cortés, sin toxicomanías ni consumo de anticonceptivos hormonales. cursaba la segunda gestación, con parto vaginal previo. El embarazo evolucionó sin complicaciones, se le otorgaron 8 consultas prenatales. La paciente ingresó a las 40.1 semanas por parto fortuito en las cercanías del hospital y se

ingresó a la sala de Maternidad del Hospital Leonardo Martínez Valenzuela de San Pedro Sula para atender la expulsión de la placenta. Nació bebe único, vivo, masculino de 3,300 g de peso y durante el alumbramiento fue muy evidente una masa tumoral dependiente de la superficie materna de la placenta de 5 centímetros de diámetro, de color violáceo cerca del cordón umbilical, se envió a evaluación histológica. Se advierte que el sangrado posparto fue normal. En el periodo posnatal madre e hijo no presentaron complicaciones. **Anatomía patológica: Macroscopia:** Se recibe placenta total la cual mide a nivel de la superficie principal 18 cms de diámetro, con bolsa amniótica de hasta 10 cms de longitud y con cordón umbilical el cual alcanza una longitud máxima de 27cms y con diámetro mayor de 1.5 cms. El tejido placentario presenta a nivel de la superficie materna abundante coloración pardo oscuro con congestión y que en uno de sus extremos unos de los cotiledones se observa ensanchado midiendo 5 cms de diámetro y que al corte corresponde a un coagulo organizado, sobre base angiomatosa similar cuadro se observa en la superficie fetal delimitándose un nódulo de 5cms de diámetro y que al corte presenta un coagulo organizado. No se observan otra alteraciones placentarias el cordón umbilical posee dos arterias y una vena y esta ultima con dilataciones angiomatosas en algunos segmentos del mismo. **Microscopia:** Se identifica tejido placentario con superficie materna caracterizado por vellosidades cordiales, las cuales presentan tamaño intermedio, con un corte de estroma laxo, con escasas celularidad fusiforme tipo fibroblastos cortos sin cambios hidrópicos. Estas vellosidades están tapizadas polarmente por células tanto de citotrofoblastos como de sincitiotrofoblasto, estas últimas multinucleadas pero sin criterio de atipia. En el espesor placentario se observan dilataciones vasculares de apariencia saculares, pletóricas de hematíes y con tapizamiento interno por células endoteliales sin hiperplasia y con focos de hemorragia. No se observa alteraciones del cordón umbilical. **Diagnóstico:** Tejido placentario con malformación angiomatosa cavernosa. En el presente caso, a pesar del tamaño de la neoformación y estar adyacente a la inserción central del cordón umbilical no se presentaron complicaciones graves. Nos contactamos con la paciente 5 meses después y reportamos que su evolución y la de su hijo han sido satisfactorias.

18TL Manejo del Síndrome de Rokitansky – Küster – Hauser por Laparoscopia. Dr. Mario Roberto Pinto Romero, Dra. Mónica Vannessa Garcia Santacruz. Hospital Militar Regional, Tegucigalpa.

Introducción: Es una entidad caracterizada por ausencia de estructuras Mülllerianas pero con una adecuada función ovárica lo que origina mujeres con amenorrea por falta de útero y vagina pero bien feminizadas y de talla normal. Estas pacientes pueden tener anomalías óseas en un 15% y del aparato urinario en un 33%. Para la reconstrucción de la agenesia vaginal y uterina ha sido propuestos varios tipos de intervenciones plásticas, como: método no quirúrgico con dilatación, método quirúrgico con epitelización, donde se encuentra el revestimiento de la cavidad vaginal con peritoneo. Método quirúrgico con epitelización de la nueva vagina mediante injerto de piel. Método quirúrgico utilizando el intestino. **Caso clínico:** Se trata de paciente femenino de 16 años de edad con amenorrea primaria, por lo que visita ginecólogo, y observa agenesia vaginal, se le realizo en Febrero del 2005 una Tomografía Axial Computarizada (TAC), reportando ausencia de riñón izquierdo, genitales internos pequeños para edad sin descartar hipoplasia, la vejiga y uréter derecho sin anormalidades. En esa misma fecha también se le realizo un pielograma endovenoso, el cual reporto que no se observa buena excreción renal izquierda, por lo que puede corresponder a una agenesia renal izquierda. El ultrasonido pélvico de Marzo del 2006 reporto que no hay evidencia de útero. Se le realizó una laparoscopia ginecológica diagnostica reportando agenesia uterina, con trompas de Falopio y ovarios localizados cada una en ambas correderas parietocólicas. El perfil ginecológico se encontró dentro de los límites normales. Se le sugiere el procedimiento denominado construcción de Neovagina por el Método de Davydov. **Discusión:** La agenesia vaginal completa asociada con agenesia uterina o hipoplasia es poco frecuente (la incidencia es de 1 caso por cada 5000 nacimientos de neonatos femeninos). Los pacientes se presentan en la adolescencia con amenorrea primaria con características sexuales secundarias normales, la función ovárica es normal y el cariotipo es 46 XX. La técnica quirúrgica está diseñada a crear un canal de tamaño adecuado para desarrollar el espacio entre la vejiga y el recto, iniciando una incisión en H. Una vez creada el espacio vaginal por debajo del fondo del saco, el peritoneo se moviliza digitalmente en todas sus caras. Después de realizar una adecuada hemostasia, el espacio se tapona con compresas húmedas. La fase abdominal de la intervención comienza con una incisión umbilical de 1 cm, se introduce la aguja Veress se insufla CO₂ a 15 mm de Hg, se introduce trocar con lente de 10 mm, y posteriormente se colocan 2 puertos accesorios uno en cada flanco, donde se realiza una incisión de aproximadamente 3 cms

en el peritoneo del saco sobre el espacio neovaginal taponado, se retira el taponamiento y se tracciona del peritoneo hacia abajo a través del espacio vaginal mediante pinzas de Allis, a continuación el peritoneo se sutura al introito mediante 8-10 puntos reabsorbibles, el peritoneo situado en lo alto de la neovagina, se cierra con puntos intracorpóreos con vicryl 2/0. La intervención se completa con el cierre de la pared abdominal y la colocación de una prótesis en el interior de la vagina. En los cuidados postoperatorios se coloca un tampón lubricado durante 6 días y posteriormente se cambia cada 2 días, a la 6 semanas se puede iniciar la actividad sexual, el coito puede ser algo doloroso al principio y estar asociado a una leve expulsión de secreciones. Si la paciente no tiene relaciones sexuales regularmente, la prótesis debe estar colocada durante largo tiempo. La práctica de esta técnica se debe complementar con una buena acogida psicológica que despierte la confianza de la paciente. Se pueden evitar problemas relacionados con la imagen corporal y el goce sexual y lograr que la paciente lleve una vida normal y plena, aunque no sea fértil.

19TL Evaluación de respuesta al tratamiento etiológico de la Enfermedad de Chagas en menores de 15 años en el Departamento de Intibucá, 2005-2008. Dr. Concepción Zúniga¹ Dr. Lombardo Ardón,¹ Dr. Yovani Cardona.² ¹Programa Nacional de Prevención y Control de la Enfermedad de Chagas, Secretaría de Salud; ²Médico Municipal, San Francisco de Opalaca, Intibucá.

Antecedentes: En Intibucá está localizado el foco de infestación más importante por *Rhodnius prolixus*, vector de la Enfermedad de Chagas. Entre 2004 – 2006 varios municipios de este departamento fueron parte de actividades de prevención y control. **Objetivo:** Evaluar respuesta al tratamiento etiológico de la Enfermedad de Chagas con benzonidazol en menores de 15 años de Intibucá. **Material y Métodos:** Durante 2004-2005 se roció el 100% de las viviendas y se realizaron encuestas serológicas en menores de 15 años, utilizando una prueba ELISA en papel filtro, en 43 localidades de San Francisco de Opalaca (34), La Esperanza (3) e Intibucá (6). Se examinaron 5087 niñ@s y se detectaron 396 positivos (7.8%). El tratamiento con benzonidazol, a las dosis de 7.5-10 mg/Kg en dos dosis diarias, se inició en marzo 2005 y se administró con la ayuda de voluntarios comunitarios durante 60 días. La evaluación se realizó 18 meses post-tratamiento. Los niñ@s, padres, maestros y personal comunitario, fueron instruidos sobre la adherencia al tratamiento y efectos adversos. **Resultados:** Se administró tratamiento a 394 niñ@s ya que uno falleció antes y en otro los padres rechazaron el tratamiento. Solamente 388 (98.5%) lo completaron. Ocho casos (2.1%) presentaron reacciones adversas moderadas y un caso desarrolló Síndrome de Steven-Johnson (0.26%). Entre los 18 y 24 meses post – tratamiento se evaluaron 352 (89.3%) niñ@s. Los niñ@s no encontrados (10.7%) fue por cambio de domicilio o estaban fuera del municipio. De 352 evaluados, se encontró 306 (87%) con serología negativa, 40 (11.36%) con serología positiva, descenso en títulos y 6 (1.7%) con serología positiva y persistencia de títulos. Se tomó muestra de sangre en papel filtro a los nacidos después de haber rociado (junio 2004 y diciembre 2007), 695, no se encontraron serologías positivas. **Conclusiones y Recomendaciones:** Se obtuvo una seroconversión de 87% en 18-24 meses post –tratamiento demostrando una eficacia adecuada, con pocos efectos adversos. Los niños de menor mejor respuesta al tratamiento. La participación comunitaria en el rociado de las viviendas, la vigilancia entomológica y la administración y monitoreo del tratamiento debe promoverse. El ordenamiento del medio y eliminación del vector son actividades previas a iniciar el tratamiento. *Se agradece el apoyo del Programa PRO-MESAS, Alcaldía Municipal de Opalaca).*

20TL Modelo eco-sistémico de abordaje de la enfermedad de Chagas en comunidades leucas del municipio de San Francisco de Opalaca, Intibucá. ¹Manuel Sierra MD PhD, ²Manuel Chávez PhD (QDDG), ³Gustavo Borjas MSc, ⁴Brenda Meléndez PhD, ¹Unidad de Investigación Científica, ²Maestría en Salud Pública, Facultad de Ciencias Médicas, UNAH; ³Departamento de Biología, UNAH. ⁴Departamento de Salud Pública, Facultad de Ciencias Médicas, UNAH.

Antecedentes. La tripanosomiasis americana es una de las enfermedades con mayor prevalencia en Latino América (LA), estimándose que para mediados de los años 2008 unos 25 millones de latinoamericanos estaban infectados con *Trypanosoma cruzi*. La transmisión del parásito en LA ocurre principalmente por transmisión vectorial, seguida de transfusiones sanguíneas y transmisión de madre a hijo. El departamento de Intibucá es altamente endémico por enfermedad

de Chagas particularmente las comunidades Lencas en donde *Rhodnius prolixus* es el vector principal. Este proyecto fue financiado por la Agencia Canadiense de Cooperación Internacional y Visión Mundial Canadá. Se contó con un equipo trans-disciplinario de la U.N.A.H. con el fin de desarrollar un modelo de abordaje eco-sistémico de Chagas que permitiera mostrar la articulación compleja entre los seres humanos y sus entornos biofísicos, culturales, sociales y económicos que se reflejan en la salud del individuo y de la colectividad. **Descripción de la experiencia.** El proyecto se desarrolló en el municipio lenca de San Francisco de Opalaca (Intibucá) en el período 2005-2006. A través de un proceso participativo se constituyeron los Comités Lencas de Investigación-Acción (CLIA) que tuvieron un rol protagónico en todas las fases del proyecto. El modelo eco-sistémico desarrollado se resume en el acrónimo: “**Vemos a Lempira**” que identifica los 6 elementos del modelo que facilita la comprensión y el abordaje eco-sistémico del problema por parte de las estructuras culturales, comunitarias y municipales lencas: **V**ivienda, **E**spacio saludable, **M**arco legal, **O**rganización comunitaria, **S**alud, y **Lempira** como el héroe lenca que exalta la dignidad, identidad y cultura de un pueblo indígena como base esencial de la sostenibilidad. **Lecciones aprendidas:** El rol protagónico de los CLIA y de las estructuras organizadas lencas permitió darle un giro completo a la situación epidemiológica de Chagas: 100% de viviendas fumigadas, 14 meses de vigilancia activa sin encontrar *R. prolixus*. Se encontró inicialmente una prevalencia de 9% en niñas(os) 6 meses-14 años y se le dio tratamiento completo al 98%, negativizándose el 87% a los 18 meses y encontrándose 0% de transmisión vectorial en RN de los últimos 2 años. Un 85% de viviendas de alto riesgo han sido mejoradas. Plan de desarrollo departamental y municipal incluye presupuesto para sostenibilidad. Se fortaleció la “Alcaldía de la Vara Alta” como centro de autoridad civil y religiosa lenca. Los niveles de pobreza extrema, la desculturización, y los intereses económicos que amenazan la riqueza forestal del municipio ponen en peligro la sostenibilidad de las acciones.

21TL Evaluación de los efectos adversos de Nifurtimox en el tratamiento de la Enfermedad de Chagas. Dr. Orfa Cesia Reyes Ochoa,¹ Dra. Jackeline Alger,² Dr. Tito Alvarado,³ Dr. Jackeline González,⁴ Dr. Denis Padgett,⁵ Dr. Concepción Zúniga.⁶ ¹Postgrado de Medicina Interna, Dirección de Docencia e Investigación, ²Servicio de Parasitología, Departamento de Laboratorios Clínicos, ³Servicio de Infectología, Departamento de Medicina Interna, ⁴Servicio de Cardiología, Departamento de Medicina Interna, Hospital Escuela; ⁵Unidad de Investigación Científica, Facultad de Ciencias Médicas, UNAH; ⁶Programa Nacional de Prevención y Control de la Enfermedad de Chagas, Secretaría de Salud.

Antecedentes. Se ha estimado que la Enfermedad de Chagas afecta a aproximadamente 806,500 personas que residen en la subregión de Centro América y que unas 8,500 se infectan anualmente. En Honduras, el número de personas infectadas se estima en 220,000 y el número de personas en riesgo de infectarse en unas 3, 500,000. **Objetivo.** Evaluar los efectos adversos y la adherencia al tratamiento etiológico de la Enfermedad de Chagas en el Hospital Escuela. **Material y Métodos.** Estudio descriptivo longitudinal realizado en el Servicio de Infectología, Departamento de Medicina Interna. Se registró información sobre las características demográficas, clínicas y de laboratorio de los pacientes y los efectos adversos del tratamiento con nifurtimox. Los pacientes fueron evaluados en la Consulta Externa cada 15 días durante dos meses. Los resultados se presentan como frecuencias y porcentajes de las variables estudiadas. Aquí se presentan los resultados preliminares del período junio 2007-febrero 2008. **Resultados.** En el período de 8 meses se registraron 29 casos, la mayoría del sexo femenino (55.2%) y con un promedio de edad de 32 años (rango 22-60 años). El 55.2% informó ser analfabeta o con educación primaria incompleta (48.3%). Aproximadamente la mitad de los casos nació en Olancho (27.6%) o Francisco Morazán (20.7%); el 68.6% informó haber residido en su lugar de nacimiento por un periodo de hasta 20 años, y que actualmente residen en Francisco Morazán (41.4%) o en Olancho (34.5%). El 44.8% de los casos fue detectado a través de la donación de sangre en el Hospital Escuela o en la Cruz Roja. Cuatro de los 13 pacientes captados por este método (30.8%), donaron dos veces y más. La mayoría de los casos se encontraron en fase indeterminada al momento del diagnóstico (75.9%) y los casos restantes (24.1%), se encontraron en fase cardiaca temprana. Los efectos adversos mas frecuentemente informados por los pacientes fueron pérdida de peso (96.6%), pérdida de apetito (86.2%), insomnio (75.7%) y náuseas (68.9%). En menor frecuencia, informaron parestesias y depresión (27.6% cada uno), vómitos (24.1%) y alergia (prurito y rash, 17.2%). Un paciente no refirió efectos adversos. En un caso cada uno (3.4%), se detectó linfopenia y neutropenia. **Conclusiones y Recomendaciones.** El 58.6% de los pacientes evaluados

son individuos menores de 40 años (27.5%) o menores de 50 años (31.1%), con ninguna o poca educación escolar. La mayoría de los pacientes presentó efectos adversos, principalmente gastrointestinales (96.5%). Sin embargo, estos efectos no fueron lo suficientemente severos para obligar a los pacientes a abandonar el tratamiento. Se debe realizar el seguimiento serológico post tratamiento de acuerdo a la Norma Técnica del Programa Nacional de Prevención y Control de la Enfermedad de Chagas y Leishmaniasis, una vez al año por un mínimo de cinco años, para determinar la efectividad del tratamiento. Además, se deben implementar mecanismos que eviten que los pacientes diagnosticados continúen donando sangre. *Este trabajo es parte de la Tesis para optar al grado de la Especialidad de Medicina Interna, Universidad Nacional Autónoma de Honduras, Tegucigalpa, Honduras.*

22TL Implementación de programa escolar ambiental para el control *Aedes aegypti*. Dr. Gustavo Adolfo Ávila Montes. Centro de Salud Tres de Mayo, Región Metropolitana, Secretaria de Salud.

Objetivos: implementar el modulo escolar denominado Higiene Doméstica y Salud Ambiental como herramienta que favorece la incorporación de los escolares a las actividades de saneamiento ambiental y control domiciliario del *Aedes aegypti* en Comayagüela, Honduras. **Métodos:** Se realizó un ensayo comunitario de intervención sin grupo de comparación basado en la implementación de un modulo escolar en 10 escuelas de comunidades urbano marginales de Comayagüela. El programa estaba dirigido a escolares de 5to grado y se implementó durante los periodos escolares 2005-2007 a un estimado de 350 alumnos cada año. El material comprendía tres áreas temáticas: agua, basura y dengue que tenía como propósito concienciar a los educandos sobre la importancia de mantener el ambiente escolar y domiciliario saludable y libre de criaderos del *Aedes aegypti*. **Resultados.** Se obtuvieron reducciones en los indicadores entomológicos durante los tres años de implementación del programa. En el año 2005, el Índice de Vivienda (IV) y el Índice de Breteau (IB) se redujeron de 26,5 y 115,2 en la preintervención, a 3,3 y 4,8 en la post intervención. En el año 2006, el IV y el IB se redujeron de 35,9 y 68,8 en la preintervención, a 6,5 y 11,3 en la post intervención respectivamente; y en el año 2007, se redujo el IV de 21,1 en la preintervención a 4,5 en la post intervención. **Conclusiones.** El modulo escolar permitió crear conciencia sobre la situación ambiental entre los alumnos, maestros y padres de familia logrando incorporar practicas conducentes a la eliminación de los criaderos del mosquito *Aedes aegypti*. Se recomienda esta estrategia como actividad complementaria a las actividades tradicionales de control del *Aedes aegypti* en comunidades endémicas de Honduras.

23TL Informe de un caso de malaria por *Plasmodium falciparum* procedente de un país africano con resistencia reconocida a la cloroquina. Dra. Christy Sierra,¹ Dr. Gerardo Paz Paredes,¹ Dra. Jackeline Alger.² ¹Departamento de Medicina Interna y ²Servicio de Parasitología, Departamento de Laboratorios Clínicos, Hospital Escuela, Tegucigalpa.

Antecedentes. En Honduras no se ha documentado la existencia de parásitos *Plasmodium* spp. Resistentes a la cloroquina (CQ). Sin embargo, el Informe Mundial de Malaria (World Health Organization. World Malaria Report, 2005), señala la existencia de parásitos resistentes en los países vecinos de Guatemala y Panamá. Por lo tanto, además de la posibilidad de emergencia de parásitos resistentes, existe un riesgo real de su introducción desde estos países o de otros países con resistencia reconocida en América del Sur, Africa y Asia. Aquí se informa de un caso de malaria por *P. falciparum* atendido en el Hospital Escuela (HE) y cuyo origen de la infección se trazó a Guinea Ecuatorial, Africa. **Descripción del caso clínico.** El paciente masculino de 41 años de edad, hondureño, piloto de línea aérea comercial, con el antecedente de haber residido en Guinea Ecuatorial, Africa, en los últimos tres meses, regresó a Tegucigalpa el día sábado 23 de junio del año 2007. Ese día presentó fiebre y malestar general, por lo que al día siguiente visitó una clínica privada donde después de realizarle varios exámenes de laboratorio, entre ellos un "hematozooario" negativo, se diagnosticó dengue hemorrágico por lo que fue remitido al HE. El paciente fue ingresado en el HE el día lunes 25 con diagnostico de dengue hemorrágico y un resultado de *Plasmodium vivax*, iniciándosele tratamiento con CQ. El día martes 26, el examen de una gota gruesa detectó infección por *P. falciparum* con una densidad parasitaria alta. En vista de que el *Yellow Book* del CDC (<http://wwwn.cdc.gov/travel>) describe Guinea Ecuatorial como un país con parásitos *P. falciparum* resistentes a la CQ, se iniciaron gestiones para identificar drogas antimaláricas alternativas a la CQ. Después de haber recibido dos dosis de

CQ y una de primaquina, se inició tratamiento con sulfato de quinina (fecha vencimiento marzo 2006) más doxiciclina a las dosis recomendadas por la Carta Médica (The Medical Letter) y se comenzó a evaluar diariamente la respuesta terapéutica, al mismo tiempo que se gestionó la obtención de un medicamento alternativo no vencido. En el Día 2 se agregó clindamicina y se suspendió la quinina en el Día 3; en el Día 4 se omitieron todos los medicamentos y se administró mefloquina. La mefloquina fue proporcionada por la Embajada del Japón. La gota gruesa control del Día 6 (lunes 2 de julio) no demostró parásitos en 300 campos microscópicos. El resto de la evaluación, realizada los Días 14, 21 y 28, demostró buena evolución clínica y parasitológica. **Conclusiones y recomendaciones.** El paciente demostró mejoría progresiva al tratamiento recibido, excepto el día viernes (Día 3) en la madrugada cuando refirió que presentó fiebre. En la curva térmica, el último día febril fue el martes 27 de junio y hubo una reducción de más del 95% de la densidad parasitaria entre los Días 0 y 3. El país debe contar con lineamientos técnicos para abordar casos de malaria resistente así como casos de malaria complicada y grave. Es necesario contar con antimaláricos alternativos a la CQ administrado por vía oral y parenteral.

24TL Estilo de vida en escolares de escuelas públicas de Tegucigalpa, Honduras. Dra. María Félix Rivera¹, Dra. Ivette C. Rivera,² PhD en Psicología Clínica ¹Departamento de Fisiología, Facultad de Ciencias Médicas. UNAH. ²Centro Odontopediátrico (CODOPA), Región Sanitaria Metropolitana, Secretaría de Salud, Tegucigalpa, Honduras.

Antecedentes: El perfil epidemiológico de Honduras en la última década ha variado, coexisten enfermedades infecciosas, nutricionales y también enfermedades crónicas no transmisibles como ser hipertensión arterial, diabetes mellitus y cáncer entre otras. Estudios anteriores, realizados en población escolares se encontró que de cada cien escolares dieciséis tenían sobrepeso u obesidad y asociados a antecedentes familiares de diabetes Mellitus, por lo que se decidió realizar un estudio con el **objetivo** de determinar los estilos de vida en escolares de sexto grado de escuelas públicas de Tegucigalpa M. D. C, con el propósito de proporcionar información que permita a los tomadores de decisiones y a la población en general establecer medidas para prevenir dichas enfermedades. **Material y Métodos:** el estudio se realizó en 296 niños y niñas escolares para ello se seleccionaron 4 escuelas de Tegucigalpa al azar y a todos los alumnos de sexto grado de dichas escuelas se les aplicó una encuesta estructurada de 4 ítems: Nutrición, Estrés, Tabaco y Actividad Física. **Resultados:** la media de edad de los escolares fue de 11.6 años \pm 0.88 IDE, en cuanto a sexo las diferencias fueron mínimas a una razón de 1:1.2, M:F. En relación al tipo de alimentación que consumen, la mayoría consumían en sus casas es una alimentación saludable a diferencia de la merienda que poseía alimentos con alto contenido de azúcares refinados, ricos en grasa y sal. En relación a la actividad física el 47.3% de los escolares miraban televisión por más de una hora al día, el 50% practicaba eventualmente un deporte, y solo el 23.8% lo hacía siempre y únicamente el 29.2% tenían largas caminatas a diario. En relación al estrés cinco de cada cien niños dijo que siempre se siente estresado por situaciones de la escuela y solo la mitad muy raramente, en un porcentaje muy similar sentían estrés por situaciones de la casa. El 21.3% y el 11.8% de los escolares no tienen un amigo o no tienen un adulto en quien confiar sus preocupaciones respectivamente, un 28.3% perciben que nunca puede controlar su vida y un 3.1% consideran que la palabra que lo describe mejor es "soy un fracaso para mi mismo y los demás". Con respecto al tabaco, el 10.9% eran fumadores pasivos o de segunda mano, el 8.2% tenían padres fumadores y el 5.6% habían fumado y un 1.1% era fumador. **Conclusión:** las conductas de vida que presentan los escolares distan de estándares de estilos de vida saludables. Se recomiendan por lo tanto la implementación de políticas públicas en el marco de la promoción de la salud que den una oportunidad de una existencia con calidad.

26TL Vigilancia de la malaria en el Departamento de Atlántida, Honduras. Dra. Daisy Guardiola Ramos, Dr. Mario Becerra. Región Departamental de Atlántida, La Ceiba, Atlántida, Honduras.

Antecedentes. En el Departamento de Atlántida la malaria se vigila de acuerdo a los lineamientos del Programa Nacional (PNM): a todo caso sospechoso se le toma muestra de gota gruesa (GG) y se notifica semanalmente. A partir del año 2003, el PNM inició actividades del Proyecto Fondo Global Honduras (FGH) beneficiando los municipios de Ceiba, Porvenir, San Francisco y Tela; Jutiapa fue beneficiado por el Proyecto Control sin DDT, OPS/OMS. A continuación se describen los resultados más relevantes de la vigilancia de la malaria en esta zona endémica. **Descripción de la experiencia.** Se hizo

énfasis en el registro y análisis sistemático de la información, presentación y discusión semanal de problemas identificados, supervisión, fortalecimiento de la vigilancia entomológica, búsqueda activa de casos entre los convivientes de casos confirmados y búsqueda activa de infectados utilizando pruebas de diagnóstico rápido y GG. En el primer trimestre de 2008 se examinaron 1,634 láminas de GG, 91% a través de detección pasiva de casos con un promedio semanal de 114 láminas. Se identificaron 128 casos para un promedio semanal de 10, en su gran mayoría infecciones por *Plasmodium vivax* (94.5%). La Ceiba, Porvenir, Tela y Jutiapa aportaron 94% del total. De los casos identificados, el 54% era del sexo masculino; el 58% estaba entre 15 y 49 años y 30% entre 5 y 14 años. La tasa por 1000 habitantes resultó de 0.33 La densidad de *Anopheles* spp. Fue medida en febrero y mayo de 2007. Se colectaron 39 y 91 mosquitos, respectivamente, en la Colonia Municipal (urbana). Correspondieron a *A. darlingi* (80%) y *A. albimanus* (15%). En el Perú (rural), se colectaron 11 en febrero y ninguno en mayo; correspondiendo a *A. albimanus* (64%). En La Ceiba se caracterizaron 20 criaderos. A partir de noviembre 2007, a más del 80% de los convivientes de 32 casos confirmados (en localidades seleccionadas) se les realizó GG sin detectar casos positivos. En la búsqueda activa de sospechosos de malaria, la prevalencia fue 3.32 x 1000 habitantes en Bomba, Jutiapa y 0.57 en Porvenir. Esto es congruente con la vigilancia semanal que indica a esos dos municipios como de mayor riesgo de padecer malaria; con tasas de incidencia acumuladas de 0.60 y 1.12, respectivamente. En dos municipios se midieron los intervalos de tiempo entre inicio de síntomas y toma de GG: fue de cero a 1 día en 91% de los casos; entre toma de la GG y llegada al laboratorio: fue entre cero a 3 días en 54% y entre llegada al laboratorio y resultado de cero a 1 día en 53% y no supera los 4 días en el 71%. **Lecciones aprendidas.** La vigilancia es un aspecto fundamental para orientar las acciones de control y verificar su idoneidad. Las actividades de vigilancia deben irse modificando de acuerdo al comportamiento del problema de manera que sus productos sean útiles. *Se reconoce el financiamiento parcial del Proyecto Global Honduras componente Malaria, OPS con el Proyecto Control de Malaria sin DDT y Secretaría de Salud de Honduras.*

27TL Fortalecimiento de la respuesta local para la lucha contra la malaria en los departamentos de Choluteca y Valle a través del Proyecto Fondo Global Honduras, Periodo 2003-2008. Dr. Norlan Maradiaga, Dra. Mary Cáliz. Unidad Técnica, Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo, Proyecto Fondo Global Honduras Componente Malaria.

Antecedentes. El Proyecto Fondo Global (FG) Honduras en su componente malaria inició en el año 2003 en 5 municipios de Choluteca (Choluteca, Namasigüe, El Triunfo, Marcovia y Pespire) y 3 Valle (Nacaome, San Lorenzo y Amapala) entre los 58 municipios beneficiados a nivel nacional. El propósito de este trabajo es describir los avances en la lucha contra la malaria en Choluteca y Valle utilizando los recursos y experiencia obtenidos a través del Proyecto FG. **Descripción de la experiencia.** En la primera fase se estableció una línea basal de la malaria a través de la estratificación de las localidades e identificación de los factores de riesgo. Se utilizó tres indicadores para priorizar las localidades (porcentaje de casos, incidencia parasitaria anual (IPA) de período y número de casos de malaria falciparum) y se realizó reconocimiento geográfico y detección activa de casos. Como resultado de la estratificación inicial, se intervino a 376,665 habitantes (279,852 en Choluteca y 96,813 en Valle) en quienes se concentraba el 84.3% de los casos de malaria y que representan el 67.1% de la población de la zona Sur del país. El 99% de los casos detectados eran debido a *P. vivax* y 1% a *P. falciparum*. Seguimiento de la estratificación, las comunidades priorizadas se caracterizaron y se intervinieron. Se encontraron deficiencias logísticas y de infraestructura, así como escasa participación ciudadana en el cuidado de la salud. El tiempo entre la toma de la muestra y el diagnóstico se estimó en ≥ 16 días. Las intervenciones consistieron en 1) Implementación de las Mesas Ecosistémicas para la promoción del empoderamiento y participación comunitaria en las acciones de prevención y control de la malaria; 2) Implementación de un Plan de Comunicación para Cambios de Comportamiento a partir de la estrategia de Información, Educación y Comunicación; 3) Fortalecimiento de la red de Colaboradores Voluntarios y su integración a los equipos municipales; 4) Fortalecimiento de la red de laboratorios; 5) Alianzas con el sector educativo para la implementación del Módulo Escolar de Malaria; 6) Fortalecimiento de las actividades rutinarias del Programa Nacional de Malaria en el control y prevención de la enfermedad. En el año 2004 se descentralizaron fondos a nivel municipal con la conformación de Comisiones Tripartitas (Alcaldía, Salud y Sociedad Civil) como unidades sub receptoras y responsables del Plan Operativo Municipal de Prevención y Control de la Malaria. **Conclusiones y recomendaciones.** En el periodo 2003-2007 se fortaleció el subsistema de información con disminución del subregistro de

casos. Más del 80% de los casos de malaria de los departamentos de Choluteca y Valle se concentran en los municipios priorizados. Desde el año 2004 en esta zona no se presentan casos de *P. falciparum*. La implementación del abordaje ecosistémico de la malaria ha permitido la sostenibilidad de las medidas de prevención y control a través de la participación ciudadana. *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 Secretaría de Salud de Honduras.*

28TL Gestión de aseguramiento de la calidad del diagnóstico microscópico de la malaria: conceptos y propuesta de implementación en Honduras. Grupo Profesional de Laboratorio de Malaria: Jackeline Alger, MD, PhD;¹ Maria Luisa Matute, MQC, MSc;² Rosa Elena Mejía, MQC;² Engels Banegas; MQC² Jessica Henríquez, MQC.^{2,3} ¹Servicio de Parasitología, Departamento de Laboratorios Clínicos, Hospital Escuela; ²Departamento Nacional de Laboratorios de Vigilancia de la Salud, Secretaria de Salud de Honduras; ³Proyecto Fondo Global Honduras Componente Malaria.

Conceptos: En vista de que el tratamiento adecuado de los pacientes con malaria depende del acceso a un diagnóstico de laboratorio oportuno y confiable, el Grupo Profesional de Laboratorio de Malaria ha iniciado una serie de reuniones de trabajo para discutir las estrategias de gestión de aseguramiento de la calidad del diagnóstico microscópico de la malaria en Honduras. El aseguramiento de la calidad tiene los objetivos de 1) Mejorar el trabajo desempeñado por el personal de laboratorio en cada nivel de los servicios de salud a través de procedimientos operativos estándar; 2) Monitorear sistemáticamente, a través de evaluaciones directas e indirectas, las instalaciones de las unidades de diagnóstico y los procedimientos, reactivos y equipo utilizados; 3) Establecer un programa de capacitación y medidas correctivas fundamentados en los resultados de las evaluaciones; 4) Mantener el nivel más alto de competencia profesional (conocimiento y desempeño) en el personal. El cumplimiento de estos objetivos tiene la meta de que todas las unidades de diagnóstico cuenten con personal competente y con estructura física adecuada para un funcionamiento estándar que pueda ser evidenciado a través de las actividades de aseguramiento de la calidad. Los elementos de una gestión de aseguramiento de la calidad incluyen 1) Procedimientos operativos estándar (POE), 2) Norma técnica, 3) Formularios y sistema de información; y 4) Programa de capacitación fundamentado en los resultados de las evaluaciones y monitoreo. La implementación de la gestión de aseguramiento de la calidad se realiza a través del cumplimiento de la Norma Técnica y los POE, la evaluación de la competencia profesional, el desarrollo de un programa de capacitación en base a los resultados de la evaluación de la competencia profesional y de acuerdo a los lineamientos establecidos en la Norma y descritos en los POE. **Propuesta de trabajo:** El Laboratorio Referencia de Malaria cuenta con Norma Técnica (2007), Manual POE (2006) y ejecuta actividades de evaluación directa (supervisión) e indirecta (validación de laminas diagnosticadas y evaluación externa del desempeño) y de capacitación. Se propone que en el periodo 2009-2010 se contara con las Normas revisadas y una Segunda Edición del Manual POE, ambos en un documento integrado. A partir del 2005 el Departamento Nacional de Laboratorios inició un proceso de inducción de aseguramiento de la calidad en el marco de las Normas Internacionales (ISO) y se espera que en el año 2008 el grupo central de personal que realiza diagnóstico microscópico de malaria (primario y revisión) inicien un proceso de acreditación en el diagnóstico microscópico de la malaria. De igual manera, se espera fortalecer los procesos de evaluación y capacitación continua. Todas estas actividades están enmarcadas en el Plan Estratégico Nacional (PEN) del Laboratorio de Malaria 2006 – 2011. *Se reconoce y agradece el apoyo logístico, administrativo y financiero proporcionado por: el Proyecto Fondo Global Malaria, Unidad Técnica Componente Malaria, PNUD; el Consejo Hondureño de Ciencia y Tecnología (COHCIT); La Organización Panamericana de la Salud (OPS) y el apoyo gerencial de la Dirección General de Vigilancia de la Salud, Secretaría de Salud de Honduras.*

29TL Dermatomiositis juvenil reporte de un caso. Dra. Miriam Yolanda González. Servicio de Dermatología, Departamento de Medicina Interna, Hospital Escuela, Tegucigalpa, Honduras.

La Dermatomiositis es una enfermedad inflamatoria de etiología y patogénesis desconocida, que se caracteriza por afectar la piel, músculo estriado y ocasionalmente órganos internos, se presenta tanto en niños como en adultos, el pico más alto de incidencia en niños es entre 5 y 12 años. Se presenta el caso de paciente femenina de 8 años, que acudió a la consulta

externa de Dermatología por dermatosis diseminada a cara, cuello, tronco, abdomen y extremidades, caracterizada por lesiones maculo papulares eritematovioláceas de 8 meses de evolución, acompañado de disminución progresiva de la fuerza en miembros inferiores. De un mes de evolución refería, escoriaciones y pústulas generalizadas pruriginosas que coalescían formando extensas áreas de eccema, con costras mieliséricas. Múltiples tratamientos previos sin mejoría. Con diagnóstico presuntivo de dermatomiositis y escabiosis con impétigo secundario agregado, se indicó manejo para estas últimas dermatosis y se realizaron estudios de laboratorio, biopsia de piel y músculo que confirmaron el diagnóstico de dermatomiositis. Con la resolución de la dermatosis secundaria, se observaron alteraciones cutáneas características de esta entidad como ser eritema en heliotropo y signo de Gottron. Se manejó con prednisona 1mg/kg, humectantes y protector solar con evolución satisfactoria. Se presenta este caso con características típicas de la enfermedad pero con diagnóstico tardío por las dermatosis secundarias agregadas.

30TL Síndrome del Nevo Basocelular: Serie de Casos. Dra. Cinthia Espinoza, Dra. Nancy Matute, Dra. Miriam Gonzalez, Postgrado de Dermatología, Servicio de Dermatología, Departamento de Medicina Interna, Hospital Escuela, Tegucigalpa, Honduras.

El Síndrome del Nevo Basocelular o de Gorlín, es un trastorno autosómico dominante, se caracteriza por anomalías del desarrollo y tumores posnatales principalmente carcinomas basocelulares que inician a temprana edad. Los criterios diagnósticos mayores se determinan al presentar más de dos carcinomas basocelulares o uno antes de los 20 años, 3 o más depresiones palmo plantares, quistes mandibulares, calcificación de la hoz del cerebro, alteraciones costales, parientes en primer grado afectados y mutación del gen *PATCHED1*. Los criterios menores son macrocefalia, labio y paladar hendido, hipertelorismo, anomalías esqueléticas y radiológicas, fibroma ovárico, meduloblastoma, además de otras anomalías ocasionales. Presentamos caso de familia formada por pareja no consanguínea, con 6 hijos. La madre y tres hijos afectados, dos mujeres y un varón. Se les realizó estudios histológicos y radiológicos que confirmaron el diagnóstico. Los criterios diagnósticos que comparten dichos pacientes son los siguientes: Pariente en primer grado afectado, pits palmo plantares, quistes mandibulares, acortamiento del cuarto metacarpiano y arco palatino elevado, 3 tenían múltiples carcinomas basocelulares, hipertelorismo. Dos manifestaban macrocefalia y anomalías costales. Uno de los pacientes presentaba polidactilia, calcificación de la hoz del cerebro, pectus excavatum y retardo mental. El varón tuvo criptorquidia. La madre mostraba xifoesciosis y pérdida dental total. Presentamos estos casos por la infrecuencia con que se observa esta entidad y por los múltiples hallazgos con los que confirmamos el diagnóstico.

31TL Leishmaniasis cutánea en Honduras: Informe de dos casos atendidos en el Hospital Escuela. Dra. Nancy Matute,¹ Dra. Cinthya Espinoza,¹ Dra. Miriam Gonzalez,² Dra. Jackeline Alger,³ Dr. Elmer López Lutz,² Dr. Denis Padgett.⁴ ¹Postgrado de Dermatología, Dirección de Docencia e Investigación, ²Servicio de Dermatología, Departamento de Medicina Interna, ³Servicio de Parasitología, Departamento de Laboratorios Clínicos, Hospital Escuela; ⁴Unidad de Investigación Científica, Facultad de Ciencias Médicas, UNAH, Tegucigalpa.

Antecedentes. La leishmaniasis cutánea se encuentra entre las primeras causas de atención en el Servicio de Dermatología del Hospital Escuela. La mayoría de los casos diagnosticados corresponden a leishmaniasis cutánea no ulcerada. En el período 2004-2007, el promedio de casos de leishmaniasis cutánea en su forma ulcerada confirmados parasitológicamente fue 13% (rango 5-24%). Las lesiones características de leishmaniasis cutánea ulcerada inician como pápulas eritematosas que lentamente se tornan violáceas y aumentan de tamaño hasta ulcerarse. La ulcera tiene una costra central y un borde elevado ligeramente indurado denominado rodete. Los pacientes proceden de las zonas endémicas del país, los departamentos de la costa atlántica y oriente. Aquí se describen dos casos con presentación clínica inusual. **Descripción de los casos clínicos.** Caso No. 1: Paciente masculino, 33 años de edad, campesino, procedente de Trojes, El Paraíso, atendido en diciembre del 2007 con historia de 7 semanas de presentar nódulo violáceo con superficie ulcerada localizado en el mentón, de 2.5 cm de diámetro, doloroso y acompañado de adenopatía submandibular. Se procedió a tomar biopsia para solicitar estudios parasitológicos (impronta) e histopatológicos. Ambos estudios informaron abundantes amastigotes de *Leishmania* spp. Se administró antimoniato de meglumina (850 mg base/día) por 20 días. La

evaluación clínica a las 8 semanas de haber iniciado tratamiento demostró lesión aplanada eritematosa, sin adenopatía. Caso No. 2: Paciente masculino, 29 años de edad, residente en La Esperanza, Intibucá, agricultor, con historia de laborar en Danlí, El Paraíso, y de presentar lesión ulcerada de 3 x 3 cm, eritematosa e indurada, dolorosa, localizada en labio superior e infiltrada hasta la mucosa oral, de 6 semanas de evolución. Se procedió a tomar biopsia para solicitar estudios parasitológicos (impronta y cultivo), bacteriológicos (Gram) e histopatológicos. La impronta informó abundantes amastigotes de *Leishmania* spp. El cultivo se encontró positivo al 4to día. En el Gram no se observaron bacterias. El estudio histopatológico demostró proceso inflamatorio agudo. Se administró antimoniato de meglumina (850 mg base/día) por 28 días. La evaluación clínica a las dos semanas de haber iniciado tratamiento demostró reducción de la lesión (2 x 1 cm) y de la induración; a las ocho semanas la lesión había desaparecido. **Conclusiones y recomendaciones.** Ambos casos clínicos demostraron una reacción inflamatoria acentuada alrededor de una lesión ulcerada única que no tenía las características típicas de la úlcera de la leishmaniasis cutánea. En el abordaje diagnóstico de estos pacientes debe incluirse el estudio de otras patologías tales como tuberculosis cutánea, esporotricosis, tiña de la barba, cromomicosis y neoplasias. La respuesta terapéutica fue buena. Es necesario estandarizar el abordaje diagnóstico y el tratamiento de los casos de leishmaniasis en el Hospital Escuela.

32TL Hemorragia Intracerebral debido a mordedura de serpientes: reporte de dos casos. Dra. Karin Villalobos Flores, Dra. Leana Isabel Zúniga, Dr. Arnold Thompson Cerna, Dr. Carlos Alvarenga, Dr. Miguel Solano, Dra. Claudia Amador, Dra. Janeth Bu Figueroa. Postgrados de Neurología, Medicina Interna y Psiquiatría, UNAH.

Introducción: Las características tropicales de Honduras permiten una vasta biodiversidad en flora y fauna (entre ellas, las serpientes). Estas serpientes producen alteraciones neurotóxicas y hematotóxicas, produciendo diversas manifestaciones clínicas en los pacientes afectados por su mordida; tras su invasión en sistema nervioso central se produce hemorragias intraparenquimatosas y subaracnoideas. Se reporta dos casos de pacientes recibidos en el servicio de emergencias del Hospital Escuela. Caso 1: Paciente masculino de 54 años de edad, agricultor, procedente de Patuca, Olancho; quien fue mordido por serpiente cascabel. Permaneció en casa recibiendo medicina natural (incluyendo derivados de la serpiente que lo mordió); notaron que dos días después, de forma súbita, presentó disartria y tendencia al sueño; fue trasladado al Hospital Escuela, diagnosticándosele hemorragia intraparenquimatosas y subaracnoidea secundaria; se le maneja de forma conservadora, con suero antiofídico, la evolución del paciente fue satisfactoria luego de 28 días de hospitalización. Caso 2: Paciente femenina de 25 años de edad, ama de casa, procedente de Tegucigalpa pero quien se encontraba de visita en Patuca, Olancho; en dicha localidad fue mordida por serpiente cascabel. Fue llevada rápidamente a centro hospitalario regional, en donde se mantuvo en vigilancia por 48 horas, sin embargo, desarrollo cefalea de inicio súbito, fotofobia, rigidez de nuca y somnolencia, motivo por el cual fue trasladada al Hospital Escuela. Fue evaluada por médico residente, solicitándole estudio tomográfico cerebral con cortes axiales. Se observó en el momento de presentar su cuadro. **Conclusión:** Se reporta dos casos de hemorragia intracerebral debido a mordedura por serpientes. Las especies de serpientes que producen trastornos de la coagulación son diversas (dada la biodiversidad de fauna de nuestro país). El reconocimiento de las diferentes especies permite un abordaje rápido, que mejora el pronóstico de supervivencia de los pacientes.

33TL Uso de Bevacizumab en el Tratamiento de la Neovascularización Coroidea secundaria a Miopía patológica. Dr. Mario Alejandro Santos Gámez, Dra. Violeta Robredo, Dra. Natalia Matti, Dr. Federico Graue. Instituto de Oftalmología "Fundación Conde de Valenciana", México, D.F., Hospital y Clínicas "Santa Lucía", Tegucigalpa, Honduras.

Antecedentes: La miopía patológica es una causa frecuente de baja visual alrededor del mundo. La complicación más devastadora en esta patología corresponde a la neovascularización coroidea, la cual se desarrolla en aproximadamente en un 5 al 10 % de ojos miopes altos. Es la neovascularización coroidea más común en pacientes jóvenes, llegando al 62 % de NVC en pacientes menores de 50 años. Basados en la historia natural, una vez que se presenta, su pronóstico visual es muy pobre. **Objetivo:** Evaluar la eficacia y seguridad del uso de bevacizumab intravítreo en el tratamiento de

la neovascularización coroidea (NVC) secundaria a miopía patológica. **Métodos:** Diseño del estudio serie de casos, no aleatorizado, intervencional, prospectivo y longitudinal. Se incluyó a pacientes del servicio de retina del Instituto de Oftalmología Fundación Conde de Valenciana con NVC activa secundaria a miopía patológica en un periodo comprendido entre marzo a septiembre del 2006 y que recibieron un tratamiento de 1.25 mg de bevacizumab intravítreo. Se incluyeron a aquellos pacientes mayores de 18 años, sin tratamiento previo. Se realizó examen oftalmológico completo que incluye toma de la capacidad visual corregida, angiografía con fluoresceína y tomografía de coherencia óptica (OCT). El seguimiento posterior al tratamiento se llevo a cabo a las 24 horas, 1ª semana, 6ª semanas y a los 3 meses como mínimo., con un máximo de 8 semanas. **Resultados:** Se incluyeron 15 ojos de 13 pacientes (9 femeninos y 4 masculinos). Edad promedio de 49 años, con un rango de 28 a 72 años. El promedio de Dioptrías fue de -14.05 Dp, con un rango de -7 a -24.00 Dp. 13 ojos presentaron una localización subfoveal y 2 ojos una yuxtafoveal. El promedio de tiempo de duración de los síntomas fue de 4.5 meses con un rango de 1 a 12 meses. La capacidad visual antes del tratamiento se midió de 20/63 a 20/100 en 5 ojos, y de 20/200 o peor en 10 ojos. A los 3 meses posterior al tratamiento la capacidad visual fue de 20/63 o mejor en 9 de 15 ojos. 13 de 15 ojos (87 %) mejoraron dos o más líneas de visión. Dos ojos recibieron tratamiento bilateral y otros dos ojos necesitaron retratamiento a las seis semanas. El grosor foveal medio fue de 330 μ m (rango de 175 a 763 μ m) previo al tratamiento y presento una mejoría de grosor foveal medio de 198 μ m (rango de 121 a 299 μ m). Esto equivale a una reducción promedio de 139.6 μ m ($p = 0.001$) La filtración de la NVC en la angiografía desapareció en 7 casos (46%) y en el restante 64% hubo disminución de la misma. No se observaron complicaciones posteriores al tratamiento. **Conclusión:** El uso de bevacizumab intravítreo aparenta ser alternativa eficaz y seguro a corto plazo en el tratamiento de la NVC secundaria a miopía patológica.

34TL Nasoangiofibroma Juvenil: Abordaje Quirúrgico de Fosa Pterigopalatina e Infratemporal en la Recurrencia de Un Caso de Nasoangiofibroma Juvenil. Dr. Benjamín Cano Paca¹, Dr. Juan Carlos Fúnez², Dr. Cesar Pineda Miranda³, Dra. Linda Flor Peña¹, Dr. Alirio López González⁴, Dra. Wendy Geraldina Tenorio Moncada⁵. ¹Servicio de Otorrinolaringología Hospital Escuela, ²Servicio de Cirugía Plástica Hospital Escuela, ³Servicio de Cirugía Cardiovascular, Hospital Escuela, ⁴Departamento de Patología, Hospital Escuela, ⁵Sistema Médico Empresa, IHSS, TSC.

Antecedentes. El nasoangiofibroma juvenil (NAJ), representa aproximadamente un 0,05% de todos los tumores de cabeza y cuello, es una patología tumoral benigna no encapsulada muy vascularizada con diseminación submucosa, altamente agresiva. No hace metástasis pero invade por extensión. Se presenta en pacientes masculinos de entre 7 y 21 años. Su sitio de origen es justamente superior al foramen esfenoopalatino, en la unión del proceso pterigoides y el proceso palatino, pudiendo extenderse por todas las cavidades paranasales. Son neoplasias que poseen una gran cantidad de fístulas arteriovenosas en su estructura, por lo cual el sangrado durante la cirugía es abundante. *Chandler (1984)* los clasifica en 4 estadios, según la extensión anatómica que el tumor incluya. La mejor técnica para el abordaje quirúrgico del NAJ ha sido un dilema para el otorrinolaringólogo, Neel y colaboradores describen una gran variedad de abordajes para esta patología en particular. El estudio de imagen de mayor utilidad para esta enfermedad es la tomografía de senos paranasales, (TAC de SPN). Descripción del Caso. Paciente masculino de 14 años de edad que se presenta en noviembre de 2006 con síntomas de 1 mes de evolución de obstrucción nasal de fosa nasal Izquierda (FNI), acompañada de rinolalia, respiración oral y episodios de epistaxis a repetición. El examen físico otorrinolaringológico muestra: masa rosada carnosa dura que ocupa el 100% de la FNI, en la rinofaringe se observa masa lisa dura rosada que desciende y abulta el paladar blando. TAC de SPN muestra Tumoración de rinofaringe que podría corresponder a NAJ estadio III de Chandler. Se realiza cirugía de resección vía transpalatina, previa ligadura de carótida externa, con recuperación satisfactoria. Biopsia # 9731-06 reporta: NAJ. En septiembre de 2007 el mismo paciente se presenta con cuadro de epistaxis autolimitada de 3 días de evolución y obstrucción de FNI, al examen físico: FNI ocupada completamente por tumoración carnosa. Se realiza TAC de SPN control que muestra recurrencia tumoral que invade FNI, Rinofaringe y fosa Pterigopalatina Izquierda. Se clasifica nuevamente como NAJ estadio III de Chandler. En octubre de 2007 se realiza cirugía en equipo, con cirugía plástica realizando abordaje transpalatino e infra-maxilar para llegar a fosa infratemporal y pterigopalatina, 10 días el paciente se externa con buena evolución, TAC de SPN Post Quirúrgico muestra ausencia tumoral. Conclusiones: En la actualidad existe la posibilidad de resección quirúrgica de

tumores en SPN 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 facial.

35TL Ataque de Tiburón para el manejo de niños con parálisis cerebral infantil. Dr. José B. Aviles Irías. Centro de Rehabilitación Teletón, Hospital del Valle, San Pedro Sula; IHSS, Hospital de Especialidades.

En la actualidad la cirugía que se realiza al paciente espástico con parálisis cerebral infantil es conocida como: "SHARK ATTACK" (ATAQUE DE TIBURON) la cual se define como el conjunto de cirugías donde se corrige las deformidades músculo tendinosas y deformidades óseas, tanto de cadera, rodillas, tibias, pies y dedos. Los resultados con esta cirugía son muy esperanzadores. Esta cirugía se practica en los casos severos, la meta es corregir en un solo acto quirúrgico todas las lesiones y de esta forma evitar el síndrome del cumpleaños (cada año se realizaba una cirugía y estaban 6 a 7 años operando al niño); este concepto se maneja aun en nuestros hospitales públicos. Se recomienda que estas cirugías deban ser practicadas por cirujanos ortopedas con sub especialidad en Ortopedia Neuro muscular pues los abordajes terapéuticos son muy complejos. En Centro América, el único país en donde se realiza este tipo de cirugía es Honduras. La parálisis cerebral infantil se define como un trastorno de la postura y la marcha ocasionado por un daño no permanente a un tejido cerebral inmaduro. Los máximos responsables de la discapacidad para el movimiento del niño con parálisis cerebral infantil (PCI) son la espasticidad y la distonía. En los primeros estadios el trastorno es reversible, pero con el tiempo el movimiento articular se reduce como consecuencia de la espasticidad, conduciendo a un acortamiento progresivo de los tendones (contracturas fijas) y a deformidades óseas. Es conveniente tratar con fisioterapia, ortesis o toxina botulínica tipo A "Botox" en los primeros estadios antes de la aparición de contracturas ya que entonces la única opción es la cirugía osteotendinosa (shark attack). Las deformidades más frecuentes en los niños con PCI son: En los pies (equinos, varos, valgus, adductos) encontradas hasta en más del 90% de los casos, contractura en flexión de rodillas, las deformidades de las caderas no suelen presentarse en la PCI hemiparética, pero son frecuentes en las PCI dipléjicas y tetrapléjicas. Con la implementación de esta nueva técnica quirúrgica se ha mejorado la calidad de la vida de los niños cuadripléjicos que no tienen posibilidades para caminar, posicionando las extremidades y facilitando su manejo por la familia. A otro grupo de niños dipléjicos y tripléjicos que se encuentran atrapados en una silla de ruedas se les da la oportunidad de caminar; y aquellos niños dipléjicos, tripléjicos y hemipléjicos que tienen una marcha muy inestable se logra mejorar biomecánicamente su patrón de marcha.

36TL Invaginación Intestinal secundaria a Síndrome de Peutz – Jeghers: Reporte de un Caso. Dra. Marcela Pineda. Hospital Regional del Norte del Seguro Social; Hospital Mario Catarino Rivas; San Pedro Sula.

Descripción del caso: Paciente femenina de 24 años de edad, procedente de San Pedro Sula, Operaria de Maquila, con historia de presentar dolor abdominal cólico de 2 semanas de evolución, inicio insidioso el cual presenta exacerbación de carácter cólico intenso en las últimas 6 horas, además náuseas y vómitos en tres ocasiones de contenido bilioso. A su vez notó masa en cuadrante inferior izquierdo. Antecedente de presentar cuadros similares #3 cada año en los últimos 12 años e incontables ocasiones en el último; a veces presentando cuadros de obstrucción intestinal mecánica, los cuales resolvieron espontáneamente. Antecedentes personales patológicos: Síndrome de Peutz – Jeghers, biopsia gástrica endoscópica (indicada por estudiante VII año durante su internado rotatorio en el Hospital Mario Catarino Rivas) en Noviembre 2005. Antecedentes hospitalarios traumáticos y quirúrgicos: Operada por cuadro de Obstrucción Intestinal Mecánica 2ª a Invaginación Intestinal, por Cirugía Pediátrica, HMCR. 1996. Posteriores hospitalizaciones por dolor abdominal y cuadros obstructivos ± 40 en el HMCR e IHSS en los últimos doce años. Examen físico: Luce con fascie de enfermedad aguda. Piel y faneras- máculas melanocíticas en mucosa oral así como alrededor de la boca, manos y pies. Abdomen: Asimétrico secundario a aumento de volumen en hemiabdomen izquierdo, No distensión, blando depresible no signos de irritación peritoneal. Con masa blanda, bien definida, móvil con hipersensibilidad a la palpación. TAC reporta invaginación intestinal. Tratamiento: Se realiza laparotomía exploradora encontrando: #2 invaginaciones crónicas de yeyuno sumamente aumentado de diámetro, sin cambios isquémicos, uno a 15 cm de ángulo de Treitz y otro a 50 cm. Incontables pólipos en todo el trayecto gastro- intestinal. Se realizó enterotomía, extrayendo los pólipos causales de las invaginaciones (± 7cm de diámetro) y 3 pó-

lipos de 5 cm de diámetro en intestino delgado. Con cierre en dos planos de vycril 3-0. Paciente con evolución satisfactoria, egresando en su 6 día postoperatorio tolerando adecuadamente la vía oral. **Conclusiones y recomendaciones:** Los pacientes con Síndrome de Peutz- Jeghers son raros. Debemos de tomar en consideración al identificar pacientes que ingresan a la emergencia con cuadro de dolor abdominal, y/o obstrucciones intestinales recurrentes. En el acto operatorio se debe de realizar resecciones conservadoras y realizar polipectomía de aquellos que puedan causar complicaciones a futuro.

37TL Tumor Miofibroblástico Inflamatorio: Presentación de un caso. Presentación clínica de enfermedad poco frecuente, problemas diagnósticos y terapéuticos. *Dr. Benjamín Cano Paca*¹, Dr. Tulio Murillo², Dr. Nelson Mauricio Perdomo², Dr. Juan Octavio Chirinos³, Dr. Danilo Alvarado⁴, Dr. Efrain Castro¹, Dra. Mildred Aguilar¹, Dra. Wendy Geraldina Tenorio Moncada⁵. ¹Servicio de Otorrinolaringología Hospital Escuela, ²Departamento de Neurocirugía Hospital Escuela, ³Servicio de Cirugía Cardiovascular Hospital Escuela, ⁴Laboratorios Médicos, ⁵Sistema Médico Empresa, IHSS, TSC.

Antecedentes: El Tumor Miofibroblástico Inflamatorio fue descrito por primera vez en 1921 por Symmers. Es una patología extremadamente infrecuente que mimetiza tumores de comportamiento maligno. Es una neoplasia de difícil diagnóstico y solo puede ser caracterizado a través del uso de marcadores inmunohistoquímicos. Se forma como una reacción inflamatoria de cicatrización aberrante. Fue descrito inicialmente en pulmón pero hay reporte de casos en varios sitios del cuerpo. En cabeza y cuello las zonas que más frecuentemente han sido reportadas como afectadas por esta rara enfermedad incluyen: Senos Paranasales, Orbitas, Amígdalas, Oídos, Encías, Espacio Pterigomaxilar y Laringe. Es un tumor al que se le ha relacionado con lesiones genéticas en algunos pacientes. La asociación de esta patología con otras neoplasias es rara pero ya ha sido reportada en la literatura. Los exámenes de imagen que pueden ayudar en el diagnóstico son la Tomografía Axial Computada y la Resonancia Magnética Nuclear. Descripción del Caso. Paciente femenino de 65 años de edad, procedente de Tegucigalpa, MDC. Que se presenta en marzo del 2007 a la consulta externa de Otorrinolaringología del Hospital Escuela, con sintomatología caracterizada por un año de evolución de iniciar acufenos pulsátiles, otorrea serosa de Oído Izquierdo, hipoacusia ipsilateral y una masa que protruye a través del Conducto Auditivo Externo. La paciente cuenta con el antecedente de haber sido operada 3 años antes de un Glomus Timpánico clasificado como Clase A de Fish. Al examen físico otorrinolaringológico la paciente presenta: masa tumoral que protruye a través de su Conducto Auditivo Externo izquierdo, la cual se observa epitelizada y con escasa secreción purulenta. Su audiometría preoperatoria muestra Hipoacusia Conductiva Severa a Profunda de Oído Izquierdo. Se le realizó Tomografía Axial Computada, Imágenes por Resonancia Magnética Nuclear, Angiorresonancia Magnética, Arteriografía con Sustracción Digital y se concluyó en ese momento que la paciente presentaba una recurrencia tumoral de un Glomus ahora Yugular el cual fue clasificado como Clase C de Fish. Se realizó un abordaje quirúrgico Tipo A de Fish con ligadura de la Arteria Carótida Externa lográndose reseca por completo la neoplasia. El informe histopatológico descarto el Glomus Yugular por lo que hubo necesidad de realizar exámenes complementarios de inmunohistoquímica que demostraron el infrecuente diagnóstico de Tumor Miofibroblástico Inflamatorio. La paciente sea presentado a controles postquirúrgico en buena salud y tiene una Tomografía Axial Computada después de un año de haber sido operada que no muestra datos de recurrencia tumoral. Recomendaciones. Todo paciente que inicia con acufenos de cualquier tipo y con alguna pérdida auditiva debe de recibir una evaluación otorrinolaringológica para descartar patología ótica.

38TL Manejo Intervencionista del Dolor Crónico. Experiencia a 15 años de la Fundación de la Unidad Intervencionista del Dolor en San Pedro Sula. *Dra. Carolina Haylock Loo*, Dr. Nelson Chinchilla Cáliz. Centro de Diagnóstico Neurológico y Clínica de Epilepsias, Hospital del Valle, San Pedro Sula, Honduras.

El dolor crónico es uno de los retos frecuentemente observados en la práctica clínica. El conocimiento de la fisiopatología de este tipo de dolor y los diferentes mecanismos de producción, sensibilización periférica y central, así como la diferenciación clínica entre dolor nociceptivo y dolor neuropático, que se obtiene en su mayoría por medio de la anamnesis y la exploración, son la piedra angular en el diagnóstico sindrómico y por lo tanto de la terapia multimodal que se le ofrece al paciente en el entorno de una evaluación multidisciplinaria. En la actualidad el armamentarium tanto de me-

dicamentos, aditamentos y equipos con que cuentan los médicos hondureños que atienden las Unidades de Manejo de Dolor crónico es muy amplio y de avanzada, lo cual permite que las opciones que se le pueden brindar a un paciente en nuestro país sean variadas y de primera línea. El manejo intervencionista del dolor crónico puede ser parte de esa terapia multimodal, con el fin de evitar, de ser posible, la sensibilización central, la “memoria del dolor” que después nos puede llevar a cuadros refractarios con cambios severos en la neuroplasticidad y finalmente apoptosis neuronal. En la Estadística de la Unidad Intervencionista del Dolor (UNID) en San Pedro Sula, a 15 años de haber sido fundada, muestra que la localización más frecuente del dolor por el cual se consulta es el dolor de espalda baja en un 67%; el tipo de dolor: nociceptivo 42%, neuropático 22% y mixto 36%; dolor oncológico en 18%; intervencionismo se realiza en un 89% de los casos y varía desde bloqueo de puntos gatillantes, termocoagulación con radiofrecuencia de nervio trigémino y otros ganglios, bloqueos de nervios periféricos y neuroaxiales con o sin catéter, bloqueos interlaminares y transforaminales, colocación de implantes de reservorio para medicamentos epidurales e intratecales, denervación facetaria y de sacroilíacas con radiofrecuencia guiada con fluoroscopia, entre otros. Las unidades de manejo de dolor son cada vez más populares, es común la referencia de pacientes de los médicos de cabecera, así como la interacción con otros especialistas como parte de un equipo multidisciplinario: anestesiólogos, neurólogos, neurocirujanos, oncólogos, rehabilitadores, psicólogos, psiquiatras, internistas, reumatólogos, ortopedas, etc. hacen de estas unidades una opción de gran beneficio para las personas que padecen dolor crónico y que buscan aliviar su dolencia y por lo tanto mejorar su calidad de vida.

39TL Reutilización de circuitos de anestesia; un factor de riesgo de infección nosocomial. Dra. Ofelia Loani Elvir Lazo,¹ Dra. Xenia Pineda,¹ Carmen Galo Sandino, MQC.² ¹Departamento de Anestesiología, Hospital Escuela; ²Microbióloga de la Facultad de Microbiología de la Universidad Nacional Autónoma de Honduras; Tegucigalpa. Honduras.

Introducción: En nuestro medio no existen estándares de prevención de infecciones cruzadas por contaminación de los sistemas anestésicos, la institución no dispone de sets desechables para cada paciente. Tampoco hay filtros ni humidificadores, ni una política de lavado y secado mecánico, ni personal auxiliar específico que lo haga, ni uso de detergente antimicrobiano, ni procesos de esterilización química, a vapor, gas, rayos gamma, y no hay registros de cuantas veces un mismo circuito se usa para varios pacientes, lo cual hace más vulnerable al paciente de captar microorganismos de otros y entrar en riesgo de contaminación. **Objetivo:** Demostrar la presencia de contaminación con bacterias, hongos y otros microorganismos, como factor de riesgo para infecciones cruzadas o nosocomiales, en los sistemas y circuitos anestésicos de ventilación reutilizados, que se usan para administrar anestesia general endotraqueal en pacientes sometidos a procedimientos quirúrgicos y enunciar los factores predisponentes al aumento de riesgo de contaminación según el sitio del circuito y tiempo de uso. **Material y Métodos:** Estudio descriptivo, transversal, y aleatorio, en los circuitos anestésicos nuevos (12) y reutilizados (78) que se usaron para administrar anestesia general endotraqueal a 90 pacientes sometidos a cirugía electiva. La intubación fue siempre orotraqueal por laringoscopia directa convencional y con tubos nuevos. Se realizó toma de 540 muestras en seis diferentes puntos del sistema: tubo en Y (punto A), brazo inspiratorio (punto B), brazo espiratorio (punto C), bolsa reservorio (punto D), Canister (punto E) y tubo orotraqueal (punto F) con hisopos y guantes estériles, el cual después de la toma se sumergió individualmente en caldo de cultivo de corazón y cerebro de buey en un tubo de ensayo, rotulado por cada sitio del circuito seleccionado y con el número del instrumento correspondiente a cada paciente, y se llevó a estudio microbiológico al Laboratorio de la Facultad de Microbiología de la Universidad Nacional Autónoma de Honduras para determinar crecimiento de microorganismos mediante estudios de Gelosa sangre (humana vencida) y Columbia agar para Gram positivos y negativos y Mc Conkey negativos y para levaduras Mycosel Agar y se realizaron estudios para conocer la sensibilidad a antimicrobianos en los cultivos positivos mediante discos de sensibilidad marca Mueller-Hinton agar usado como método New Bauer. Se registraron los datos en el instrumento de investigación especialmente diseñado y El software SPSS (versión 12) fue utilizado para todos los análisis estadísticos. Con un poder estadístico del 95%. Los datos se analizaron usando repetidas medidas de análisis de varianza (ANOVA), Los datos son presentados como valores de media, desviación estándar (DS) frecuencias y porcentajes, con valor de $p < 0.005$ considerados estadísticamente significativos. El estudio se realizó manteniendo en el patrón normal de trabajo con los sistemas de ventilación anestésicos; rotulando con la fecha del día seleccionado de inicio del estudio todos los circuitos

de las 17 maquinas de anestesia, donde se encontró 12 circuitos nuevos y 78 reutilizados. **Resultados:** De los 90 casos estudiados en 78 (86.6%) se emplearon circuitos reutilizados, encontrando crecimiento de bacterias y hongos en más de un punto de los seis investigados. Si estos se reutilizaron más de una vez el porcentaje de contaminación aumentaba. Los microorganismos que más frecuentes fueron: *Stafilococcus*, Bacilos Gram Negativos *Bacillus* sp y entre los hongos *Penicillium* sp, *Candida* sp. y *albicans*. Se observó que los quirófanos mas contaminados eran los que se utilizaban para emergencias quirúrgicas y que a mayor tiempo de uso de la cal sodada, aumentaba el crecimiento microbiano. Así también cuando el acto anestésico fue mayor de 2-3 horas y al hacer más de un intento de intubación. No se sabe cual es el número exacto de veces que se reutilizaron los circuitos ya que por la noche se continúan realizando cirugías con los mismos circuitos. Lo que si se sabe es cuales son los quirófanos donde más se realizan cirugías. **Conclusión:** En ningún circuito ventilatorio que se uso por primera vez hubo crecimiento de microorganismos, pero en los reutilizados siempre hubo contaminación en uno o varios puntos. Por lo cual el uso de un circuito nuevo para cada paciente es una garantía en la prevención de infecciones nosocomiales, originadas durante un acto anestésico.

40TL Intubación orotraqueal en pacientes obesos mórbidos con Airtraq. Reporte de un caso. Dr. Franklin del Cid¹, Dra. Sidonia Suazo.² ¹Departamento de anestesiología y ² posgrado de Anestesiología Reanimación y Dolor, Hospital Escuela, Tegucigalpa.

Antecedentes. La incidencia de la intubación difícil, durante el acto anestésico de rutina representa un 3-18% de los casos, siendo este un porcentaje considerable, que además esta directamente relacionado con serias complicaciones como daño cerebral severo inclusive la muerte, razón por la cual la ASA (sociedad americana de anestesiología). Ha realizado guías para el manejo de la vía aérea difícil, los cuales se han ido modificando según la aparición de nuevos implementos que permiten permeabilizar la vía aérea en una situación de emergencia. El airtraq aparece como una opción nueva que representa una herramienta útil en casos de vía aérea difícil, aquí se informa de un caso de vía aérea difícil en paciente obeso en el cual se uso este aditamento por primera vez en Honduras. **Descripción del caso clínico.** Se trata de paciente femenina de 48 años de edad, ama de casa, soltera, católica, procedente de Tegucigalpa con diagnósticos: de obesidad mórbida índice de masa corporal (IMC): 67kg/m², diabetes mellitus tipo II, hipertensión arterial, shock séptico secundario a fasciitis necrotizante de Fournier, síndrome metabólico. Al examen físico mallampati grado: IV, apertura bucal: 3 cm, distancia interincisiva: 2.5 cm, distancia tiromentoniana (DTM): 5 cm, distancia esternomentoniana (DEM): 10 cm, ángulo atlantooccipital < 30°, saturación de oxígeno (SPO2): 74%. Quien es llevada a la sala de operaciones para limpieza y desbridamiento quirúrgico, Se realiza monitoreo Standard, ASA tipo I Standard, teniendo los siguientes aditamentos disponibles: laringoscopio convencional con hoja de Macintosh numero 3 y 4, mascarilla laríngea, fastrack y airtraq. Se procede a preoxigenación durante 3 minutos, posteriormente para su intubación se utilizó succinilcolina a 1.5 kg/peso, intubando en un solo intento, con airtraq azul con tubo 7.0, se visualizan las cuerdas vocales a través de la pantalla, logrando permeabilizar vía aérea en menos de 30 segundos sin complicaciones. **Conclusiones y recomendaciones.** La paciente a pesar de presentar dificultades para la permeabilización de la vía aérea y ser un procedimiento en el cual debía realizarse inducción de secuencia rápida, utilizando el airtraq logro intubarse en un tiempo menor a 30 segundos, por lo que consideramos que este aparato representa una buena opción en el manejo de estos casos y casos similares. En los cuales una vía aérea difícil pone en riesgo la vida del paciente, pudiendo ser una opción de rutina en el protocolo del manejo de la vía aérea difícil.

41TL Estableciendo un Programa de Cirugía de Epilepsia Farmacoresistente: Tegucigalpa, Honduras Reporte de 3 años. Dr. Marco Tulio Medina, D. Kraemer, O. de la Lande, Dra. Sofia Dubón Murcia, Dra. Janeth Bú, Dr. Javier Sánchez, Dr. E. Mayes, Dr. Ricardo Madrid, Dra. Reina Durón, R Pavón, Dr. Lázaro Molina.

Antecedentes: La epilepsia afecta al menos 5 millones de personas en Latinoamérica, 15 a 20% de los pacientes no obtendrán un control adecuado de sus crisis. La cirugía de la epilepsia es una opción en aquellos pacientes en los cuales el tratamiento medico ha sido inefectivo y se detecta una lesión focal epileptogénica. **Objetivos:** Describir el abordaje y tratamiento de los pacientes candidatos a cirugía de la epilepsia y la experiencia en el establecimiento de un programa

realista basado en los recursos disponibles en el medio. **Materiales y Métodos:** Se seleccionaron 6 pacientes mediante el uso del algoritmo de diagnóstico y manejo de la Epilepsia y los Test diagnósticos de Engels para identificar la zona epileptogénica. Se conto con un equipo multidisciplinario para el estudio de los pacientes, el seguimiento incluye un periodo de 6 meses a 3 años. **Resultados:** Se intervinieron 6 pacientes con epilepsia farmacorresistente, se identificaron las siguiente etiologías; Encefalitis de Rasmussen (1), Epilepsia de sobresalto audiógena del área suplementaria motora (SHH) (1), Epilepsia del lóbulo temporal secundaria, Esclerosis Mesial Temporal (2), Angioma cavernoso (1) y Displasia cortical de Taylor Se presenta una reducción del 100% de las crisis para 5 de los pacientes. La paciente con Epilepsia refleja de de sobresalto y hemiconvulsiones presenta un 50% de reducción de las crisis. **Conclusión:** La cirugía de la epilepsia es una opción real para los pacientes con epilepsia farmacorresistente. Se requiere la integración de un equipo multidisciplinario a nivel nacional y de mayor acceso a los estudios diagnósticos para que más pacientes se beneficien de este tratamiento.

42TL Neuroimágenes del Paciente Adicto a los Solventes Inhalados. Dr. Carlos Paz Haslam, DIAGNOS, San Pedro Sula.

Antecedentes: Según la UNICEF existen aproximadamente 40 millones de niños en y de la calle en América Latina, se considera que 20 millones inhalan pegamentos de base solventes. Las sustancias utilizadas por estos niños la obtienen de pegamentos de calzado, diluyentes de pintura, liquido de encendedores, etc. Estos solventes contienen tolueno, ciclohexano, fluorocarbonos, etc. los cuales son hidrocarburos volátiles derivados del petróleo. La vía de administración es pulmonar (inhalados directamente del recipiente o por bagging (bolseo) por inspiración y aspiración del solvente dentro de una bolsa. El uso crónico de estas sustancias esta relacionado con daños cardiacos, renales, hepáticos y neurológicos. Los efectos neurológicos son consecuencia de que los solventes son sustancias lipofílicas, altamente toxicas para el SNC, la mielina tiene un elevado contenido lipídico (75%) y la membrana neuronal (45%). Los solventes provocan alteraciones sensorperceptivas y psicológicas, produciendo sensación de bienestar, euforia, elimina la sensación de hambre, sed y frío. Producen danos a nivel de la corteza por necrosis neuronal provocando cambios de la personalidad, perdida de la memoria, alucinaciones y problemas del aprendizaje. En Honduras no hay evidencia científica del daño neurológico por el abuso de solventes inhalados por parte de los niños de la calle. **Objetivos:** determinar la presencia de lesiones orgánicas cerebrales en pacientes adictos a solventes inhalados en estudio prospectivo realizado de marzo a diciembre del 2007. **Material y Métodos:** Los pacientes fueron seleccionados por miembros de comités de apoyo a los niños de y en la calle de la Municipalidad de San Pedro Sula y de la iglesia católica de SPS. Se identificaron a los pacientes adictos a solventes inhalados a los cuales previo al llenado de un cuestionario de seguridad y de datos epidemiológicos se les realizaron estudios de resonancia magnética cerebral utilizando secuencias ultrarrápidas (T1, T2, FLAIR Y difusión cerebral). **Resultados:** Durante 10 meses se evaluaron 74 pacientes, 91% del sexo masculino y 9 % del sexo femenino. 69% de los pacientes menores de 15 años. 95% de los pacientes refirieron utilizar regularmente otro tipo de drogas: marihuana: 82%, crack: 46%, alcohol: 82% tabaco: 74%. El tiempo aproximado de utilización de solventes inhalados correspondió a un 24% a un periodo menor a 3 años, entre 4 a 6 años: 44%, entre 7 a 9 años: 23% y mas de 10 años: 9%. No se encontraron lesiones orgánicas en los estudios de IRM cerebral en los pacientes que inhalan solventes en un periodo menor a 3 años. Entre los refirieron inhalación de solventes entre 4 a 6 años 25 % presentan signos de atrofia cortical y 31% evidenciaron lesiones de sustancia blanca, para una alteración orgánica visualizada por imágenes del 56%. Entre los que refirieron un consumo de entre 7 a 9 años se encontraron manifestaciones por imágenes en el 89% de los casos y en los que refirieron mas de 10 años de inhalación de solventes se identificaron alteraciones cerebrales en el 100% de los casos: 85% casos de atrofia cortical y 28% con alteraciones de sustancia blanca. 45% de los pacientes presentaron signos de sinusitis. **Conclusión:** El estudio demostró una alta Prevalencia de lesiones cerebrales orgánicas en pacientes que refieren ser adictos a la utilización de solventes inhalados en periodos mayores de 3 años. 100% de los pacientes que refirieron utilizar estas sustancias por más de 10 años presentaron signos radiológicos de daño cerebral importante. En los pacientes que refirieron consumo menor a un periodo de 3 años los estudios de imagen fueron normales, este último factor es de suma importancia al considerar la recuperación de estos niños.

43TL Manifestaciones Psiquiátricas de Enfermedades Neurológicas a propósito de dos casos. Dr. José Lázaro Molina Cruz, Dr. Mario Mendoza. Hospital Psiquiátrico Dr. Mario Mendoza, Hospital Militar, Hospital Centro Medico Hondureño.

Introducción: la Neuropsiquiatría es la disciplina clínica dedicada a entender las bases neurobiológicas, evaluación, historia natural y tratamientos más eficaces de los trastornos del sistema nervioso con manifestaciones de conducta. Es decir, busca comprender los trastornos del sistema nervioso responsables del comportamiento o conducta anormal, pero incluye tanto las manifestaciones psiquiátricas de las enfermedades neurológicas como las bases neurobiológicas de los trastornos psiquiátricos idiopáticos. Los avances científicos en las últimas décadas han demostrado que esta separación es arbitraria y contra productiva. La neurología y la psiquiatría se están acercando en las herramientas que usan, las preguntas que se hacen, y los marcos teóricos que utilizan. A propósito de lo anterior se presentan dos casos de enfermedades neurológicas que se presentaron con alteraciones psiquiátricas sin hallazgos al examen físico neurológico. **Metodología:** Se realizó una búsqueda bibliográfica en medline, LILACS, utilizando las palabras clave “Tumor cerebral, meningioma”, “displasia temporal; se describen a continuación los dos casos. Caso 1: Femenina de 71 años con historia de dos años de evolución de tristeza continua, falta de motivación, solo pasa viendo televisión y durmiendo. La paciente ha sido ejecutiva bancaria y estos cambios llaman la atención de sus familiares. Examen neurológico sin déficits focales. Alteraciones en memoria reciente e inmediata y cálculo. EEG anormal por la presencia de puntas temporales izquierdas. TAC cerebral con tumoración bifrontal, en la línea media, meningioma que compromete ambos lóbulos frontales. Caso 2: Masculino de 23 años de edad, estudiante universitario sin antecedentes patológicos y quien comienza hace 3 años con cuadros de agresividad extrema por lo que ha tenido que ser internado en múltiples ocasiones, alucinaciones visuales y auditivas y deterioro cognitivo especialmente de memoria. EEG anormal por la presencia de puntas temporales bilaterales. IRM cerebral con gadolinio con displasia temporal derecha, atrofia hipocampal del mismo lado. Compatible lo anterior con **psicosis de origen orgánico.** **Conclusión:** La relación entre neurología y psiquiatría es mas cercana de lo que se piensa y muchos pacientes tratados por enfermedad psiquiátrica cursan con enfermedades neurológicas. La neuropsiquiatría es una ciencia que debe seguir fomentándose.

44TL Brote de Histeria Conversiva entre estudiantes del Instituto Froylan Turcios, Municipio de San Francisco de Becerra, Olancho, 2003. Dra. Ofelia Martínez,¹ Lic. Thelma García,¹ Lic. Karen Núñez,¹ Enf. Aux. Concepción Sánchez.² ¹Epidemiología Región Sanitaria No. 15; ²Area de Salud Municipal, San Francisco de Becerra, Olancho.

Antecedentes. El 21 de febrero de 2003 el Director del Instituto Froylán Turcios (IFT), Municipio de San Francisco de Becerra, informó al Departamento de Epidemiología de la Región Departamental de Olancho, que alumnos estaban enfermando, presentando síntomas sin causa aparente. Señaló que algunos alumnos habían recibido atención médica en clínica privada y que lo único que se había identificado es que los primeros en enfermar habían estado jugando un juego denominado “Freddy, Freddy”. También informó que podía tratarse de alguna infección originada por la contaminación con excremento de palomas en el techo de las instalaciones. Las clases en el instituto estaban suspendidas había alarma en la población. **Objetivo.** Realizar una investigación para confirmar la presencia de un brote, identificar la causa y establecer medidas de control. **Material y Métodos.** Se realizó un estudio de casos y controles. Se definió caso como todo aquel estudiante del IFT que en los meses de enero y febrero presentara uno o más de los siguientes síntomas: labilidad emocional, angustia, afonía, incapacidad para deambular, hipo o hiperventilación y retraimiento. Se entrevistaron padres de familia de afectados a Profesores a Estudiantes Inspección de las instalaciones. Exámenes diagnósticos tomografía y biometría hemática **Resultados.** Se encontraron Veintitrés alumnos (5.4 %) alumnos cumplieron con la definición de caso. El cuadro clínico se caracterizó por temor y labilidad emocional (100%), nauseas (30%), vómitos (30%), hiperventilación (22%), incapacidad para deambular (9%) y afonía (4%). La curva epidémica sugirió una fuente común. Los cursos afectados fueron Primero y Segundo Cursos de Ciclo Común. La sección “B” fue la que presentó la tasa mayor En esta sección se encontró el caso índice. El grupo de edad más afectado fue el grupo de 15-20 años (57 %) y el sexo más afectado fue el femenino (78%). El 74% de los casos afirmó haber participado en el juego Freddy, Freddy

que consiste en el uso de lápices y oraciones que invocan de espíritus (OR 10, IC 2.2-51.8, P=0.0003). Los maestros informaron que todo se inició con el juego. Los familiares declararon no encontrar explicación a esta enfermedad, los médicos no encontraron causa orgánica y los exámenes tomografía, hemogramas fueron normales. El edificio se observó con paredes deterioradas, con imágenes que representaban al diablo, moderada cantidad de excremento de palomas en el techo. **Conclusiones:** Ocurrió un brote de enfermedad psicógena en masa en el IFT iniciado por la práctica del Juego Fredy, Fredy. No se determinó una causa infecciosa o tóxica del brote a través de todos los hallazgos clínicos y exámenes de laboratorio realizados fundamentando el diagnóstico de enfermedad psicógena. La investigación, con apoyo de la comunidad, permitió crear un plan recreacional para los estudiantes, fomentar el deporte, mejorar las condiciones físicas del edificio escolar.

RESUMENES DE TRABAJOS LIBRES Presentación mural.

45TL Neuromielitis óptica de Devic: reporte del primer caso en la literatura hondureña y utilidad de los estudios de imagen en su diagnóstico. Dr. Arnold Thompson, Dr. Luís César Rodríguez, Dra. Carmen Aguilar, Dr. Miguel Solano, Dra. Jeaneth Bu, Dr. Reynaldo Mustelier, Dra. Claudia Amador, Dr. José Lázaro Molina, Dr. Marco Tulio Medina.

Introducción: La neuromielitis óptica de Devic es una enfermedad desmielinizante del sistema nervioso central (SNC) de base autoinmune, que se caracteriza por la presencia de lesiones temporalmente relacionadas que afectan selectivamente a los nervios ópticos y la médula espinal. La aparición de las lesiones varía en un rango de tiempo de hasta 2 años de duración. La causa es desconocida. La mayoría de los pacientes presentan recuperación considerable, aunque algunos pacientes se deterioran rápidamente y fallecen. No hay datos epidemiológicos sobre su incidencia a nivel mundial. Se describe a continuación el primer caso en la literatura hondureña. **Metodología:** Se realizó una búsqueda bibliográfica en medline, LILACS, utilizando las palabras clave “Neuromielitis óptica”, “Neuromielitis óptica de Devic”; se describe el primer caso de la literatura hondureña. **Reporte de caso:** Paciente femenina de 28 años de edad, diestra, vecina de Tegucigalpa, quien durante el 2003 fue ingresada con diagnóstico de neuritis óptica derecha, presentando buena evolución tras el uso de esteroides; sin embargo, un año después, presentó afectación del nervio óptico contralateral y fue manejada nuevamente con esteroides, con buena evolución. Dos años después presenta disminución progresiva de la fuerza en hemicuerpo izquierdo. Se realizó punción lumbar, la cual fue normal; bandas oligoclonales fueron negativas, y la IRM cerebral demostró lesión desmielinizante única (T2-FLAIR) en sustancia blanca del centro semioval. Mejoró con el uso de esteroides intravenosos. La paciente abandonó tratamiento con esteroides, y seis meses después reingresa por cuadro de tetraparesia y disminución de la agudeza visual. Se solicitó nueva IRM cerebral, la cual muestra nuevas lesiones de predominio de sustancia blanca (columna cervical, unión craneo-cervical y tallo cerebral). **Conclusión:** En base a la evolución clínica de la paciente, las alteraciones selectivas de nervios ópticos y médula espinal, los hallazgos de neuroimagen, y de acuerdo a los criterios diagnósticos internacionalmente aceptados, se concluye el diagnóstico de Neuromielitis Óptica de Devic. Se reinició manejo con esteroides y se envió a realizar terapia física y rehabilitación. Este es el primer caso de NMO de Devic reportado en la literatura nacional.

46TL Utilidad de estudios de imagen en Epilepsia sintomática: paciente con Calcificaciones y lesión infiltrativa del Sistema nervioso central. Dr. Miguel Solano, Dra. Carmen Aguilar, Dra. Claudia Amador, Dr. Marco Tulio Medina, Dra. Janeth Bú, Dra. Sofía Dubón, Dr. Arnold Thompson, Dr. Ricardo Madrid, Dr. Luis Rodríguez Salinas, L. Cerrato. Postgrado de Neurología, Dirección de Estudios de Postgrado, Universidad Nacional Autónoma de Honduras.

Introducción: La epilepsia es una de las enfermedades neurológicas más frecuentes, su incidencia se estima entre 25-50 nuevos casos por 100 mil habitantes en un año. Del 1-3% de la población tendrá epilepsia alguna vez en su vida y al menos hay 40-50 millones de personas afectadas en el mundo. Las causas varían según la edad, y de acuerdo a su etiología se clasifican en 3 grupos: Epilepsias Idiopáticas en donde hay mayor influencia genética, Epilepsias Sintomáticas, cuya etiología es conocida, y Epilepsias Criptogénicas, de causa desconocida. En Epilepsias Sintomáticas en jóvenes adultos el traumatismo, neoplasias e infecciosas son las causas más frecuentes. **Metodología:** Se presenta un caso, se describe imagen de TC cerebral y RM cerebral, se confirma diagnóstico histopatológico. **Reporte de caso:** Paciente de 27 años, diestra, desde los 4 años presenta crisis generalizadas tónico-clónicas, manejada con, con buen control de la actividad epiléptica. Historia actual de 3 meses de evolución de presentar hemiparesia derecha progresiva, disfasia mixta y crisis parciales simples motoras secundariamente generalizadas en hemicuerpo derecho. Al evaluar se encontraron signos de Hipertensión Endocraniana. Se realizó Tomografía Computada e Imagen de Resonancia Magnética Cerebral los que mostraron lesión ocupativa intra axial difusa en hemisferio cerebral izquierdo (parieto occipital, talamo-capsular), con infiltración al cuerpo calloso. Se asociaron calcificaciones múltiples. La paciente desarrolló rápidamente signos de herniación transtentorial por lo que se intervino quirúrgicamente de emergencia. Los estudios laboratoriales resultaron

negativos por neuroinfección. *Diagnóstico Histopatológico:* Glioblastoma multiforme parieto-occipital izquierdo complicado con edema y hemorragia post-quirúrgica. **Conclusión:** Los estudios de imagen son de elección para el diagnóstico etiológico de las epilepsias sintomáticas.

47TL Hallazgos Electrodiagnósticos en Pacientes con Síndrome de Guillain Barré. Dra. Carmen Julissa Aguilar Rosales, Postgrado de Neurología, Dirección de Estudios de Postgrado, Universidad Nacional Autónoma de Honduras.

Introducción: El síndrome de Guillain-Barré (SGB) fue descrito en 1916 por Guillain, Barré y Strohl en dos soldados que presentaron una parálisis arrefléctica aguda. El más frecuente de todos los subtipos es la Polirradiculoneuropatía Desmielinizante Inflamatoria Aguda (AIDP), seguidos por una forma motora pura, conocida como Neuropatía Axonal Motora Aguda (AMAN). **Objetivos:** Describir las características electrofisiológicas de pacientes con Síndrome de Guillain Barré del Hospital Escuela de Tegucigalpa, Honduras. **Material y métodos:** Se realizó una evaluación electrodiagnóstica de 17 pacientes ingresados en el Hospital escuela de Tegucigalpa, Honduras, quienes cumplieron con los criterios diagnósticos de Síndrome de Guillain Barré. **Resultados:** El 100% de los pacientes estudiados presentó un cuadro de debilidad muscular generalizada, que se instaló en el curso de 3 a 5 días, 13 de ellos con inicio en miembros inferiores y 4 en miembros superiores. El 52.94 % de los pacientes presentó parálisis facial periférica (9 pacientes) asociada a la debilidad muscular generalizada, de ellos 7 fueron bilaterales y en 2 de ellos, a pesar de que clínicamente se presentó unilateralmente, mediante electrofisiología se demostró afectación bilateral. En 15 pacientes se encontró arreflexia generalizada y sólo en 2 hiporreflexia generalizada. Requirieron manejo en unidad de cuidados intensivos 15 pacientes (88,2%), 14 de ellos en las primeras 3 semanas del comienzo del cuadro clínico. El estudio del líquido cefalorraquídeo mostró disociación albúminocitológica en el 80 % de los pacientes en la primera semana. **Discusión:** La edad media de nuestra serie fue de 27.5 años. En Europa y Norteamérica la incidencia del SGB se incrementa a medida que aumenta la edad, sin embargo en China es ligeramente mayor en niños. En relación con el sexo existió un predominio del sexo masculino (58.8%). Los nervios de los miembros superiores e inferiores se afectaron por igual en 10 pacientes (58.82%), en 5 pacientes (31,25) predominó el compromiso en los nervios de los miembros superiores y sólo en 2 pacientes (12.5%) fue mayor la afectación en los nervios de los miembros inferiores; lo que no mostró diferencias sustanciales con los reportes internacionales. En relación con el EMG, es válido señalar que en el 100 % de nuestros pacientes el reclutamiento estuvo disminuido y en 3 de ellos (17.6%) no se obtuvo contracción muscular voluntaria en algunos de los músculos estudiados. En el 70.5% de los pacientes se observó algún grado de denervación en algunos de los músculos examinados, siempre de predominio distal en miembros superiores e inferiores. Los 6 pacientes (35.2%) que fueron clasificados con el subtipo AMAN mostraron actividad de denervación en cuantía de moderada a severa, mientras que de los 11 pacientes (64.7%) clasificados como AIDP, sólo uno mostró denervación de severa magnitud, otro de moderada intensidad, en 4 pacientes (23.52%) fue de leve intensidad y en 3 pacientes (17.6%) no existió actividad de denervación.

48TL Caracterización Clínica, Epidemiológica de Pacientes con Esclerosis Múltiple a Nivel Nacional con el método captura recaptura. Dra. Carmen Julissa Aguilar Rosales, Dra. Vanessa Sirias. Hospital Escuela, Postgrado de Neurología.

Introducción: En los últimos años, la Esclerosis Múltiple (EM) ha sido objeto de todas las ciencias neuronales. Existe una gran cantidad de estudios epidemiológicos sobre características clínicas y epidemiológicas a nivel mundial. La prevalencia en América cae dentro de estas zonas de frecuencia alta de 37 a 52^a, de 30-33; medio y bajo una tasa de prevalencia de menos de 5 por 100000 de 12-19^a y de 63 a 6 Latitud norte. **Objetivos:** caracterizar clínica y epidemiológica de los pacientes con sospecha de esclerosis múltiple y Crear una base de datos de pacientes con EM. **Material y métodos:** Un estudio descriptivo longitudinal, en el que se realizarán evaluaciones de casos de pacientes con diagnóstico de Esclerosis Múltiple mediante el método de Captura Recaptura. **Resultados:** De un total de dieciséis pacientes estudiados (n=16), nosotros encontramos una predominancia en la población femenina de 81.255 (n=13), y 18.75% de maculina (n=3) con un promedio de edad de inicio de 34.6 años, con una frecuencia significativa de un nivel socioeconómico bajo. El clima

del area geográfica estudiada fue básicamente tropical. Los síntomas iniciales predominantes fueron los trastornos sensitivos que estuvieron presentes en 14 pacientes (87.5%); 11 eran sexo femenino (68.75%) y 3 pacientes (18.75%) eran masculinos. Los síntomas motores estuvieron presentes en 12 pacientes (75%), 9(56.25%) de los ellos eran femeninos (18.75%) eran masculinos. La Neuritis Optica estuvo presente en 5 pacientes femeninas, no se presentó en pacientes masculinos. La coordinación motora estuvo afectada en 6 pacientes (37.5%) de los cuales 4(25%) eran femeninos y 2(0.12%) fueron masculinos. Los trastornos de la marcha se presentaron en 3 pacientes (18.7%) de los cuales 2 eran sexo masculino (0.12%) uno femenino 0.06%). El antecedente familiar de raza blanca fue positivo en el 86.75% de los pacientes. El número de episodios presentados varió entre 4-5 episodios en el 43.75%(n=7) de los pacientes y entre 2-3 episodios en el 37.5%(n=6) de los pacientes. El 93.75% de los pacientes presenta la forma clínica de Esclerosis Múltiple Recurrente Remitente (RR) y un 6.25%(n=1) presentó la forma Secundaria Progresiva (SP). La severidad de la discapacidad calculada con la escala Expanded Disability Severity Scale tuvo una mayor frecuencia la discapacidad leve con un porcentaje de 93.75%. **Discusión:** Muchos estudios de Esclerosis Múltiple han mostrado un predominio en el género femenino. En nuestro estudio de un total de pacientes evaluados la mayor frecuencia fue encontrada en el género femenino; un 81.25%(n=13). En los síntomas iniciales, los trastornos sensitivos estuvieron presentes en 14 pacientes (87.5%), con un predominio de síntomas motores. La forma clínica de presentación encontrada con mayor frecuencia fue la Remitente Recurrente con una aparición de un 93.75%(n=15). La mayor severidad de discapacidad se observó en un paciente joven con afectación de sustancia blanca de cerebelo y medula, quien presenta una forma Secundaria Progresiva (SP). El tener ascendencia de raza blanca fue un factor de riesgo importante en el 68.75% de los pacientes.

49TL Caso Clínico: Severo retraso motor por inadecuado control del crecimiento y desarrollo en el primer año de vida. Dra. Karina Guadalupe Lagos Valladares.

Antecedentes. En Honduras la población con mayor morbimortalidad al igual que en muchos países en vías de desarrollo continua siendo los menores de doce meses, entre las normas de salud publica se contempla la necesidad de realizar un adecuado control de crecimiento y desarrollo y en vía radial y a través de otros medios se ha incentivado a la población en general para que asiste al centro de salud mas cercano, sin embargo a pesar de los esfuerzos realizados nuestras madres asisten a las unidades de salud con los menores de doce meses por dos razones: Aplicar vacunas y por patologías ya establecidas generalmente IRA; Diarreas. Consideramos acertados ambos motivos de consulta, sin embargo se deja el seguimiento adecuado de su crecimiento y desarrollo psíquico y motor. **Descripción del caso.** Paciente procede de Tegucigalpa, madre de 28 años de edad, secundigesta, casada, educación secundaria completa ambos padres, control prenatal en IHSS y clínica privada, hiperémesis gravídica, oligohidramnios y posdatismo. Datos del nacimiento: Nace vía vaginal, a las 42 semanas de gestación después de cuarenta y ocho horas de inducción, con asfixia moderada, reanimada en la unidad de admisión del RN, luego es trasladada a UCIN donde permanece por 8 días en incubadora con oxígeno, no requiere ventilador mecánico, ni uso de antibióticos. Control de crecimiento y desarrollo a los 13 días vida: Asiste a consulta por obstrucción nasal, 7 meses: Asiste a clínica privada por resfriado común, consulta con el médico porque aun no se sienta y no tiene adecuado sostén cefálico, le dice que es normal. A los 12 meses asiste a consulta externa Pediátrica del IHSS, por cuadro de tos, el pediatra nota que la niña no se sienta, no se da vuelta, puede agarrar el sonajero pero no cambia de una mano a otra, no gatea, no se para ni con ayuda, no balbucea y lo mas crítico tiene importante hiperflacidez e hipotonía de sus miembros inferiores; es capaz de fijar la mirada, conoce a su madre y su niñera, su dieta básicamente se limita a formula de seguimiento y escasamente alimentos sólidos como papillas de verduras y frutas. **Conclusión:** Estos fueron todos sus controles de crecimiento y desarrollo en el primer año de vida. De ambos padres y demás familiares solo su madre miraba anormal lo evidente de su retraso motor pero tampoco opto por una medida efectiva, sencilla, rutinaria, pero vital para que hubiera tenido menores repercusiones al futuro como lo es la cita mensual de control de crecimiento y desarrollo o la cita de control de niño sano, termino mas socializado entre nuestra población mas humilde.

50TL Metodologías de Estudio de los alumnos para un examen en las carreras de Medicina y Enfermería de la Facultad de Ciencias Médicas en el año 2007. Br. Walther Iván Girón Matute, 6to Año Carrera de Medicina, Facultad de Ciencias Médicas. Lic. Elia Pineda. Tegucigalpa, Honduras.

Los estudiantes en todo el mundo han buscado la forma de aprender, estudiar y adquirir conocimientos sobre determinadas asignaturas de la mejor y más sencilla forma posible. El objetivo principal es caracterizar el nivel de aprendizaje que requieren los exámenes de las asignaturas en las carreras de Medicina y Enfermería de la Facultad de Ciencias Médicas en el año 2007. En cuanto a la metodología, el estudio fue tipo descriptivo transversal. El universo estuvo formado por los alumnos de la carrera de Medicina y Enfermería de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional Autónoma de Honduras en el año 2007. La muestra fue de 333 alumnos de toda la carrera de Enfermería y desde el segundo hasta sexto año de la carrera de Medicina de la Facultad de Ciencias Médicas. Se aplicó un instrumento tipo encuesta de treinta y dos preguntas, de las cuales seis son abiertas y veintiséis son cerradas, a los alumnos en ambas carreras. Los resultados fueron que el 77.8% de los encuestados eran mujeres y el 22.2% eran hombres. El 36.3% pertenecía a la carrera de Enfermería y el 63.7% pertenecía a la carrera de Medicina. En cuanto al método de estudio utilizado, el 53.8% utilizan el método asociativo con mayor frecuencia; en cambio, el 29.7% utilizan el método memorístico y el 16.5% utilizan el método de práctica del conocimiento. En cuanto al último examen recibido, el 77.2% estudiaron solos, el 13.5% estudiaron con un compañero y el 9.3% estudiaron con dos o más compañeros. Entre las conclusiones del estudio, se encuentra que la mayoría de los estudiantes estudian menos de tres horas diarias. Además, que la minoría estudia todos los días mientras se desarrollan los temas de un examen. También se encontró que las fotocopias son el medio de estudio más utilizado por los estudiantes, seguido por los libros de texto y las notas de clase. Otro dato es que las preguntas que evalúan mejor el conocimiento son las preguntas tipo expositivo y las que peor lo evalúan son las tipo verdadero o falso. Algunas recomendaciones incluye disminuir o erradicar el uso de preguntas tipo Verdadero o Falso ya que son las menos útiles para evaluar conocimiento y estimular la utilización de otros métodos diferentes al Memorístico para garantizar un mejor aprendizaje del alumno.

INDICE POR AUTOR

| | | | |
|-----------------|------------------------------|-------------|------------------------------|
| Aguilar C | 45TL,46TL,47TL,48TL | Funez JC | 34TL |
| Aguilar Mario | 78CM | Gaviria G | 12CM |
| Aguilar Mildred | 37TL | Galeas B | 82CS |
| Aguilar R | 17TL | Galo C | 39TL |
| Alegría A | 1TL | Garcia MV | 18TL |
| Alger J | 7CS,53CS,21TL,23TL,28TL,31TL | Garcia T | 44TL |
| Almendarez J | 51CM | Giron WI | 50TL |
| Alvarado D | 37TL | Gonzalez J | 21TL |
| Alvarado S | 4CS | Gonzales M | 1TL |
| Alvarado T | 53CS, 21TL | Gonzalez M | 68CM,29TL,30TL,31TL |
| Alvarenga C | 32TL | Graude F | 33TL |
| Amador C | 32TL,45TL,46TL | Guardiola D | 26TL |
| Arima Y | 9TL | Guthrie B | 9TL |
| Ardon L | 19TL | Henriquez J | 28TL |
| Avila GA | 9TL,15TL,22TL | Henriquez O | 61CM |
| Avilez JB | 35TL | Hernandez R | 10TL |
| Banegas E | 28TL | Hesse I | 12CM |
| Banegas J | 7TL,10TL | Haylock C | 2TL,38TL |
| Becerra M | 26TL | Jacobs J | 9TL |
| Berlioz A | 16TL | Javier CA | 53CS |
| Borjas G | 20TL | Kaminsky R | 9TL |
| Bu J | 32TL,41TL,45TL,46TL | Kramer D | 41TL |
| Calix M | 27TL | Lagos K | 49TL |
| Cano B | 34TL,37TL | Lara JA | 4TL |
| Cardona Y | 19TL | Lemus JN | 84CS |
| Casiano A | 9TL | López A | 34TL |
| Castro E | 37TL | López E | 31TL |
| Carrasco L | 15TL | Madrid R | 41TL,46TL |
| Cerrato L | 46TL | Maradiaga E | 5CS |
| Chavez M | 20TL | Maradiaga N | 27TL |
| Chinchilla N | 2TL,38TL | Martinez E | 85CS |
| Chirinos JO | 37TL | Martinez MT | 17TL |
| Cruz A | 1CPC | Martinez O | 44TL |
| Delattibodier R | 81CM | Matti N | 33TL |
| De la Lande O | 41TL | Matute ML | 28TL |
| Del Cid F | 40TL | Matute N | 30TL,31TL |
| Díaz C | 6TL | Mayes E | 41TL |
| DiGiacomo R | 9TL | Mayorga A | 3TL |
| Dubon S | 41TL,46TL | Medina MT | 4TL,5TL,14TL,41TL,45TL,46TL |
| Duron R | 41TL | Mejía RE | 28TL |
| Elvir OL | 87CM,39TL | Melendez B | 20TL |
| Espinoza C | 30TL,31TL | Mena B | 17TL |
| Espinoza E | 1TL | Mendoza JC | 74CM |
| Espinoza I | 6CS,1TL | Mendoza M | 43TL |
| Espinoza L | 8TL,11TL,12TL,13TL | Molina JL | 5TL,14TL,41TL,43TL,45TL,46TL |
| Fernandez J | 53CS | Moncada GA | 63CM,65CM |

| | | | |
|-------------|--------------------|--------------|---------------------|
| Murillo S | 79CM | Rodríguez LC | 4TL,45TL,46TL |
| Murillo T | 37TL | Salinas N | 25TL |
| Mustelier R | 45TL | Sánchez C | 44TL |
| Núñez K | 44TL | Sánchez J | 41TL |
| Padilla R | 12CM | Sandoval N | 69CM |
| Padgett D | 53CS,1TL,21TL,31TL | Santos MA | 33TL |
| Paguada E | 1TL | Sirias V | 48TL |
| Pavon R | 41TL | Solano M | 14TL,32TL,45TL,46TL |
| Paz C | 83CS,42TL | Sierra C | 23TL |
| Paz G | 23TL | Sierra JE | 85CS |
| Peña LF | 34TL | Sierra M | 1TL,20TL |
| Perdomo NM | 37TL | Su H | 3TL |
| Pineda A | 12CM | Suazo S | 40TL |
| Pineda C | 34TL | Tenorio W | 34TL,37TL |
| Pineda E | 50TL | Thompson A | 5TL,32TL,45TL |
| Pineda M | 36TL | Umaña L | 17TL |
| Pineda X | 39TL | Valenzuela R | 53CS |
| Pinto MR | 18TL | Velásquez TE | 2CPC |
| Reyes OC | 21TL | Vidal JD | 10TL |
| Reyes T | 6TL | Villalobos K | 31TL |
| Rico CA | 86CS | Villatoro G | 8TL,11TL,12TL,13TL |
| Rivera DM | 53CS | Zúniga C | 19TL,21TL |
| Rivera IC | 24TL | Zúniga LI | 32TL |
| Rivera MF | 24TL | Zúniga O | 67CM |
| Robredo V | 33TL | | |

**Apreciado Colega, Marca tu calendario y comienza a preparar
tus trabajos libres**

Te esperamos en el

LII CONGRESO MÉDICO NACIONAL
Dr. Nahim Hode Nasralla

Promoviendo Municipios Saludables

8-11 de Julio, 2009

Siguatepeque, Comayagua

LII CONGRESO MEDICO NACIONAL

Siguatepeque, Comayagua

8 – 11 de julio de 2009

COMITÉ ORGANIZADOR

Dr. Enrique Martínez Reina

Presidente

Dra. Reina Hernández

Secretaria

Dr. Manuel Aguilar Cruz

Tesorero

Miembros Comité

Dra. Telma Carías

Dr. Nelson Zavala

Dra. Edgardo Cárcamo

Dra. Dina Toledo

CURSOS PRECONGRESO:

1. CAPACITACION EN ETICA, BIOETICA 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 PUBLICACION DE ARTICULOS CIENTIFICOS

Coordinación: Consejo Editorial de la Revista Médica Hondureña

Objetivo: 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 PREPARACION DE RESUMENES.

(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 Hond., 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. 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.
5. 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 2009.

RESUMENES DE LOS TRABAJOS LIBRES

CATEGORIA DEL TRABAJO LIBRE

TITULO

NOMBRE, GRADO ACADEMICO DE AUTORES, DIRECCIÓN DEL DEPARTAMENTO DONDE LABO-
RAN

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.

RESUMENES DE LAS CONFERENCIAS MAGISTRAL, SIMPOSIUM, MESA REDONDA, FORO, PANEL

TITULO

NOMBRE, GRADO ACADEMICO DE AUTORES, DIRECCIÓN DEL DEPARTAMENTO DONDE LABO-
RAN

DATOS DEL EXPOSITOR

Nombre:

Dirección:

Teléfono:

EQUIPO A UTILIZAR

CUERPO DEL RESUMEN (no más de 500 palabras)

Conferencia

Titulo

Autores

Instituciones

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

RESUMENES DE LAS CONFERENCIAS MAGISTRAL, SIMPOSIUM, MESA REDONDA, FORO, PANEL

TITULO

NOMBRE, GRADO ACADEMICO DE AUTORES, DIRECCIÓN DEL DEPARTAMENTO DONDE LABO-
RAN

DATOS DEL EXPOSITOR

Nombre:

Dirección:

Teléfono:

EQUIPO A UTILIZAR

CUERPO DEL RESUMEN (no más de 500 palabras)

Conferencia

Titulo

Autores

Instituciones

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

LISTA DE PATROCINADORES Y COLABORADORES

LI CONGRESO MÉDICO NACIONAL

1. ASOFARMA
3. ASTA MÉDICA
4. ASTRA ZENICA
5. BANPAIS
6. BIAL
7. CANAL 10, Televisión Educativa Nacional.
Lic. Rodrigo Won Arévalo, Dr. Marco Tulio
Medina Postgrado de Neurología
8. Centro Latinoamericano y del Caribe de In-
formación en Ciencias de la Salud, BIREME,
Sao Paulo, Brasil
9. CHILE
10. COMPAÑÍA FARMACEUTICA MC
11. DIMEX AMERICANA
12. DIMEX MÉDICA
13. EQUIPOS MEDICOS
14. FEDEFARMA
15. FINLAY
16. GEMA
17. LABORATORIO LOPEZ
18. LABORATORIOS CALOX
19. LABORATORIOS KARNEL
20. LABORATORIOS MEDICOS
21. LABORATORIOS SYNTHESIS
22. LAIN
23. LASSER
24. MASS PUBLICIDAD
25. MENARINI
26. MK
27. MSD
28. OPS/OMS REPRESENTACION HONDU-
RAS
29. ROCHE
30. ROWE
31. RYBOMUNIL
32. SENOSAIN
33. UNIFARM