

1TL

ACALASIA: EXPERIENCIA INICIAL EN EL HOSPITAL EVANGÉLICO DE SIGUATEPEQUE. PRIMERA SERIE PRESENTADA EN HONDURAS.

Dr. Francisco Edgardo Cárcamo Paz¹, Dr. Enrique Martínez Reina¹, Dr. Jorge Luis Deras².

¹Hospital Evangélico, Siguatepeque. ²Honduras Medical Center, Tegucigalpa.

Introducción. La acalasia se define como un trastorno motor primario del esófago caracterizado por peristalsis no propulsiva o inexistente del cuerpo esofágico y disfunción del Esfínter Esofágico Inferior (EEI), el cual puede estar hipertónico o con falta de relajación en respuesta a la deglución. Que se expresa como estásis alimentaria y consecuente dilatación del esófago. Es el primer trastorno motor primario del esófago en ser identificado clínicamente, también el más frecuente por ende el mejor conocido, a pesar de esto son muchas las interrogantes que están sin responder para entender completamente esta enfermedad. **Objetivo.** Comunicar a la población médica hondureña nuestra experiencia en el diagnóstico y tratamiento de la acalasia. Conocer el comportamiento clínico, y evaluar los resultados del tratamiento quirúrgico en los pacientes con esta enfermedad. **Materiales y Método.** Este es un estudio retrospectivo, la información se obtuvo de la revisión de los expedientes clínicos, y de las entrevistas con los pacientes. Se analizó edad, sexo, sintomatología, tiempo de diagnóstico, tratamientos previos, resultados de estudios preoperatorios, tiempo quirúrgico, estadía hospitalaria, también la evolución postoperatoria considerando aumento de peso, persistencia de la sintomatología, incorporación laboral y necesidad de otro tipo de tratamiento. **Resultados.** Recopilamos un total de 8 casos: 5 hombres y 3 mujeres. Rango de edad: 12 a 54 años con una media de 37años. Cuadro clínico: caracterizado por disfagia síntoma primordial, regurgitación, pérdida de peso, pirosis, halitosis, vómitos. La cirugía practicada fue miotomía de Heller con funduplicatura de Dor. El procedimiento se logró completar por vía laparoscópica en cinco casos, tres se convirtieron. El tiempo de duración de la cirugía fue de 105 a 255 minutos con una media de 175 minutos (2:55 horas). La complicación más frecuente en la cirugía fue la perforación advertida de 50%. El tiempo de internación fue de 3 a 9 días, en promedio 4 días. El seguimiento se realizó en todos los pacientes durante un periodo de 18 a 60 meses, con control clínico, endoscópico y radiológico. **Discusión.** Es una enfermedad de incidencia baja estimándose en USA y Europa entre 0.5-1/100,000 habitantes por año. Afecta por igual a ambos sexos. En nuestra serie es más frecuente en hombres con una relación de 1.6:1(5:3). Puede aparecer a cualquier edad aunque es más frecuente entre los 20 a 40 años. La acalasia primaria es de etiología desconocida, postulándose hipótesis sobre diversos orígenes como ser: hereditario, degenerativo, autoinmune, o infeccioso, siendo las dos últimas las de mayor aceptación. El 24% de nuestros pacientes tenían antecedentes familiares de esta enfermedad. El cuadro clínico de esta enfermedad en etapa incipiente es similar al de otras patologías gastrointestinales lo cual contribuye a retardar el diagnóstico, hasta en 7 años según la literatura, en nuestro estudio fue en promedio de 27 meses. Por lo tanto en la evaluación del paciente con disfagia, la acalasia debe ser uno de los diagnósticos diferenciales y estamos obligados a auxiliarnos de radiografía (solo detecta 64%), endoscopia (56%) y manometría que es el estándar de oro en su detección. El tratamiento es paliativo y está dirigido a resolver los síntomas y prevenir las complicaciones. Actualmente contamos con cuatro formas de tratar esta enfermedad: medicamentos, dilataciones, endoscópicas y quirúrgicas. El tratamiento que mejores resultados tiene en la actualidad a corto mediano y largo plazo es el quirúrgico. El Pronóstico es bueno, pero existe mayor riesgo de padecer cáncer

esofágico. **Conclusiones.** La aca-lasia es un trastorno motor primario del esófago de baja prevalencia, y síntomas inespecíficos que fácilmente es confundido con otras patologías más frecuentes del tubo digestivo, condicionando de esta manera retraso en el diagnóstico. La mejor elección terapéutica actualmente para este padecimiento es la cardiomiectomía anterior extramucosa de Heller con funduplicatura anterior de 180 tipo Dor por vía laparoscópica. Las perforaciones que se detectan en el acto quirúrgico no deben de ser causa de conversión.

2TL

FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS AL EMBARAZO EN LA ADOLESCENCIA EN HONDURAS

Dr. Gustavo Adolfo Ávila Montes¹, Lic. Mar Barbena², Lic. Fanette, Bonnaric³, Br. Paola Arguello Munguía⁴, Dr. José Augusto Rivera Hernández¹, Lic. Miguelina Cerrato¹.

¹Región de Salud Metropolitana. ²Universidad Autónoma de Barcelona, España. ³Organización Honduras de Corazón. ⁴Instituto Nora Gúnera de Melgar.

Objetivo. Determinar los factores de riesgo, percepciones y creencias asociados al embarazo en la adolescencia para recomendar medidas de prevención para disminuir la incidencia de este problema. **Material y métodos.** Se efectuó un estudio de casos y controles en 67 adolescentes embarazadas y 67 adolescentes no embarazadas que fueron apareadas de acuerdo a edad y procedencia. Las entrevistadas fueron interrogadas respecto a sus datos generales, edad de inicio de relaciones sexuales, número de parejas sexuales, uso de contraceptivos en la primera relación sexual, antecedentes personales y sociales sobre educación sexual a nivel familiar, historia de alcoholismo, tabaquismo o drogas. Se efectuó un grupo focal con adolescentes embarazadas revisando aspectos como la esfera de creencias, ideas y percepciones sobre la sexualidad, métodos de planificación y autoestima. **Resultados.** Se encontró asociación entre el tabaquismo, proceder de un hogar desestructurado y el haber completado solamente la educación primaria con el estado de caso. El haber recibido educación sexual en el hogar fue un factor protector. **Discusión.** El riesgo de un embarazo temprano está infuido por varios factores, destacándose la escolaridad incompleta y la falta de conocimientos sobre salud sexual y reproductiva. La introducción de contenidos de educación sexual a nivel escolar es una estrategia a considerar para el manejo de este problema.

3TL

LA EPISIOTOMIA Y SU RELACION CON LACERACIONES GRADO III Y IV.

Dr. César Augusto Castro Ordoñez. Hospital Evangélico de Siguatepeque.

Antecedentes. La episiotomía es el más frecuente de los procedimientos realizados en obstetricia. Su frecuencia es variable: 83% en Argentina en 1993, 37% en Dinamarca en 1990, 39.3% en U.S.A. en 1998. A pesar de los beneficios propuestos en los últimos años ha aumentado la controversia acerca del uso rutinario de la episiotomía; se han realizado muchos estudios que demuestran su asociación con una mayor incidencia de laceraciones perineales grado tres y cuatro, y a largo plazo se identifica mayor incidencia de dispareunia, incontinencia fecal, relajación del piso pélvico. Sin embargo al estudiar su uso selectivo se encuentra disminución de laceraciones grado III y IV, con un aumento de laceraciones anteriores (vaginales, periuretrales), pero hay consenso en que estas últimas son menos graves y causan menos molestias a la paciente. Además con el uso selectivo de la episiotomía se observan menos problemas como incontinencia fecal,

dispareunia, relajación del piso pélvico. Se ha sugerido también que aun en partos instrumentados (fórceps, ventosa) hay menos morbilidad perineal cuando no se realiza la episiotomía. **Objetivos.** 1. Conocer la frecuencia de realización de episiotomía. 2. Conocer la frecuencia de laceraciones grado III y IV en pacientes a las cuales se les realizó episiotomía. 3. Conocer la frecuencia de laceraciones grado III y IV en pacientes sin episiotomía. **Materiales y métodos.** Se trata de un estudio retrospectivo descriptivo realizado en el Hospital Evangélico de Siguatepeque. La información se obtuvo al revisar los expedientes clínicos de 403 pacientes las cuales tuvieron parto vaginal, los datos se recolectaron en una encuesta y se revisó la frecuencia de episiotomía y de laceraciones vagino-perineales grado III Y IV asociadas a la misma. **Resultados.** Se revisaron 403 pacientes de las cuales 150(37.2%) eran nulíparas y 253(62.8%) eran múltiparas, se realizaron 243(60.3%) episiotomías y de estas 128(52.7%) se realizaron a pacientes nulíparas. La frecuencia de desgarros grado III y IV en pacientes con episiotomía fue de 29 y 18 respectivamente, de estos 28(96.6%) de laceraciones grado III y 16(88.9%) de laceraciones grado IV se produjeron en pacientes nulíparas. En pacientes a las cuales no se les realizó episiotomía no presentaron desgarros grado III ni IV. **Conclusiones.** 1. La episiotomía en nuestro centro es más frecuente (60.3%) de lo recomendado por la OMS (20%). 2. La frecuencia de episiotomía de acuerdo a la paridad es casi equivalente. 3. La frecuencia de laceraciones grado III y IV es más frecuente en pacientes con episiotomía. 4. Las laceraciones grado III y IV son más frecuentes en pacientes nulíparas a las cuales se les realizó episiotomía. 5. No se produjeron laceraciones grado III y IV en pacientes sin episiotomía independientemente de la paridad. 6. En pacientes sin episiotomía son más frecuentes los desgarros grado II, especialmente en múltiparas. **Recomendaciones.** 1. Desarrollar acciones que nos permitan evitar la episiotomía de rutina. 2. Considerar la realización de la episiotomía solo en caso necesario (episiotomía selectiva). 3. Evaluar la frecuencia de realización de episiotomía en otros centros, públicos o privados, para promover un cambio a episiotomía selectiva si fuere necesario. 4. Motivar los estudios en relación a otros aspectos de la episiotomía, por ejemplo dispareunia.

4TL

NIVEL DE SATISFACCION DE PACIENTES OPERADAS POR INCONTINENCIA URINARIA CON LA TECNICA DE COLOCACION RETRO PUBICA DE SLING VAGINAL SIN TENSION.

Dr. Germán David Velásquez¹, Dra. Angélica Acosta¹.

¹Hospital Evangélico de Siguatepeque.

Antecedentes. La Incontinencia Urinaria de Esfuerzo es un problema que afecta en gran manera a nuestra población femenina. Aunque es una patología que puede tener un gran impacto en la calidad de vida de una mujer, la paciente que padece de este mal, generalmente no consulta primariamente por este problema. En los Estados Unidos solamente el 45 % de mujeres consultan por este problema. (2) La cirugía es el método más común de tratamiento en pacientes que no mejoran con ejercicios del piso pélvico. Sin embargo, la cirugía no hace a todas las mujeres continentales y algunos procedimientos que inicialmente son satisfactorios, eventualmente pueden fallar. (1) La colocación de sling en la uretra media es un tipo de cirugía para el tratamiento de la Incontinencia Urinaria de Esfuerzo, en la cual la banda no eleva la uretra, pero provee una plataforma resistente por debajo de la uretra, manteniendo continencia aún cuando la presión abdominal aumenta. Las variaciones principales de esta técnica son: Colocación retro púbida de un sling vaginal sin tensión (TVT), sling en el arco supra púbico (SPARC), y el sling trans obturador (TOT). Estos procedimientos envuelven la colocación de una banda de polipropileno por debajo de la uretra media usando agujas insertadas abajo del pubis o a través del foramen obturador, respectivamente. (3) Dada la frecuencia de esta patología y los efectos que puede traer, vale la pena evaluar uno de los procedimientos quirúrgicos usados para su tratamiento, en este caso la colocación retro

pública del sling vaginal sin tensión (TVT). La manera de evaluar se hace en base a una entrevista usando el formato corto del ICIQ de Incontinencia Urinaria, que es un cuestionario usado internacionalmente, el cual provee una medición breve pero determinante sobre el impacto de los síntomas de Incontinencia en la calidad de vida y en los resultados del tratamiento. (5) **Objetivos.** Describir la experiencia de siete años del Hospital Evangélico en el tratamiento de la Incontinencia Urinaria de Esfuerzo con la técnica de Colocación Retro pública del sling vaginal sin tensión (TVT). Evaluar el nivel de satisfacción de pacientes operadas con la técnica de Colocación Retro pública del sling vaginal sin tensión (TVT), en el Hospital Evangélico de Siguatepeque durante 2003 al 2009. Aplicar el formato corto del ICIQ de Incontinencia Urinaria para evaluación de la calidad de vida y los resultados del tratamiento. **Material y métodos.** Revisión de 19 expedientes de pacientes del Hospital Evangélico durante 7 años (2003-2009). Entrevista personal y vía telefónica de las pacientes, con aplicación del formato corto del ICIQ de Incontinencia Urinaria en las pacientes antes y después de operadas, y así obtener el puntaje. **Resultados.** Nuestra población fue de 19 pacientes operadas durante siete años, todas eran mayores de 41 años, con una paridad mayor de 3. Del total, 13 presentaban problemas de estática pélvica (Cistocèle). En cuanto a antecedentes: 3 padecen de Diabetes Mellitus y 5 de Hipertensión Arterial Crónica. Del total de la población el 89.47 % referían salida involuntaria de orina en todo el tiempo, teniendo que usar protección todo el tiempo. Según los resultados del Test de ICIQ: el 100 % de las pacientes refería que su calidad de vida se veía interferida por el problema, y el 42.10 % refería que le afecta en gran manera. Realizado el Test post operatorio demostró que 11 del total de pacientes (57.89 %) ya no reportaba salida de orina en ningún momento. En cuanto a la interferencia de su vida, ninguna reportó que fuera en gran manera. Aplicando el puntaje del Test: De 0 a 7 fueron 12, de 8 a 14 fueron 7 y nadie tuvo mayor de 15. **Conclusiones.** La cirugía demostró ser eficiente para mejorar la calidad de vida de todas las pacientes del estudio. Se evidenció que en algunas pacientes que aún referían algunos síntomas, había factores como antecedentes médicos y toma de medicamentos. El test de ICIQ es sencillo, pero sí nos puede dar una idea general de la satisfacción de la paciente.

5TL

OMISION DE BLOQUEADORES NEUROMUSCULARES EN ANESTESIA

PARA TIMECTOMIA. REPORTE DE UN CASO

Dra. Xenia Pineda-Mendoza¹, Dr. Celio Díaz².

¹Anestesióloga del Hospital Escuela. ²Residente de primer Año de anestesiología, Hospital Escuela, Tegucigalpa.

Antecedentes. Con frecuencia se diagnostican pacientes con Miastenia Gravis secundaria a un Timoma y se está ganando experiencia anestésico-quirúrgica. El uso o no de bloqueadores neuromusculares para facilitar la intubación endotraqueal y el mantenimiento de la anestesia constituye un reto para el anestesiólogo, para brindar al cirujano la relajación necesaria para el procedimiento y adelantarse al manejo postoperatorio sin ventilación mecánica, por limitaciones de cupo y equipamiento en UCI y especialmente proteger al paciente del efecto residual prolongado de curarizantes y riesgo de hipoxia y muerte. **Descripción del caso.** Paciente femenina, mestiza, 22 años, 45 Kg., con diagnóstico de Miastenia Gravis, 6 meses de evolución, sin antecedentes patológicos, sin historia anestésico-quirúrgica, que llegó al quirófano el 1 de Abril 09, para timectomía mediante esternotomía mínima, sin parálisis de úvula ni cuerdas vocales, paladar simétrico, sin parálisis de músculos oculares intrínsecos ni extrínsecos, actividad muscular de extremidades normal, con valoración Neurológica Glasgow 15, Cardiovascular Goldman I y Anestésica A.S.A. II **Criterios Clínicos.** El diagnóstico de Miastenia Gravis fue según manifestaciones clínicas, la paciente había estado hospitalizada en tres ocasiones por crisis severas

de debilidad muscular generalizada, tratándola con Piridostigmina y Prednisona. **Pruebas de laboratorio:** Hemoglobina 11.6 g % y Hematocrito, 29.3 Vol. %. Glicemia 79, Urea 8 Creatinina 0.6 mg %. TGO 22, TGP 11 y Fosfatasa Alcalina 52 UI. Gases arteriales y pruebas de función pulmonar normales el día previo a la intervención. La tomografía axial computarizada no demostró masa en mediastino anterior. **Criterios epidemiológicos.** En nuestro país no tenemos estadísticas de la incidencia de Miastenia Gravis con timoma, cuantos van a cirugía, cómo evolucionan, en el trans y postoperatorio, si requieren de ventilación asistida por efecto prolongado de bloqueadores neuromusculares cuando estos se usan. **Manejo Anestésico.** Se omitió los bloqueadores neuromusculares despolarizantes y no despolarizantes. La intubación endotraqueal se hizo con Lidocaína al 10% en aerosol, iniciando la atomización, con la paciente despierta, sobre la mucosa y la base de la lengua, faringe posterior, amígdalas, úvula y epiglotis. En este momento se administró 250 mcg de Fentanil y 200 mg de Propofol y se atomizó las cuerdas vocales. No se uso benzodicepinas como preanestésico. La intubación se realizó con un tubo # 8.0, fácilmente. El sitio de la incisión se infiltró previamente con bupivacaína 0.5%. El mantenimiento fue con Sevofurano, Fentanil y Oxígeno. Se aplicó Tramadol, Hidrocortisona, Metoclopramida, Ranitidina, y Naloxona. **Desenlace.** Las condiciones de intubación endotraqueal y de relajación para facilidad quirúrgica fueron excelentes, el cirujano estuvo satisfecho. La emersión fue satisfactoria, recuperó automatismo respiratorio y la actividad muscular. Quedo en sala de recuperación para su vigilancia y no hubo complicaciones. Los tres días postoperatorios fueron normales, solo recibí diclofenaco y cefoxitíme. **Conclusiones.** Si es posible omitir los bloqueadores neuromusculares usando esta técnica anestésica. Nos permitió ofrecer una buena evolución trans y postoperatoria. **Recomendaciones.** Valorar cada caso, tener la experiencia con este manejo y estar en perfecta armonía con el cirujano para realizarla con éxito.

6TL

EVALUACIÓN DE IMPACTO DEL PROYECTO “FORTALECIMIENTO NACIONAL PARA LA PROTECCIÓN Y PROMOCIÓN DE LA SALUD EN VIH/SIDA, TUBERCULOSIS Y MALARIA EN HONDURAS”, COMPONENTE VIH/SIDA.

Dr. Manuel Sierra¹, Dr. Rolando Pinef, Dr. Jorge Fernández², Dr. Edgardo Valeriano⁴.

¹Unidad de Investigación Científica, Facultad de Ciencias Médicas, UNAH.

²Fondo Mundial. ³Secretaría de Salud. ⁴Consultor Independiente.

Antecedentes. El componente de VIH/SIDA del proyecto Fondo Mundial (FM) inicia el 1 de mayo de 2003 al 30 de abril 2008. La meta del proyecto es contribuir a la reducción de la incidencia de VIH en un 25 % y mantener la prevalencia nacional de la infección por VIH en población general a menos de 1.8 %, enfocando sus actividades en 39 municipios prioritarios que concentran el 85% del VIH/SIDA del país, y en poblaciones hondureñas que son más vulnerables al VIH: mujeres trabajadoras del sexo (TS), hombres que tienen sexo con otros hombres (HSH), grupo étnico Garífuna, población privada de libertad (PPL), jóvenes, y proveyendo atención Integral a las Personas Viviendo con VIH/SIDA (PVVS). **Objetivo(s).** El objetivo del estudio es la evaluación de los resultados de impacto atribuibles al proyecto. **Material y Métodos.** La evaluación se llevó a cabo en dos fases. La Fase I consistió en un análisis de la documentación prevista por diversas fuentes oficiales (Departamento ITS/VIH/SIDA de la Secretaría de Salud de Honduras, PR, y página Web del FM) para ver el resultado de impacto de los indicadores consensuados para el proyecto, en base al desempeño de los mismos. La Fase II consistió de un estudio cualitativo, en la que se usaron las técnicas de grupos focales y de entrevistas a profundidad, para obtener la opinión de los diferentes actores claves de la respuesta nacional, representantes de grupos meta, y sub receptores involucrados en la ejecución del proyecto. **Resultados.** Los estudios ECV (SSH/CDC/USAID) del

2007, el informe UNGASS de Honduras de enero del 2007, las nuevas estimaciones de la epidemia (SSH/CDC/USAID/Banco Mundial) publicadas en PENSIDA III en diciembre 2008, y la opinión vertida por los(as) participantes en la evaluación, demuestran una mejora en conocimientos, actitudes, uso adecuado y consistente del condón, y una reducción relativa en la prevalencia de ITS/VIH en las poblaciones meta del proyecto del FM. Por lo tanto se puede inferir que el proyecto FM, siendo la primera fuente financiera del período de ejecución de PENSIDA II (2003-2007), complementó de forma sinérgica la respuesta de país a la epidemia, y contribuyó de forma significativa a mantener la prevalencia del VIH en población general a menos de 1%. **Conclusiones/Recomendaciones.** El proyecto tuvo un excelente desempeño de los indicadores de proceso. Por esta razón el proyecto calificó, de acuerdo a las políticas establecidas por el FM, como un proyecto de alto desempeño y fue invitado a presentar una propuesta de continuación de financiamiento por 6 años más. El compromiso gubernamental constante a lo largo del proyecto, la fortaleza gerencial del Dpto. ITS/VIH/SIDA, la red de servicios con cobertura amplia de la SSH, las diferentes instancias de coordinación y armonización de la cooperación internacional, el compromiso del PR y del MCP, y el liderazgo de organizaciones de la sociedad civil especialmente de los grupos meta, son factores que facilitaron la obtención de los logros y resultados del proyecto Fondo Mundial en el marco de una respuesta nacional articulada en el marco de PENSIDA II.

7TL

ESTUDIO DE EMBARAZO EN ADOLESCENTES EN ÁREAS DE INFLUENCIA DE CESAMOS ATENDIDOS POR MÉDICOS EN SERVICIO SOCIAL, HONDURAS NOVIEMBRE 2004 - NOVIEMBRE 2005.

Dr. Eleonora Espinoza¹, Dr. Manuel Sierra¹, Dr. Denis Padgett¹.

¹Unidad de Investigación Científica, Facultad de Ciencias Médicas. UNAH, Tegucigalpa.

Antecedentes. El embarazo en adolescente (EA) es una situación compleja a la que se le ha prestado en estas últimas décadas una mayor atención, considerándose como un problema prioritario de salud pública tanto en los países desarrollados como en los en vías de desarrollo. El embarazo temprano pone en peligro la salud de las mujeres jóvenes y la de sus hijos y les limita mejorar su status socioeconómico. Cada año alrededor de 15 millones de mujeres adolescentes casadas o solteras quedan embarazadas. La Secretaria de Salud no cuenta con estudios a nivel nacional sobre la proporción de embarazo adolescente del total de embarazos, pero en forma empírica se reporta que un 30% de los partos atendidos en la Maternidad del Hospital Materno Infantil son en menores de 19 años. **Objetivo(s).** Determinar la proporción y algunos factores de riesgo relacionados con el EA en los centros de salud con médico en servicio social (MSS). **Material y Métodos.** El estudio se llevó a cabo en 81 centros asistenciales donde estaba asignado un MSS en el periodo del 2004-2005, entre Centros de Salud, Clínicas Materno Infantiles y Hospitales. El estudio fue descriptivo transversal. En cada centro se tomó una muestra de 50 adolescentes embarazadas entre 10 y 19 años de edad que asistían a su control prenatal por demanda espontánea y en los casos donde al centro asistencial no acudió el total de adolescentes embarazadas requerido se realizó una búsqueda activa en la comunidad en el área de influencia. Además se registró el total de embarazos ocurrido durante ese periodo para sacar la proporción de EA. **Resultados.** El estudio incluyó 3,779 adolescentes embarazadas, de los 18 departamentos del país, cuyas edades se encontraron en el grupo de 10 a 14 años 215 (6%) y 3,564 (94%) se encontraron en el grupo de 15 a 19 años. La media, la mediana y la moda fueron de 17 años. Un total de 1,744 (46%) embarazadas tenían entre 17 – 18 años. De un total de 17,178 embarazos de 10-49 años de marzo a junio del 2005 hubo un total de embarazos de 10 -19 años de 4,410 obteniendo una proporción del 25.7% de EA (95% IC: 25.0%-26.3). Las patologías más frecuentes asociadas al EA fueron en el grupo de 10-14 años: anemia 70(32.5%); EDMI 31(14.4%);

ITU 71(33%); Amenaza de aborto 23(11%); Amenaza de parto pretérmino 11(5.1%); sangrado 18 (8.3%); PA alta 12(6%); PA baja 7(3.2%). En el grupo de 15-19 años: anemia 961(26.9%); EDMI 488(13.6%); ITU 1067 (30%); amenaza de aborto 288 (8%), amenaza de parto pre término 133(4%), Sangrado 211 (6%), PA alta 133 (4%), PA baja 184 (5.1%). **Conclusiones/ Recomendaciones.** Este es el primer estudio que obtiene una proporción de EA a nivel nacional en zonas de influencia de MSS. Este estudio demuestra el impacto que tiene el embarazo en la salud de las adolescentes y la necesidad de establecer estrategias diferenciadas de salud sexual y reproductiva para mujeres adolescentes.

8TL

PROYECTO DE CLINICA MOVIL DEL HOSPITAL EVANGELICO DE SIGUATEPEQUE

¹Lic. *Diana Maritza Calderón Soto*, ¹Dra. *Sandra López*.

¹Hospital Evangélico de Siguatepeque.

Introducción. El Hospital Evangélico fue fundado en 1949 en Siguatepeque. Es una entidad privada no lucrativa, autosostenible, a cargo de una organización nacional: La Asociación Hospitalaria Evangélica. **Antecedentes.** En el año 2002 el Hospital Evangélico, a través de su Programa de Servicios Comunitarios organizó el proyecto de Clínica Móvil, con el fin de atender las necesidades de salud de las personas de escasos recursos económicos del área rural. Se realizaron diagnósticos comunitarios para identificar aquellas comunidades con difícil acceso, alejadas de los centros de salud, rodeadas de aldeas o caseríos, con mayores problemas de salud y una buena organización comunitaria. Se escogieron 16 comunidades ubicadas en los departamentos de Comayagua, Santa Bárbara y Cortés. **Descripción de la Experiencia.** La Clínica Móvil se moviliza diariamente a una comunidad, según un calendario de atenciones, brindando servicios médicos, odontológicos, farmacia y exámenes de glicemia, citología y embarazo. Como actividades de promoción de salud mensualmente se ofrece educación en diversos temas, (VIH-SIDA, ITS, Higiene, etc.) desparasitación y fluorización en centros educativos de las comunidades. La labor diaria inicia con un tiempo de lectura y reflexión de la Biblia, búsqueda de expedientes y toma de signos vitales, atención médica u odontológica y, finalmente, entrega de medicamentos. El personal está formado por un médico general, un odontólogo, la encargada de farmacia y el conductor entrenado como asistente dental. Eventualmente se asigna una enfermera como apoyo. Cada paciente cuenta con un expediente y se lleva un sistema de registro de atenciones diario y mensual (AT1 y AT2). Se brinda seguimiento a pacientes con enfermedades crónicas, controles de embarazo, visitas domiciliarias si se requiere y en casos graves, traslado de pacientes al hospital para su atención especializada. Los costos de los servicios son accesibles, pero, una vez al año se atiende emergencias como apoyo a comunidades garífunas afectadas por huracanes donde la atención que se brinda es gratuita. Desde el año 2002 a diciembre de 2008 se han brindado 29,730 atenciones en medicina general y 11,304 en odontología. **Lecciones aprendidas** Para el buen funcionamiento del proyecto consideramos importante la participación de la comunidad a través de sus líderes ya que les corresponde la organización del día de atención y búsqueda del lugar para la misma. 1. La educación en salud debe ser parte importante del trabajo que se desarrolla. 2. Realizar un cobro simbólico por los servicios ofrecidos es importante para no fomentar el paternalismo. 3. El seguimiento continuo facilitado por los expedientes, favorece el manejo de los pacientes. 4. La rotación del personal que integra el proyecto permite su crecimiento profesional y humano.

9TL

SISTEMAS NACIONALES DE INVESTIGACIÓN PARA LA SALUD: ESTRUCTURA Y FUNCIONAMIENTO. EXPERIENCIA DESDE LA UNIDAD DE INVESTIGACIÓN CIENTÍFICA, FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS, UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE HONDURAS.

Dra. *Jackeline Alger*¹, Dr. *Francisco Becerra*³, Dr. *Iván Espinoza Salvado*², Dra. *Edna Maradiaga*², Dra. *Elizabeth Paguada*², Dr. *Manuel Sierra*², Dr. *Gustavo Moncada-Paz*².

¹Servicio de Parasitología, departamento de laboratorios clínicos, Hospital Escuela. ²Unidad de Investigación Científica, Facultad de Ciencias Médicas, UNAH, Tegucigalpa. ³Council on Health Research for Development (COHRED), Mexico DF.

Antecedentes. La investigación en salud, especialmente aquella que está estructurada y funcionando a través de un Sistema Nacional de Investigación para la Salud (SINIS), contribuye a la comprensión de los problemas sanitarios y sus determinantes, así como al fortalecimiento del diseño e implementación de programas eficaces y eficientes de prevención y control. Los procesos de desarrollo de políticas y de líneas prioritarias de investigación son los ejes sobre los cuales se desarrolla un SINIS. **Descripción de la experiencia.** Las políticas de investigación vigentes en la Facultad de Ciencias Médicas (FCM), UNAH, fueron elaboradas en 1987. Después de más de dos décadas y en el marco del proceso de transformación de la UNAH, la FCM en el año 2008 comenzó un proceso de revisión y actualización de las políticas de investigación de tal manera que respondan a la realidad institucional y nacional, así como al desarrollo técnico-científico. Dentro de la política de investigación se ha establecido que la FCM priorizará el desarrollo de proyectos de investigación, tomando en cuenta la disponibilidad de elemento humano calificado en investigación y de recursos humanos y financieros en el contexto de la realidad nacional e institucional, sin menoscabar la libertad de investigación, y que esta priorización deberá de desarrollarse en función de los problemas prioritarios de salud del país, necesidades institucionales y factibilidad técnica y financiera, a través de un proceso ampliamente participativo y periódico con los departamentos y unidades de las carreras y postgrados de la FCM. La priorización, utilizando cualquier método, debe contribuir a identificar las prioridades en salud basadas en la evidencia, asegurando que la investigación no solo caracterice y mida los fenómenos, sino que además utilice enfoques que accedan a comprender y transformar la realidad en esos aspectos que a menudo son desconocidos o descuidados y que afectan a las comunidades o al país. **Lecciones aprendidas.** Para establecer un SINIS es necesario consolidar un marco de políticas que permitan su desarrollo a través de una serie de acciones regulatorias y normativas. El proceso de fijación de prioridades debe vincularse a la realidad socio-económica y a las necesidades de salud de la población, dejando espacio para la creatividad de la investigación básica, apoyando la consolidación del sistema a través de las estructuras de gobernabilidad y de las funciones de rectoría, y manteniendo una coordinación que favorezca una visión integral e interinstitucional, nacional e internacional. En Honduras es necesario impulsar los procesos de desarrollo de políticas y de líneas prioritarias de investigación conducentes al establecimiento de un SINIS a través de un proceso incluyente y participativo. Se espera que el proceso de actualización de las políticas de investigación y el establecimiento de las líneas prioritarias de investigación en la FCM contribuya al fortalecimiento de la capacidad local y puedan servir como plataforma para el establecimiento del SINIS en Honduras.

10TL

CINCO AÑOS DE EXPERIENCIA DE PAÍS CON EL PROYECTO FINANCIADO POR EL FONDO MUNDIAL “FORTALECIMIENTO NACIONAL PARA LA PROTECCIÓN Y PROMOCIÓN DE LA SALUD EN VIH/SIDA, TUBERCULOSIS Y MALARIA EN HONDURAS”

Dr. Manuel Sierra¹, Dr. Rolando Pinef², Jorge Fernández³, Dr. Edgardo Valeriano⁴.

¹Unidad de Investigación científica, Facultad de Ciencias Médicas, UNAH.

²Fondo Mundial. ³Secretaría de Salud de Honduras. ⁴Consultor Independiente.

Antecedentes. El Fondo Mundial (FM), conocido también como Fondo Global, fue gestado desde dos direcciones; de una parte, a partir de la cumbre del G-8 del año 2000 en Okinawa, Japón, que siguiendo la declaración de los objetivos del milenio, decidieron apoyar el compromiso de movilizar instrumentos y recursos de la comunidad internacional, para afirmar y reforzar el alcance de la equidad en la distribución de los beneficios del crecimiento. Una de las metas fue la de implementar un plan ambicioso para combatir el VIH/sida, la tuberculosis y la malaria. De otra parte, la declaración de la mancomunidad africana de Abuja, Nigeria, en abril de 2001, que liderada por el Secretario General de la ONU, manifestó el apoyo a la creación del Fondo. **Descripción de la experiencia.** Honduras, muy atenta al desarrollo de la iniciativa, comenzó a elaborar una propuesta de país, siguiendo los lineamientos que recién salían de la mesa técnica y la sanción política en Ginebra. Ello coincidió con la transición política de traspaso de gobierno en el país, lo que permitió que bajo el liderazgo del nuevo presidente se diera un clima propicio para reunir expertos nacionales y algunos internacionales que prepararon la propuesta de país para tuberculosis, malaria y VIH/SIDA y que fue enviada en la primera ronda mundial de propuestas. La propuesta fue aceptada con algunas enmiendas, principalmente en lo referente al mecanismo de coordinación de país (MCP), que era una figura poco clara a los ojos nacionales y al propio FM. El país ha recibido tres subvenciones consecutivas ratificadas mediante los respectivos convenios con el Fondo, la primera para 2003-05 con una inversión de más de 13 millones de dólares, la segunda 2005-08 por cerca de 14 millones y, la actual 2008-13 de la cual solo participan sida y malaria, que puede alcanzar hasta 47 millones.

Lecciones aprendidas. Después del primer quinquenio de presencia del FM en Honduras, a través de sus órganos de función, se logra ver que ha catalizado en sinergia armonizada con otros cooperantes, el gobierno y la sociedad, procesos, procedimientos y metodologías de buen suceso en el abordaje de estas tres calamidades públicas. El MCP y sus entes constitutivos, han sabido sobreponerse a los primeros momentos de su formación, dando ahora el ejemplo de buenas prácticas administrativas y gerenciales, con transparencia, así como buen entendimiento con el nuevo PR y demás actores oficiales y sociales. Ha sido una forma muy funcional de participación pública y privada, que ha abierto una oportunidad de entendimiento nacional para abatir las tres patologías. Quedan compromisos por delante que enfocados al 2013, siguen siendo retos que demandan una gran inversión de capitales, queriendo dar un justo balance a las labores de prevención y de asistencia, basadas en el ejercicio de plenos derechos ciudadanos, el amparo selectivo a los grupos postergados, la ampliación de la cobertura de los servicios, las adecuaciones o reformas del subsistema de salud y la aplicación de la ley.

11TL

INFECCIÓN NEONATAL, POR *Escherichia coli*, EN UNIDAD DE NEONATOLOGÍA, HOSPITAL DR. JUAN MANUEL GÁLVEZ, MUNICIPIO DE GRACIAS, LEMPIRA, HONDURAS, MARZO A MAYO, 2008.

¹Dra. Doris Lizeth Guillén Mayorga, ¹Dra. Norma Hernández Duarte, ¹Lic. Fany García, ¹Dr. Jesús Antonio Monge.

¹Hospital Juan Manuel Gálvez, Gracias, Lempira.

Generalización. Los hallazgos de este estudio pueden servir de base para la implementación de medidas a poblaciones de neonatos con condiciones similares a las nuestras, independientemente del germen responsable; donde las estrategias que se implementen en relación a infecciones intrahospitalarias son factibles y sostenibles a largo plazo en el sistema de salud, ya que se encuentran integrados en los diferentes programas maternoneonatales. **Conclusiones.** Se verificó la existencia del brote de infección en neonatos por *E.coli*. Las acciones que realiza el personal de la sala de neonatología como colocar el niño en bacinete, movilizarlo de su unidad, estancia hospitalaria prolongada están asociadas con la infección por *E. coli* en los neonatos. No se encontró asociación con significancia estadística de los factores propios del neonato con la infección por *E. coli*. Los factores causales de la infección neonatal en el servicio de Neonatología son de origen materno y del neonato, con factores intrahospitalarios asociados al riesgo de infección nosocomial aunado a su cuadro de ingreso. La caracterización del brote permite enfocar las acciones para la implementación de medidas de prevención y control a corto, mediano y largo plazo.

Recomendaciones. Mejorar la comunicación y establecer estrategias de coordinación entre los servicios de obstetricia, neonatología con la unidad de vigilancia y comité de infecciones para evitar la presencia de infecciones en los neonatos. Aplicación de normas para evitar infecciones intrahospitalarias por parte de todo el personal de salud involucrado en el manejo de neonatos. La prevención de las infecciones neonatales en las unidades de recién nacidos debe ser una prioridad de todas las instituciones y en particular del sector salud. Se deben sostener las estrategias de Cuidados Obstétricos y Neonatales Esenciales y la implementación de las Normas de Prevención de Infecciones de la Secretaría de Salud, a través de la educación continua del personal y supervisión de su desempeño, así como el apoyo administrativo para cumplirla.

12TL

CAMBIO EN EL ESTILO DE VIDA A TRAVÉS DE LA PRESCRIPCIÓN DE ACTIVIDAD FÍSICA Y HÁBITOS NUTRICIONALES EN PACIENTES DEL HOSPITAL ESCUELA.

Dr. José Ramón Solorzano¹, Dra. Claudia Amador², Dra. Karen Pineda², Dr. Arnold Thompson-Cerna³

¹Departamento de Medicina Física y Rehabilitación, ²Departamento de Medicina Interna, ³Postgrado de Neurología, Hospital Escuela, Tegucigalpa.

Introducción. Las enfermedades cardiovasculares representan la principal causa de morbilidad y mortalidad en el grupo de patologías crónico-degenerativas atendidas en el Hospital Escuela; como consecuencia de esto, se calcula que el porcentaje de pacientes con hipertensión arterial es tan alto de hasta 25% en algunas comunidades de Honduras. Hasta el momento no existen políticas nacionales de salud pública orientadas hacia el control del riesgo cardiovascular. **Metodología.** Se realizó un estudio prospectivo, de cohorte, en el cual se incluyó a 173 pacientes durante a un período de 3 años en un programa de prescripción de actividad física y hábitos

nutricionales en el Hospital Escuela; los pacientes fueron referidos de los servicios de Medicina Interna, Neurología, Gineco-obstetricia, Cardiología, Endocrinología y Emergencia. La encuesta utilizada se orientó a 4 aspectos principales del paciente: (1) Datos demográficos, (2) Comorbilidades asociadas, (3) Medidas antropométricas y estudios de gabinete, y (4) Calidad de vida. **Resultados.** Se evaluó un total de 173 pacientes quienes fueron referidos de diferentes servicios de consulta externa y hospitalización del Hospital Escuela, 95% de los pacientes eran del sexo femenino; todos los pacientes se encontraban con sobrepeso u obesidad; más del 50% de los pacientes redujeron de forma significativa su peso y su riesgo cardiovascular; el 100% de los pacientes reportó una mejoría significativa en su calidad de vida. **Conclusión.** La prescripción de actividad física y hábitos nutricionales adecuados representan una estrategia costo-efectiva para el control de factores de riesgo cardiovascular, cuyo modelo es posible implementar en los diferentes servicios de salud del país.

13TL

CONDILOMA GIGANTE – TUMOR DE BUSCHKE LOWENSTEIN: PRESENTACION DE UN CASO Y REVISION DE LA LITERATURA

Dr. Alex Wolozny¹, Br. René Aguilar².

¹Jefe de la Sala de Labor y Parto del Hospital Leonardo Martínez Valenzuela, San Pedro Sula.

²Universidad Católica de Honduras, San Pedro Sula, Cortés.

Antecedentes. El condiloma gigante fue descrito por *Buschke y Lowenstein* en 1925, como un tumor benigno producido por papovavirus humano (PVH) en el pene y desde entonces se conoce como tumor de Buschke-Lowenstein (TBL). Han sido descritas otras localizaciones como anorrectales, vulvares, anogenitales en la mujer. El TBL es una proliferación epitelial de aspecto pseudopiteliomatosa rara, de origen viral y de transmisión sexual; que puede presentar degeneración a carcinoma escamoso, además de su origen viral principalmente (papiloma virus 6 y 11). Es una lesión voluminosa, con aspecto de "colífor" y este es el resultado final de la confluencia de múltiples condilomas hasta recubrir toda la superficie peniana o vulvar dando un aspecto clínico de malignidad. **Caso Clínico.** Mujer de 28 años de edad procedente de la ciudad de San Pedro Sula, Cortés; gran múltipara que cursaba con su quinta gestación a término por clínica ya que no recuerda la fecha de su última menstruación y no se realizó ultrasonidos obstétricos. El embarazo aparentemente evolucionó sin complicaciones, acudió a seis consultas prenatales en el Centro de Salud de su localidad. La paciente ingresó a la Sala de Labor y Parto del HLMV, el día 19/02/2007 con dolores de parto de 8 hrs de evolución, al examen físico fue evidente una tumoración en la región genital que se extendía desde la horquilla vaginal hasta la región coccígea, de aproximadamente 12 x 5cm. De la palpación vaginal se describen los siguientes hallazgos: D: 10cm, B: 100%, AP: + 2, Membranas ovulares Integras, Cefálico de vértice, Occipito Anterior, Características de la Pelvis: Paredes vaginales paralelas, arco púbico medio, no palpamos las espinas, sacro, ni promontorio. Se atiende Parto eutócico simple por vía vaginal, nace una mujer de 3500gr, APGAR 8 y 9 al primer y quinto minuto respectivamente, edad por Capurro 39 semanas. Alumbramiento natural y espontáneo. Ante el hallazgo en el examen físico ya descrito, se sospecha de infección por VIH, por lo que se realiza el estudio serológico pertinente el cual confirma el diagnóstico. Debido a la patología de base de la paciente y para continuar los estudios de laboratorio a su hija, ambas se trasladaron al Hospital Dr. Mario Catarino Rivas, lamentamos informar que la paciente junto a su recién nacido se fugaron del hospital al siguiente día. **Conclusión.** Aportamos este caso para contribuir con la literatura, ya que es un tumor muy raro, sin embargo la prevalencia de VIH/SIDA y de personas infectadas por el VPH, son muy altas, en nuestro país y en nuestra ciudad. Lamentamos no tener un seguimiento apropiado para esta paciente y que el diagnóstico de ser positiva se hiciera hasta su arribo al hospital y no durante el periodo prenatal y todo lo que esto implica, ya

que la paciente debió de estar recibiendo terapia con antirretrovirales desde la semana 14 de su embarazo o según los parámetros de la secretaria de salud, desde antes, por lo que esperamos que este caso sea un llamado a despertar para nosotros los médicos hacia el diagnóstico temprano y manejo oportuno de esta pandemia.

14TL

GANGRENA DE FOURNIER ANÁLISIS DESCRIPTIVO DE 10 CASOS MANEJADOS EN EL HOSPITAL CATARINO RIVAS EN EL PERÍODO COMPRENDIDO ENTRE 2007 y 2008.

Dr. Edin Quijada¹, Br. Leticia Hernández²,

¹Jefe del Servicio de Urología, Hospital Mario Catarino Rivas, San Pedro Sula.

²Estudiante, Universidad Católica de Honduras, Facultad de Medicina.

Es un desorden poco común y potencialmente letal descrito inicialmente por BAURIENNE en 1764 y posteriormente por A.L. FOURNIER en 1883 como un proceso gangrenoso de causa desconocida; que recibió apelativos tales como: Gangrena Idiopática, Erisipela Gangrenosa y Gangrena Estreptocócica del Escroto. Nuestro estudio pretende determinar el análisis descriptivo de los casos como la asociación de la mortalidad, los aspectos positivos y negativos de los factores predictivos en pacientes con fascitis necrotizante. Entre los meses de JUNIO de 2007 y ENERO de 2009, se ingresaron en el Servicio de Urología del Hospital Mario Catarino Rivas, 10 casos de Gangrena de Fournier, la edad promedio de los pacientes fue de 50,02 años (r 16-79). Todas las cirugías y seguimiento clínico fueron realizados por el mismo grupo médico. En el registro de pacientes se utilizó un modelo prospectivo mediante fichas en el momento de su ingreso, con seguimiento personal. Luego los datos vertidos por estas fichas fueron tabulados y ordenados para la realización de esta presentación. El diagnóstico inicial de la enfermedad en la totalidad de los casos, fue puramente clínico. Con un pródromo variable de pocas horas a varios días, se caracteriza por compromiso del estado general, fiebre, edema, celulitis, dolor de la zona genital o rectal que progresan a áreas de necrosis y crepitación acompañados de un olor fétido característico. El 100% de los casos fueron captados en la emergencia de cirugía derivados, de diferentes lugares de la zona noroccidental del país. La ubicación de la lesión se encontró solo escrotal en 4 pacientes, penoescrotal en 4 y que incluían tejidos adyacentes. Entre los factores predisponentes encontrados están diabéticos (8), tumores penoescrotales previos (1), parapléjicos (2), obesidad mórbida (2). El manejo inicial de los casos en su totalidad fue la estabilización clínica de los mismos dependiendo del resultado de recuento hemático, química sanguínea, edad del paciente y con la consiguiente realización de la intervención quirúrgica, caracterizada principalmente por el debridamiento del tejido necrótico, toma de muestras para cultivos y derivación urinaria con sonda foley uretral en 70% de los casos y cistotomía suprapúbica adicional en el 50%. Inicialmente se instaura un tratamiento empírico de triple terapia antimicrobiana ajustando la medicación de acuerdo al resultado de los cultivos y función renal del paciente. En la totalidad de los casos presentaban alteraciones considerables en recuento hemático caracterizado por su estado anémico, elevación de glóbulos blancos, además de cifras elevadas de glucosa y creatinina. El resultado de los cultivos de las secreciones fue variable de las diferentes bacterias Gram Negativas, estafilococos áureos, anaerobios. Una vez realizado el debridamiento inicial se continuó manejo con lavados quirúrgicos 2 ó 3 en los primeros 7 días junto con el cambio de compresas vaselinadas o preparadas con agentes antibióticos (Dermino-va). 3 casos 30% fueron sometidos a un segundo debridamiento quirúrgico y amputación penoescrotal, por deficiencia en la irrigación y pérdida funcional de los tejidos. La estadía media hospitalaria fue de 33 días (r 20 – 65). Se tuvieron dos defunciones de pacientes con antecedentes de diabetes muy mal controladas, con elevación de glicemia mayor de 500 al momento de su ingreso, severa anemia y mal estado nutricional. La Gangrena de

Fournier es una entidad que en nuestro país, debido a las limitantes de atención y manejo por el tipo sanitario implementado, se incrementa su morbi-mortalidad hasta en un 10%, su diagnóstico oportuno, agresividad de su tratamiento y enfermedades asociadas fueron factores predictivos en la evolución de los pacientes.

15TL

OZONOTERAPIA ESPINAL EXPERIENCIA EN SAN PEDRO SULA

Dr. Pedro A. Reyes Paz, IHSS, San Pedro Sula, Cortés.

La Ozonoterapia espinal se constituye en una alternativa en el manejo de una diversidad de patologías de presentación frecuente de la columna vertebral. Es en la actualidad parte de los protocolos de manejo en la patología discal y facetaria principalmente en Europa y Sudamérica. El ozono médico es una combinación de: oxígeno-ozono que aplicados sobre el tejido blando, genera una serie de transformaciones que explican su utilidad terapéutica, se identifican tres mecanismos. Analgésico antiinflamatorio local. Disociación de polisacáridos. Acción lítica. El ozono puede administrarse de diferentes formas. Intradiscal (Discolisis), Peridural (Peridurolysis), Foraminal, Paravertebral, Facetario. Presento mi experiencia personal en el manejo de 78 pacientes en el IHSS de SPS, Clínica Bendaña y Hospital Cemesa. Se realizaron 3 tipos de procedimientos: 1. Deneración facetaria: Pacientes con síndrome facetario (Post operados, trauma, osteoartritis, discopatía, espondilolistesis, escoliosis). 2. Discolisis (Pacientes con Hernia discal con criterio quirúrgico con correlación clínico imagenológico). 3. Peridurolysis (Pacientes con radiculalgia severa que no responden al Tratamiento convencional. Se realizó deneración facetaria a 44 pacientes de los cuales 24 (54.5%) fueron masculinos y 20 (45.5%) femenino. El grupo mayor de pacientes correspondió a los mayores de 60 años con 15 casos (34%) y en segundo lugar el grupo entre 40-50 años 9 casos (20.5%) al igual que el grupo de 50-60 años. La causa más frecuente fue por cambios degenerativos facetarios principalmente por osteoartritis 19 casos (43%) seguido por discopatía 7 casos (16%) el sitio más frecuente de deneración fueron las facetes de L4 L5 y L5S1 con 18 casos (41%). El resultado inmediato fue excelente en 32 pacientes (73%) y bueno en (20.5%) y a tres meses se mantiene con Excelentes resultados 25 casos (57%) y bueno en (30%) y solo un caso (2.3%) se considero malo. Se realizó discolisis a 24 pacientes 17 masculino (71%) y 7 femenino (29%) la mayoría de los casos fue realizado en pacientes con edades entre 20-40 años (62.5%) el sitio más frecuentemente afectado L5S1 con 9 casos (37.5%) y L4/5 7 casos (29%). A tres meses permanecieron asintomáticos 15 casos (62.5%), en buen estado 8 casos (33.3%) y solamente 1 caso presento persistencia de su cuadro por lo que requirió cirugía abierta. Se realizó Peridurolysis a 10 pacientes 8 Post operados, 1 con ruptura del anulus fibroso 1 de origen no determinado. El resultado fue excelente en 7 (70%) y bueno en 3 (30%). **Conclusiones.** La ozonoterapia espinal constituye un tratamiento alternativo para pacientes con hernia discal. Pacientes que tienen indicación quirúrgica pero contraindicación anestésica o que no deseen cirugía abierta pueden beneficiarse de esta técnica. Pacientes con síndrome facetario con dolor persistente con falla a la terapia convencional tienen una alternativa terapéutica con ozonoterapia. Pacientes con radiculalgia por radiculitis, fibrosis post operatoria, ruptura del anulus fibroso y otras causas son susceptibles de manejo con ozonoterapia. La Ozonoterapia se considera un tratamiento alternativo para la patología discal y no sustituye a la cirugía si no que se considera un eslabón adicional en el protocolo de manejo conservador antes de una decisión quirúrgica.

16TL

EXPERIENCIA EN EL MANEJO DE RECONSTRUCCIÓN URETRAL EN HONDURAS.

Dr. Edin Quijada¹, Dra. Besi Quijada¹.

¹Departamento de Urología, Hospital Mario Catarino Rivas, San Pedro Sula, Cortés.

Objetivos. Presentar nuestros resultados tras realizar 25 uretroplastias como tratamiento de estenosis uretral tanto a nivel peneano como bulbar, utilizando distintas técnicas, en el Hospital Mario Catarino Rivas. **Métodos.** 25 pacientes diagnosticados de estenosis uretral, que fueron sometidos a uretroplastia en el período 2006-2008. De ellos, 18 tratados mediante anastomosis término terminal. En 5 pacientes se realizó un injerto libre de mucosa bucal y en 2 la técnica usada fue el colgajo pediculado. A todos se realizó cistotomías previas y realizadas por el mismo equipo quirúrgico y el mismo centro asistencial. **Resultados.** El 90% de las causas de la estrechez uretral fue secundaria a traumas directos, 5 % iatrogénicas y 5 % enfermedades Venéreas previas. En conjunto hemos obtenido un 84% de buenos resultados en la totalidad de los pacientes, a un año de seguimiento. En aquellos a los que realizamos una anastomosis término terminal obtuvimos un 91,2% de buenos resultados (buen Chorro). De cuatro pacientes con técnica combinada de anastomosis con injerto libre, tuvimos un 75% de buenos resultados. En los casos en que utilizamos mucosa bucal en forma de parche obtuvimos un 90% en uretra bulbar y un 67% en uretra peneana. Cuando se utilizaron colgajos pediculados los buenos resultados fueron del 70,6% en uretra peneana y del 66,7% en uretra bulbar. Con una media seguimiento de 1 año. 15% de recidiva de la estenosis. **Conclusiones.** La cirugía abierta es la mejor forma de tratamiento de la estenosis de uretra. La uretroplastia término terminal es la técnica que, aplicada en uretra bulbar, permite obtener mejores resultados. Aunque depende de las características de la lesión del paciente, como también de la experiencia del equipo médico que lo maneje.

17TL

BIOPSIA ASPIRATIVA CON AGUJA FINA (BAAF) DE GLANDULA TIROIDES GUIADA POR ULTRASONIDO: NUESTRA EXPERIENCIA INICIAL.

¹*Dra. Valeria Laura Dal Zotto, ¹Dr. Carlos Joaquín Muñoz, ¹Dr. Francisco Edgardo Cárcamo Paz.*

¹*Hospital Evangélico de Siguatepeque.*

Antecedentes. La prevalencia de nódulos tiroideos palpables es del 3% al 7% y se incrementa al 50% con ultrasonido. Pese a esto la tasa de malignidad para nódulos tiroideos es baja (alrededor del 5%). La biopsia aspirativa con aguja fina (BAAF) guiada por ultrasonido es el método gold standard (alta sensibilidad y especificidad) para distinguir nódulos benignos de malignos. Para evitar el uso inapropiado de ultrasonidos y BAAF en la población general, es esencial determinar, sobre la base de los hallazgos ultrasonográficos, qué nódulos detectados tienen elevado potencial maligno. **Objetivos.** Presentar nuestra experiencia en el diagnóstico de nódulos tiroideos y evaluar los resultados obtenidos utilizando BAAF guiada por ultrasonido. **Materiales y método.** Se recopilaron todas las BAAF guiadas por ultrasonido de nuestra base de datos realizadas entre 2007-2009; 115 aspirados, 98 mujeres y 17 hombres. Se revisaron los estudios histológicos realizados en nuestro hospital en dicho período. El procedimiento se indicó de acuerdo a las recomendaciones publicadas por la Asociación Americana

de Endocrinólogos Clínicos (2006). **Resultados.** 115 muestras de BAAF tiroideas guiadas, un caso insatisfactorio (0,8%), 17 diagnosticados positivos (14,7%), 8 sospechosos (6,9%), 80 negativos (69,5%) y 9 descriptivos (7,8%). Se obtuvo correlación cito-histológica en 26 casos con los siguientes resultados: sensibilidad, 89%; especificidad, 85%; valor predictivo positivo, 94%; valor predictivo negativo, 75% y exactitud, 88%. **Conclusión.** La biopsia aspirativa con aguja fina bajo control ultrasonográfico es un test efectivo para evaluar el manejo de nódulos tiroideos e identificar los pacientes que necesitan cirugía. Los resultados obtenidos concuerdan con los de otras publicaciones.

18TL

TRAUMA ABDOMINAL CERRADO EN EL HOSPITAL DR. MARIO CATTARINO RIVAS PRIMER SEMESTRE DEL 2008

Dr. Rigoberto Espinal¹, Dr. Marcial Zúñiga¹, Br. René A. Aguilar². ¹Catedráticos de la Facultad Universidad de Medicina y Cirugía de la Universidad Católica de San Pedro Sula. ²Médico en Servicio Social, Universidad Católica de Honduras en San Pedro Sula.

Antecedentes. Los pacientes con Trauma Abdominal, son un verdadero reto para el médico, debido a la gran variabilidad de manifestaciones clínicas, métodos diagnósticos disponibles y en general la evaluación en general de un paciente politraumatizado. En EEUU el 85% de los traumas abdominales corresponde a Trauma Cerrado, en cambio en los países latinoamericanos, el 85% lo constituye el Trauma Abdominal Penetrante. El mecanismo de daño más común del Trauma Abdominal Cerrado (TAC); son los accidentes en vehículos motorizados, con un 75%. **Objetivos.** Determinar la incidencia de Trauma Abdominal Cerrado en la población que asiste al Hospital Dr. Mario Catarino Rivas, de Enero de 2008 hasta Junio de 2008. Determinar el principal órgano afectado en los pacientes con Trauma Abdominal Cerrado. Determinar las características y circunstancias del Trauma Abdominal Cerrado en nuestros pacientes **Criterios De Inclusión.** Pacientes con historia compatible con Trauma Abdominal Cerrado Pacientes politraumatizados, conscientes e inconscientes, previa valoración por cirujano general. **Criterios de Exclusión.** Pacientes con Trauma Abdominal Penetrante Pacientes politraumatizados, conscientes e inconscientes en los que se haya descartado trauma abdominal cerrado, previa valoración por cirujano general **Material y Métodos.** Se diseñó un instrumento de recolección de información que consta de una serie de preguntas abiertas y cerradas que recogen los datos necesarios para la investigación que van desde los datos del paciente, el mecanismo del trauma, descripción del proceso diagnóstico, procedimiento quirúrgico, los hallazgos, y la evolución del paciente, para la recolección de la información no se realizaba una entrevista directa, sino que el instrumento se aplicaba al expediente del paciente, se colocaba desde su ingreso y se recogía al final de la estancia intrahospitalaria del paciente para luego ser tabulado. **Resultados.** Total de pacientes 26, Hombres 21, Mujeres 5, Principal Mecanismo de Acción: Accidente Automovilístico Auto vrs. Auto, Principal Grupo de Edad Afectado: Tercera Década de vida, Principal Órgano Afectado: Bazo, Total de Cirugías: 15, Tiempo Promedio Transcurrido entre el Trauma y su Ingreso al Hospital: 8 hrs, 20min, Estancia Intrahospitalaria Promedio: 6 días 6hrs. **Conclusiones.** Al analizar los resultados, son muy evidentes las similitudes entre lo que se describe en la literatura de este tema y nuestros hallazgos, sin embargo, los datos de mayor interés son aquellos de la atención al paciente donde al tratar de medir los tiempos la ocurrencia del trauma, al ingreso hospitalario y su posterior cirugía, nos damos cuenta que la prolongación es debido en parte a las distancias entre el lugar donde ocurrió el trauma y el hospital, y en otras ocasiones se debe a la carencia de métodos diagnósticos adecuados al momento de la evaluación inicial que dilatan el tiempo para el diagnóstico y tratamiento definitivo. **Recomendaciones.** Sugerimos la instauración del sistema de ultrasonido FAST en el servicio de la Emergencia de Cirugía del HMCR, que permita al cirujano evaluacio-

nes precisas e inmediatas y reducir los tiempos de atención en diagnóstico y tratamiento.

19TL

UTILIDAD DEL ULTRASONIDO EN LA PATOLOGÍA DEL MANGUITO ROTADOR.

Dr. Carlos J. Muñoz P¹, Dr. Noé Flores¹, Dr. Oscar Madrid¹.

¹Hospital Evangélico de Siquatepeque.

Resumen. El ultrasonido del hombro ha ganado terreno en el diagnóstico de las patologías del manguito rotador dolencia muy frecuente y de diagnóstico a menudo difícil siendo este un método de imagen que no se utiliza mucho en Honduras, sin embargo con una técnica establecida resulta el estudio de elección inicial en muchas instituciones a nivel mundial debido a ser un método económico, rápido y accesible. La resonancia magnética se recomienda como el siguiente método estudio debido a que provee mayor información de toda la extensión del tendón, evalúa el labrum glenoideo, la capsula articular y el hueso y no es operador dependiente. Según la literatura, se han obtenido buenos resultados con el ultrasonido diagnóstico para la demostración de las rupturas del manguito rotador y las anomalías del tendón largo del bíceps estando además entre los diagnósticos más frecuentes la bursitis subacromiodeltoidea y el síndrome de choque acromioclavicular. Un valor agregado del ultrasonido en este padecimiento es su utilidad como guía en la infiltración de la bursa subacromiodeltoidea la cual generalmente se encuentra distendida brindando una gran exactitud en el momento de la infiltración al visualizar la aguja en tiempo real y la entrada del medicamento en el interior de la bursa evitando así la infiltración de las fibras musculares del manguito rotador. Para aumentar el conocimiento de esta modalidad de diagnóstico en nuestro medio, presentamos los principios generales y las técnicas del ultrasonido del hombro. Además ejemplos de resultados normales y patológicos en el manguito rotador, el tendón largo del bíceps, distensión de la bursa subacromiodeltoidea y síndrome de choque subacromiodeltoidea entre otras en nuestra experiencia.

20TL

INFORME DE UN CASO DE MALARIA FALCIPARUM COMPLICADA CON ANTECEDENTE DE RESIDIR EN GHANA, AFRICA, PAÍS CON RESISTENCIA RECONOCIDA A LA CLOROQUINA.

Dr. Juan Carlos Zapata¹, Dra. Jackeline Alger².

¹Gastroenterología, Hospital La Policlínica, Tegucigalpa.

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, en los últimos años se han documentado casos de malaria falciparum importada procedentes de países con resistencia reconocida a CQ. Por lo tanto, además de la posibilidad de emergencia de parásitos resistentes, existe un riesgo real de su introducción al país. Aquí se informa de un caso de malaria por *Plasmodium falciparum* atendido en el Hospital La Policlínica (HLP), cuyo origen de la infección se trazó a Ghana, África. **Descripción del caso clínico.** El paciente masculino, 60 años de edad, ciudadano japonés, ingeniero, fue atendido e ingresado en HLP el 15 de junio con cuadro de tres días de evolución de fiebre acompañada de escalofríos intensos, dolor articular general y cefalea. El paciente informó haber arribado en Honduras el 5 de junio procedente de Japón, donde estuvo durante un mes (mayo-junio). Los tres años anteriores (2005-2008) residió en Ghana, África. En los años 2005 y 2006 presentó un ataque de malaria cada año. En agosto de 2007 presentó un nuevo ataque febril pero encontrándose en Japón, no se documentó malaria. En abril 2008 presentó nuevo ataque malarico confirmado y tratado en Ghana. Refirió antecedente de tuberculosis pulmonar (2005) recibiendo tratamiento antifímico durante seis meses. Al mo-

mento de su ingreso en HLP se documentó fiebre de 38.5°C, sin encontrar alteración cardiopulmonar y sin masas o visceromegalias en abdomen. La radiografía de tórax demostró infiltrado intersticial apical izquierdo. El día 16 de junio se diagnosticó malaria por *Plasmodium falciparum* y se inició tratamiento con cloroquina. Por el antecedente epidemiológico, el 17 de junio se omitió la cloroquina y se inició tratamiento con mefloquina. Presentó trombocitopenia progresiva de 83,000 hasta 40,000/μL y anemia que evolucionó de 13 a 10.2 g/dL. En el Día Cero del tratamiento con mefloquina la densidad parasitaria fue 147 estadios asexuales sanguíneos (EAS)/52 leucocitos más un gametocito y un leucocito con pigmento fagocitado. En el Día Dos la reducción de la densidad parasitaria fue de aproximadamente 45%; en el Día Tres fue superior a 95%. Se administró tratamiento con primaquina a dosis gametocitocida (dosis total de 90 mg en 3 días). El paciente evolucionó de forma satisfactoria cediendo la fiebre y aumentando el conteo plaquetario; egresó el 21 de junio. Sus controles a los Días Siete y Catorce no demostraron parásitos en 300 campos. El análisis biológico molecular por técnica PCR demostró *P. falciparum* genotipo K1 (infección policlonal), dos fragmentos entre 200 y 250 pares de bases. **Conclusiones y recomendaciones.** Se informa sobre un caso de malaria falciparum complicada procedente de un país africano con resistencia reconocida a la cloroquina y que respondió adecuadamente al tratamiento alternativo con mefloquina. Las complicaciones incluyeron trombocitopenia severa y anemia moderada. Honduras debe contar con lineamientos técnicos para abordar estos casos de malaria resistente importada desde el punto de vista clínico y epidemiológico. Es necesario contar con antimaláricos alternativos a la CQ así como medicamentos parenterales. *Estudio financiado parcialmente por Proyecto Fortalecimiento de la Respuesta Nacional para la Protección y Promoción de la Salud en Malaria, Tuberculosis y SIDA, Fondo Mundial Honduras; Programa Nacional de Prevención y Control de la Malaria, Secretaría de Salud; US Army Center for Health Promotion, San Antonio, Texas, Estados Unidos de América.*

21TL

EFFECTO DE DOS AGENTES INDUCTORES DE LA ANESTESIA SOBRE EL BLOQUEO NEUROMUSCULAR PRODUCIDO POR BESILATO DE ATRACURIO.

Dra. Sandra Margarita Pinel González¹, Dra. Xenia Josefina Pineda¹ Mendoza.

¹ Departamento de Anestesiología del IHSS, Tegucigalpa.

Antecedentes. En nuestro país, sobre todo en el hospital Escuela y el IHSS, no se está haciendo sistemáticamente el monitoreo del bloqueo neuromuscular (BNM) que es tan importante para la seguridad del paciente anestesiado tanto como el monitoreo de los parámetros hemodinámicos y oxícapnografía, dado que al ser entregado a la sala de Cuidados post anestésicos, debe ir con supresión del BNM en un valor mayor del 95% para evitar parálisis respiratorias residual, hipoxia y su consecuencia más temida, la muerte por efecto residual de efecto curarizante. **Objetivo.** Analizar el efecto del Tiopental y Propofol sobre el bloqueo neuromuscular del Besilato de atracurio. **Material y Métodos.** Estudio transversal, aleatorizado y comparativo, realizado desde junio 2007 a septiembre 20 de 2008, realizado en el Hospital Escuela de Tegucigalpa, en un grupo de 80 pacientes sometidos a cirugías electivas bajo anestesia general, ASA I-II, divididos en dos grupos de cuarenta pacientes cada uno. Grupo A con Tiopental (5 mg/kg) y Grupo B con Propofol (2 mg/kg) y realizada la medición objetiva del bloqueo neuromuscular usando un registro de aceleromiografía por estímulo del músculo aductor corto del pulgar cada 20 segundos en la modalidad de Tren de Cuatro Estímulos (TDC) con monitor TOF WATCH SX de Organon. Se realizan tres mediciones: M1 (medición basal), después de la administración del inductor, luego M2 (periodo de latencia), después de la administración del Besilato de atracurio (0.5 mg/kg) y M3 (duración de acción) concluye hasta la aparición de la actividad muscular del aductor

corto del pulgar. **Resultados.** El periodo de latencia promedio fue de 2.57 minutos en el Grupo A y de 3.68 minutos en el grupo B, siendo estadísticamente significativo ($p < 0.05$). Lo que tiene importancia al momento de decidir que inductor usar en un caso que sea necesario realizar una intubación en el menor tiempo posible. La duración de acción del grupo A fue de 27.76 minutos y de 25.30 minutos en el B, sin significado estadístico. **Conclusiones.** El periodo de latencia del Besilato de atracurio fue menor en el grupo. A inducido con Tiopental en relación al del Grupo B inducido con Propofol, siendo estadísticamente significativo. La duración de acción no fue influenciada por el agente inductor.

22TL

MALARIA POR *PLASMODIUM FALCIPARUM*: CASO CLÍNICO COMPLICADO Y RECURRENTE CON BUENA RESPUESTA TERAPÉUTICA ATENDIDO EN EL HOSPITAL ESCUELA.

Dra. Cristy Sierra¹, Dr. Osmin Tovar², Dra. Jackeline Alger³.

¹ Post-grado de Medicina Interna, Hospital Escuela. UNAH. Tegucigalpa.

² Departamento de Medicina Interna, Hospital Escuela. ³ Servicio de Parasitología, Departamento de Laboratorios Clínicos, Hospital Escuela.

Antecedentes. En Honduras, la gran mayoría de los casos de malaria se presentan como malaria no complicada y los pocos casos complicados documentados, se presentan con complicaciones leves a moderadas, usualmente con buena respuesta terapéutica. Sin embargo, un abordaje diagnóstico y terapéutico inadecuado sitúa en riesgo innecesario a los pacientes. **Descripción del caso clínico.** Paciente masculino, 35 años, procedente de San Francisco de Becerra (SFB), Olancho, que ingresó al Hospital Escuela (HE) el 11 de febrero de 2008 con historia de 5 días de presentar fiebre diaria, no cuantificada, precedida de escalofríos y acompañada de diaforesis profusa, malestar general, cefalea, mialgias, artralgias, náuseas y vómitos. El paciente informó haber iniciado los síntomas el mismo día que regresó a SFB después de haber viajado aproximadamente 3 semanas por el Río Patuca hacia Wampusirpi, Gracias a Dios. Negó contacto con ratas. Al examen físico el paciente se encontró con signos vitales estables, escleras ictericas y sin visceromegalia. Los exámenes de laboratorio demostraron valores de hemoglobina de 13.7 gr/dL, 26,000 plaquetas/μL, 4,000 leucocitos/μL, valor total de bilirrubinas de 3.34 mg/dL (bilirrubina directa 2.05) y un "hematozoario" negativo. El paciente ingresó como un caso de síndrome icterico febril, a investigar malaria, dengue y hepatitis. En el primer día intrahospitalario el paciente presentó fiebre de 39.8°C y la gota gruesa informó *Plasmodium falciparum*, 52 estadios asexuales sanguíneos (eas)/115 leucocitos (0.11%). No se administró la primera dosis de cloroquina hasta 24 horas después y hubo un incremento de 13 veces en la densidad parasitaria (340 eas/52 leucocitos, 1.54%). El paciente inició tratamiento al segundo día intrahospitalario demostrando una buena respuesta clínica y parasitológica. Un año después, el 18 de Febrero de 2009, el paciente fue referido al HE por Centro de Salud de la Región Metropolitana con historia de fiebre de 3 días de evolución y diagnóstico de dengue. Se diagnosticó malaria por *P. vivax* e inició tratamiento. Al día siguiente un control demostró *P. vivax* 42 eas + 24 gametocitos/106 leucocitos y una muestra de la esposa, quien se quejaba de cefalea, también demostró *P. vivax* 8 eas/300 campos. El análisis biológico molecular por técnica PCR de los parásitos de la infección inicial demostró *P. falciparum* genotipo MAD20, fragmento de aproximadamente 150 pares de bases. **Conclusiones y recomendaciones.** Este es un caso de malaria falciparum complicada que presentó 1) ictericia leve, 2) anemia leve, 3) trombocitopenia severa y 4) leucopenia límite. Un año después presentó recurrencia por *P. vivax*, infección también documentada en la esposa quien demostró una presentación subclínica. En el manejo de este caso se demostraron problemas en el diagnóstico de laboratorio y en el tratamiento, tanto en la infección inicial como en la recurrente. La infección en el conviviente fue detectada circunstancialmente. Honduras debe contar con lineamientos técnicos para

abordar casos de malaria complicada y disponibilidad de medicamentos antimaláricos parenterales. *Estudio financiado parcialmente por Proyecto Fortalecimiento de la Respuesta Nacional para la Protección y Promoción de la Salud en Malaria, Tuberculosis y SIDA, Fondo Mundial Honduras; Programa Nacional de Prevención y Control de la Malaria, Secretaría de Salud; US Army Center for Health Promotion, San Antonio, Texas, Estados Unidos de América.*

23TL

ABORDAJE DEL SUICIDIO EN LOS MEDIOS DE COMUNICACIÓN ESCRITOS EN HONDURAS.

Dra. Teresa Isabel Reyes¹, Dr. César Augusto Díaz².

¹Psiquiatra. Servicio de Urgencias, Hospital de Especialidades, IHSS, Tegucigalpa. ²Psiquiatra. Consulta Externa Hospital General San Felipe, IHSS. Tegucigalpa.

El reportaje y la representación del comportamiento suicida en los medios pueden tener influencias potencialmente negativas y facilitar actos suicidas de las personas expuesta a tales estímulos. El impacto de los medios en comportamiento suicida parece más factible cuando un método de suicidio se especifica y especialmente cuando son presentados detalladamente, cuando la historia se divulga o se retrata de forma dramática y prominente por ejemplo con fotografías del fallecido o con grandes títulos cuando los suicidios son de personalidades públicas. En 1999, la OMS lanzó una serie de recomendaciones a fin de evitar este fenómeno, el presente trabajo investigativo trata de averiguar si estas recomendaciones son respetadas en los periódicos hondureños. **Método.** Se consultó la Colección Hondureña de la Universidad Nacional Autónoma de Honduras UNAH a fin de recolectar la información de las publicaciones realizadas por los medios de comunicación escritos (la prensa, La Tribuna y El Herald) correspondientes al período comprendido entre el 1 de enero al 31 de diciembre del 2005. **Resultados.** Todos los diarios reportaron el método utilizado por el suicida constituyendo un 99% y de estos el método más usado por otro lado el 92.4% de los casos de suicidio publicados se mencionan de manera simplista y hasta un 22.7% de los casos de suicidio publicados se atribuyen a problemas psiquiátricos. Es de especial significado el señalar que el 98.3% de las publicaciones en estos diarios no ofrecen alternativas para prevenir este problema. **Conclusiones.** Este estudio confirma que los medios de comunicación escritos en Honduras no siguen las recomendaciones dictadas por la OMS con las potenciales consecuencias de la divulgación excesiva y desmedida las muertes por suicidio lleva.

24TL

MUCOCELE FRONTAL RECURRENTE: PRESENTACIÓN DE UN CASO CLÍNICO.

Dr. Benjamín Cano Paca¹, Dr. Carlos Guille², Dr. Tulio Pompeyo Murillo², Dra. Wendy Geraldina Tenorio³

¹Servicio de Otorrinolaringología, Hospital Escuela, Tegucigalpa.

²Departamento de Neurocirugía, Hospital Escuela.

³Sistema Medico Empresa, IHSS.

Antecedentes. Los mucocelos son sacos revestidos de mucosa, que tienen secreción mucoide y epitelio descamado. Pueden llenar completamente un seno paranasal y son capaces de expandir y erosionar el hueso adyacente. La etiología de los mucocelos es la obstrucción prolongada del ostium del seno comprometido por diversas causas que incluyen: Sinusitis Crónica, Trauma, Tumor, Deformidad Congénita, Alergia, Cirugías Previas y Radioterapia. La relación hombre-mujer es casi 1:1. Son regularmente de crecimiento lento y por tanto asintomáticos durante mucho tiempo. Son más frecuentes en el Seno Frontal. Pueden ser múltiples. Los síntomas incluyen: Cefalea Frontal, Proptosis y Diplopía. Los exámenes de imagen que permiten definir la extensión del mucocelo y la destrucción que local-

mente producen son la Tomografía Axial Computada y la Imagen por Resonancia Magnética Nuclear. **Descripción del caso.** Paciente con historia de aproximadamente 10 años de evolución de presentar cuadros clínicos a repetición de rinosinusitis por lo cual recibió tratamientos médicos diversos sin aparente éxito, hace aproximadamente 8 años el paciente desarrolla mucocelo frontal derecho por lo que se le intervino con Abordaje Transnasal, hace 5 años el paciente recurre y se le realiza Abordaje Externo Infraciliar. En Marzo de 2008 el paciente se presenta con masa fluctuante en región frontal derecha de 1 año de evolución, por lo cual se le realizó Tomografía Axial Computada (TAC), encontrando destrucción de la pared anterior del seno Frontal Derecho y obstrucción del Ostium de Drenaje Natural, por lo que se decide realizar un nuevo abordaje quirúrgico para drenar y reconstruir el seno frontal a través del uso de la Cirugía Endoscópica Nasal y la combinación del Abordaje Bicoronal que nos permitió conseguir injerto óseo adecuado para intentar recuperar la pared anterior del seno frontal con la permeabilización del Ostium de Drenaje Natural y la recuperación completa de la función del Seno Frontal Derecho. Luego de la cirugía el paciente se egreso a los 5 días postquirúrgicos, a los 3 meses se le realizó una nueva TAC encontrando remodelación ósea adecuada de la pared anterior del Seno Frontal Derecho y Ostium de Drenaje Natural Permeable. **Conclusiones.** Todo paciente con rinosinusitis a repetición y de difícil manejo debe ser evaluado por un Otorrinolaringólogo.

25TL

PREVALENCIA DE ESTRÉS, DEPRESIÓN Y ANSIEDAD EN ENFERMERAS AUXILIARES DEL I.H.S.S. DE TEGUCIGALPA.

Dra. Edna Maradiaga¹, Dr. Manuel Sierra¹, Dr. Carlos Sosa², Dra. Emilia Alduvín³.

¹Unidad de Investigación Científica, Facultad de Ciencias Médicas. UNAH, Tegucigalpa. ²Instituto Hondureño para la Prevención del Alcoholismo, Drogadicción y Farmacodependencia. ³Maestría de Salud Pública, Facultad de Ciencias Médicas.

Antecedentes. La salud mental, física y social son componentes esenciales de la vida, estrechamente relacionados e interdependientes. La salud mental es un componente esencial para el bienestar general del individuo, la sociedad y las naciones. Tanto en los países desarrollados como en los países en desarrollo, las encuestas han demostrado que más del 25% de los individuos padecen uno o más trastornos mentales o del comportamiento a lo largo de la vida. Los estudios epidemiológicos realizados en centros de atención primaria han identificado que los trastornos mentales más frecuentemente diagnosticados son la depresión, ansiedad, así como el consumo de sustancias adictivas. El Globan Burden Disease (GBD) del 2008 manifestó que la prevalencia puntual de los episodios de depresión unipolar fue de 3.2% en población femenina y 1.9% en la masculina, y 9.5% de las mujeres experimentaron un episodio depresivo en un período de 12 meses a diferencia del 5.8% en hombres. **Objetivo(s).** El objetivo del estudio es determinar la prevalencia de estrés, ansiedad y depresión en enfermeras auxiliares (EA) del IHSS del MDC. **Material y Métodos.** Se trata de un estudio descriptivo transversal en una muestra aleatoria de enfermeras auxiliares del Hospital de Especialidades del IHSS Barrio La Granja de Comayagüela. La técnica que se utilizó fue la entrevista aplicando un formulario estructurado. Se aplicó la escala de Inventario de Situaciones y Respuestas de Ansiedad de Tobal y Cano Vindel, que evalúa el nivel general de ansiedad (rasgo general de personalidad ansiosa), los tres sistemas de respuesta por separado (lo que pensamos, regulado por el sistema cognitivo; lo que sentimos a nivel corporal, o sistema fisiológico; y lo que hacemos, o sistema conductual-motor). Para el diagnóstico de depresión se auto administró la escala de Beck que consta de 13 ítems con respuestas graduadas de 0-3 según la intensidad de la sintomatología. **Resultados.** El promedio de edad de las 107 EA fue de 35.6 años, con un promedio de trabajar en el IHSS de 7.3 años. En relación al grado de satisfacción con la pareja en los

últimos 30 días, las EA manifestaron que en su vida sexual un 44.8% estaban insatisfechas y/o poco satisfechas; un 43.0% estaban insatisfechas y/o poco satisfechas con su vida emocional; sobre la situación económica, el 94.4% dijo no estar satisfecha. Al momento de la investigación, 59.8%(64) tenían estrés (95% IC: 49.9%-60.2%); 24.3%(26) tenían ansiedad (95% IC: 16.9%-33.1%); y 14.0%(15) tenían depresión (moderada o severa, 95% IC: 8.4%-21.6%). **Conclusiones/Recomendaciones.** La salud mental de las EA amerita de la atención de las autoridades y sindicato del IHSS, ya que el porcentaje de enfermeras afectadas por estrés en este estudio reveló que más de la mitad sufre este padecimiento, un cuarto presentó ansiedad, y más de un tercio presentó sintomatología depresiva, lo cual probablemente esté influyendo en la productividad, ausentismo laboral, relaciones laborales y con los pacientes, intentos suicidas, uso de drogas y alcohol.

26TL

VIGILANCIA DE LA SUSCEPTIBILIDAD/RESISTENCIA DEL *Aedes aegypti* AL LARVICIDA TEMEPHOS: UN RETO PRIORITARIO EN HONDURAS PARA EL CONTROL DEL DENGUE.

Dr. Luis Rivera¹, Dr. Jorge Fernández², Dra. Roxana Araujo³, Licdo. Oscar O. Urrutia¹.

¹Unidad de Entomología, Secretaría de Salud. ²Dirección General de Promoción de la salud. ³Programa Nacional de Dengue.

Antecedentes. Honduras, por recomendaciones de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) inició en la década de los 70, el uso de Temephos (insecticida organofosforado) en el control de *A. aegypti* (vector del dengue), disponiéndose de resultados de susceptibilidad a dicho insecticida a partir de los años 80. En 1985 se señala mortalidad del 100% en larvas de III estadio de *A. aegypti* con cepa de Choloma, Cortés, a la dosis recomendada para vigilancia de susceptibilidad por la Organización Mundial de la Salud (OMS), de 0.025 ppm de Temephos (corresponde al doble de la dosis con la respuesta de 99.9% de mortalidad), teniendo en 1986 como DL₅₀ 0.007 y 0.003 ppm y como DL₉₀ 0.016 y 0.008 ppm. La susceptibilidad al Temephos fue evidente en 1988 para las cepas de *A. aegypti* de los departamentos de Cortés, Copán y El Paraíso. En 1991 se observó resistencia en la cepa de Choloma, Cortés, al registrarse 23.5% de mortalidad. **Objetivo.** Establecer registros de susceptibilidad/resistencia del vector *A. aegypti* al Temephos, en la Región Metropolitana de Salud de Tegucigalpa. **Materiales y métodos.** Se realizaron colectas de larvas de los barrios de Villanueva, Mirador de Oriente, La Cataluña, El Pastel y Zonal Belén (Mayoreo), ubicados en diferentes puntos de Tegucigalpa. Los bioensayos fueron conducidos en los laboratorios de la unidad de Entomología y del Dr. L. Rivera, siguiendo los estándares de la OMS, usando la referencia de bioensayos a la aplicación de Temephos granulado al 1%, aplicado a 1 ppm en contenedores para agua de uso doméstico, con saturación disuelto en el agua de 0.03 ppm a 25 grados centígrados. **Resultados.** Las observaciones actuales señalan variación de mortalidad en *A. aegypti* tomando como cepas los barrios de Villanueva, Mirador de Oriente, La Cataluña, El Pastel y Zonal Belén (Mayoreo), desde 75.51% hasta 98% de mortalidad, cuando se exponen las larvas a la dosis diagnóstica de vigilancia de susceptibilidad/resistencia del Temephos de 0.025 ppm. Se levantaron registros de DL₅₀ y DL₉₀ con las cepas de Tegucigalpa, para su seguimiento posterior en cuanto al factor de resistencia. **Conclusiones/recomendaciones.** Después de 10 años de haberse suspendido el uso de Temephos por razones económicas, dado que no se pudo investigar la susceptibilidad/resistencia en el resto del país, se volvió a utilizar el control del vector a partir de 2002, Se recomienda obtener cepas susceptibles locales o internacionales para cuantificar la susceptibilidad/resistencia. El levantamiento de registros de susceptibilidad/resistencia del *A. aegypti* al Temephos es prioritario, al considerarse el control químico como parte del control integrado del vector.

27TL

CARACTERIZACIÓN CLÍNICA Y EPIDEMIOLÓGICA DE LOS CASOS DE LEISHMANIASIS VISCERAL ATENDIDOS EN EL HOSPITAL ESCUELA, TEGUCIGALPA, HONDURAS, 2000-2008.

Dra. Mirza Lara¹, Dr. José Samra², Dr. Marco T. Luque², Dra. Jackeline Alger³.

¹Departamento de Pediatría, Hospital de Especialidades, IHSS, Tegucigalpa. ²Departamento de Pediatría, Hospital Escuela. ³Servicio de Parasitología, Laboratorios Clínicos, Hospital Escuela, Tegucigalpa.

Antecedentes. El estudio de 60 casos de leishmaniasis visceral (LV) atendidos en el Hospital Escuela (HE), Tegucigalpa en el período 1978-1990, demostró que la mayoría eran niños menores de 5 años, principalmente de 1-2 años, sin predominio de sexo y procedentes del sur del país. Observaciones más recientes indican que es necesario protocolizar su abordaje diagnóstico y terapéutico. **Objetivo.** Determinar las características clínicas y epidemiológicas de los casos de LV atendidos en el HE con énfasis en el diagnóstico y tratamiento. **Material y Métodos.** Estudio descriptivo transversal que incluyó los expedientes clínicos de pacientes egresados con diagnóstico de LV durante el período 2000 a abril 2008 (Servicio de Estadística, HE). Se diseñó un instrumento para recolectar la información y una base de datos (EpiInfo 3.4, CDC, GA, EUA). Los resultados se presentan como frecuencias y porcentajes de las variables estudiadas. **Resultados.** Se analizaron 58 (70.7%) expedientes de 82 registrados en el período de estudio. La edad promedio de los casos fue 16.5 meses (rango 1 mes – 76 meses), la mayoría en el grupo de 12 a 23 meses (58.6%), del sexo femenino (58.6%) y procedentes de los departamentos de Francisco Morazán (32.8%), Valle y Choluteca (17.2% c/u), Lempira (12.1%) y El Paraíso (10.3%). Los hallazgos clínicos al ingreso incluyeron esplenomegalia (91.4%), fiebre (89.7%), palidez (81.0%), hepatomegalia (62.1%), distensión abdominal (39.7%) y diarrea (25.9%). El diagnóstico se realizó mediante la identificación de parásitos en frote de médula ósea (81.0%), cultivo (12.0%) y prueba de diagnóstico rápido (PDR, 24.1%). El tratamiento con antimonio de meglumina se administró en diferentes modalidades y el análisis de la dosis administrada (en miligramos de la base o de la sal, o en mililitros) demostró que solamente el 13.8% recibió la dosis recomendada de 20 mg (base)/kg/día. El resto recibió una dosis inferior (53.4%) o mayor (31.0%). Se administró esteroides a 15 pacientes (25.9%); Cuatro (6.9%) fallecieron. **Conclusiones y Recomendaciones.** Existen variaciones importantes en el abordaje diagnóstico y terapéutico de la LV en el HE. Recomendamos: 1) realizar frote y cultivo de médula ósea de todos los casos sospechosos de LV; adicionalmente, se puede realizar inmunodiagnóstico cuando esté disponible; 2) completar tratamiento con sales antimoniales de buena calidad a las dosis de 20 mg (base)/kg/día o 70 mg (sal)/kg/día por 28 días; 3) evaluar la respuesta terapéutica utilizando parámetros clínicos (temperatura, visceromegalia), parasitológicos (frote y cultivo de médula ósea) y hematológicos (hemoglobina, leucocitos, plaquetas), de acuerdo a criterios establecidos; se sugiere que si no hay mejoría clínica al día 7, se debe tomar nueva muestra de médula ósea (frote y cultivo), realizar estudios para identificar alguna patología subyacente e iniciar tratamiento con medicamento alternativo (por ejemplo, anfotericina B); 4) no se deben utilizar esteroides; y 5) si el paciente fallece, se debe solicitar autopsia. Si no se obtiene el consentimiento de los familiares para efectuar la autopsia, se debe obtener consentimiento para realizar un aspirado post-mortem de la médula ósea, bazo y/o hígado, y realizar frotos y cultivos.

28TL

MALARIA Y EMBARAZO EN HONDURAS: INFORME DE UN CASO COMPLICADO PROCEDENTE DE LA MOSQUITIA ATENDIDO EN EL HOSPITAL ESCUELA, TEGUCIGALPA.

Dr. Rubén Fernández¹, Dra. Relina Meléndez², Dra. Nolvía Aguila³, Dr. Mario Castillo⁴, Dr. Carlos Durón⁴, Dra. Jackeline Alger⁵, Dr. Armando Flores⁴, Dr. Armando Berlioz⁴, Dra. Gabriela Mendoza², Dra. Fátima Agüero¹, Dra. Coris Salinas¹.

¹Postgrado de Ginecología y Obstetricia. ²Postgrado de Pediatría, Dirección de docencia e investigación. ³Sala de Ginecología. ⁴Sala de Recién Nacidos. ⁵Servicio de Parasitología, Hospital Escuela, Unidad de Investigación Científica, Facultad de Ciencias Médica, Tegucigalpa.

Antecedentes. El grado de inmunidad adquirida determina la presentación clínica de la malaria en gestantes. En zonas de transmisión inestable, como lo son la mayoría de las áreas endémicas de Honduras, las mujeres en edad fértil adquieren poca inmunidad y la malaria durante cualquier embarazo causa una enfermedad sintomática aguda. A continuación, presentamos el caso clínico de una gestante con malaria mixta por *Plasmodium falciparum* y *P. vivax*, procedente de Wampusirpi, Gracias a Dios. **Descripción del caso clínico.** Primigesta, 18 años de edad, embarazo de 38 semanas, ingresó al Hospital Escuela el 21 de mayo de 2008 con historia de fiebre de 3 días de evolución, acompañada de sudoración, escalofríos y malestar general. Además refirió tos productiva con esputo amarillento y vómitos. Negó sangrado transvaginal y actividad uterina. Al examen físico se encontró febril, con deshidratación leve, presión arterial: 90/60 mm Hg, frecuencia respiratoria: 20 por minuto y temperatura: 39°C; frecuencia cardíaca fetal: 136 por minuto. Fue ingresada con diagnóstico de malaria por *Plasmodium falciparum* con una densidad parasitaria de 125 estadios asexuales sanguíneos (EAS)/103 leucocitos y la observación de formas maduras circulando (Día 0). En el Día 1 se identificaron estadios maduros de *P. vivax*. En vista de persistir febril después de tres dosis de cloroquina

v.o. (Día 2) y sin cambios en la densidad parasitaria, se administró quinina parenteral (dosis de carga: 20 mg/Kg i.v./500 mL dextrosa 5% administrada en 4 horas, seguida por dosis de mantenimiento: 10 mg/Kg i.v./125 mL dextrosa 5% en 3 horas cada 8 horas) más clindamicina (20 mg/kg/d en 3 dosis). Después de dos dosis de mantenimiento, se suspendió la quinina y se reinició la cloroquina (Día 3) debido a la presencia de taquicardia y persistencia de parásitos. El parto se desarrolló en el Día 4 (mayo 25), a las 19:55 horas: recién nacida, 3,281 gramos de peso, sin complicaciones. Impronta de la placenta informó *P. falciparum* 129 EAS + 2 gametocitos/52 leucocitos y una muestra de sangre de cordón informó 13 gametocitos/100 campos (38 leucocitos con pigmento fagocitado). No se observaron parásitos en 300 campos de gota gruesa de sangre periférica del recién nacido (1 día). La paciente y el recién nacido fueron egresados tres días después (Día 7, mayo 28) con examen control materno que informó 6 gametocitos/505 leucocitos (leucocitos con pigmento fagocitado) y control en la Consulta Externa. El análisis biológico molecular por técnica PCR demostró *P. falciparum* genotipo K1 en muestras de la madre (infección policlonal) y de sangre de cordón, fragmentos entre 150 y 250 pares de bases. **Conclusiones y recomendaciones.** Se informa de un caso de malaria mixta complicada en una primigesta, con respuesta terapéutica adecuada al tratamiento alternativo a la cloroquina (quinina y clindamicina). Las complicaciones incluyeron deshidratación leve, hipotensión, hiperparasitemia y anemia leve que evolucionó a severa. No hubo transmisión congénita de la malaria. Es necesario contar con lineamientos terapéuticos para el tratamiento de casos complicados y graves (antimaláricos parenterales) y medicamentos alternativos en caso de falla terapéutica de la cloroquina. *Estudio financiado parcialmente por Proyecto Fortalecimiento de la Respuesta Nacional para la Protección y Promoción de la Salud en Malaria, Tuberculosis y SIDA, Fondo Mundial Honduras; Programa Nacional de Prevención y Control de la Malaria, Secretaría de Salud; US Army Center for Health Promotion, San Antonio, Texas, Estados Unidos de América.*



Bienaventurado el hombre que halla la sabiduría, y que obtiene la inteligencia; porque su ganancia es mejor que la ganancia de la plata, y sus frutos más que el oro fino. Más preciosa es que las piedras preciosas; y todo lo puedes desear, no se puede comparar a ella.

Proverbios 3:13-15