



Órgano oficial de difusión
y comunicación científica
del Colegio Médico de Honduras

Revista **MEDICA** Hondureña

ISSN 0375-1112

Vol. 77, (Suplemento No. 1)
2009 pp. S1-52

Colegio Médico de Honduras
Centro Nacional de Educación Médica Continua
Congreso Médico Nacional
"Promoviendo Modelos de Municipios Saludables"

LII Congreso Médico Nacional
"Dr. Nahim Odeh Nasralla"
Siguatepeque, Comayagua
27 - 30 de octubre 2009

Versiones electrónicas en: <http://www.colegiomedico.hn/> y <http://www.bvs.hn/>
Indizada en: LILACS-BIREME, LATINDEX, Biological Abstracts, SciMed, Index Medicus Latinoamericano



Revista MEDICA Hondureña

ISSN 0375-1112

Órgano oficial de difusión y comunicación científica del Colegio Médico de Honduras
Fundada en 1930

Vol. 77, (Suplemento No. 1)
2009 pp. S1-52

Colegio Médico de Honduras
Centro Comercial Centro América, Blvd. Miraflores, Tegucigalpa, Honduras
Tel. 232-6763, 231-0518, Fax 232-6573
www.colegiomedico.hn
revistamedicahon@yahoo.es

La Revista Médica Hondureña (RMH) es el órgano oficial de difusión y comunicación científica del Colegio Médico de Honduras. Fomenta y apoya la investigación científica y la educación médica continua, especialmente del gremio médico nacional. Su publicación es trimestral, se apega a los requisitos mínimos internacionales de publicaciones científicas biomédicas y se somete al arbitraje por pares. La RMH está indizada en LILACS-BIREME, LATINDEX, Biological abstracts, SciMed, Index Medicus Latinoamericano y otras bases de datos bibliográficas biomédicas con el título en español abreviado Rev Med Hondur. Está en versión electrónica en la página del Colegio Médico de Honduras www.colegiomedico.hn y en la Biblioteca Virtual en Salud www.bvs.hn, donde el acceso es gratuito y se puede consultar todo el contenido en texto completo desde el año 1930. Los manuscritos aceptados para publicación no deberán haber sido publicados previamente parcial o totalmente y para ser publicados es necesaria la autorización de la RMH.

CONSEJO EDITORIAL 2009-2010

DIRECCIÓN GENERAL

Dra. Reyna M. Durón

SECRETARÍA

Dra. Nelly Sandoval

Dra. Yeny Chavarría

CUERPO DE REDACCIÓN

Dra. Edna Maradiaga

Dr. Francisco Ayes

Dr. Gustavo Avila

Dr. Luis Ortiz

Dra. Silvana Varela

EDITORES ASOCIADOS

Dra. Cecilia Varela

Dr. Carlos Javier

Dr. Iván Espinoza Salvadó

Dr. José R. Lizardo

Dra. Jackeline Alger

Dra. Martha Cecilia García

Dr. Nicolás Sabillón

Dra. Odessa Henríquez

COMITÉ ASESOR INTERNACIONAL

Dra. Julia Bailey

Department of Epidemiology, University of California in Los Angeles

Herbert Stegemann

Hospital Vargas de Caracas, Venezuela

Salvador Moncada

University College of London, Inglaterra

Revista Médica Hondureña (ISSN 0375-1112 versión impresa)
(ISSN 1995-7068 versión electrónica) es publicación trimestral.
Impresa por Litografía López S. de R.L., Tegucigalpa, Honduras.

©2009 Todos los derechos reservados. A excepción de propósitos de investigación o estudio privado, crítica o revisión, los contenidos no pueden ser reproducidos por ningún medio impreso ni electrónico sin permiso de la Revista Médica Hondureña.

La Dirección de la Revista Médica Hondureña hace los máximos esfuerzos para garantizar la seriedad científica del contenido, la Revista, el Colegio Médico de Honduras y la casa editorial no se responsabilizan por errores o consecuencias relacionadas con el uso de la información contenida en esta revista. Las opiniones expresadas en los artículos publicados son responsabilidad de los autores y no necesariamente reflejan los criterios de la Revista o del Colegio Médico de Honduras. Ninguna publicidad comercial publicada conlleva una recomendación o aprobación por parte de la Revista o del Colegio Médico de Honduras.

PROGRAMA CIENTÍFICO Y RESUMENES

LII CONGRESO MÉDICO NACIONAL

Dr. Nahim Odeh Nasralla
“PROMOVIENDO MODELOS
DE MUNICIPIOS SALUDABLES”

Centro Turístico Granja D’elia y Restaurante Don Tiki

Siguatepeque, Honduras
27 al 30 de Octubre, 2009

CONTENIDO

ORGANIZACIÓN DEL CONGRESO

- Junta Directiva del Colegio Médico de Honduras S5
- Comité Organizador del LII Congreso Médico Nacional S6

BIENVENIDA

- Palabras de Bienvenida del Presidente de CENEMEC..... S7
- Palabras de Bienvenida del Presidente del Comité Organizador..... S8

RESEÑA BIOGRAFICA DEL DR. NAHIM ODEH NASRALLA S9

PROGRAMA DEL CONGRESO

CURSOS PRECONGRESO

- Curso sobre Escritura y Publicación de Artículos Biomédicos S10
- Curso de Ética, Bioética y Práctica MédicaS11
- Alianza Hondureña Antitabaco, Encendamos Conciencias, Sembremos Futuros...S11

PROGRAMA CIENTÍFICO DEL CONGRESO S12

PROGRAMA SOCIO CULTURAL S19

- Programa ceremonia inaugural S19
- Programa de ceremonia de clausura S19

RESUMENES

- Conferencias S20
- Trabajos Libres presentación Oral S32
- Trabajos Libres presentación Poster..... S44

INFORMACIÓN PARA EL CONGRESO MÉDICO NACIONAL

- Información General y Comité Organizador del LIII Congreso Médico Nacional, 2010 S49
- Instrucciones para la preparación de resúmenes..... S50
- Lineamientos para la preparación del Suplemento de la Revista para congresos médicos nacionales S51

PATROCINADORES

Lista de Patrocinadores y Colaboradores del LII Congreso Médico Nacional. S52

JUNTA DIRECTIVA COLEGIO MÉDICO DE HONDURAS



Presidente por Ley:

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. Feizal Joaquín Selman-Housen

Dra. Karla Patricia Díaz Portillo

Dr. Guillermo Villatoro

Dr. Said Mejía Lemus

Dr. Darío Benjamín Zúniga

Dr. Rosa Pamela Coello Licón

Dr. Arnoldo Zelaya Rodríguez

Dr. Alexis Javier Reyes Amaya

COMITÉ ORGANIZADOR DEL LII CONGRESO MEDICO NACIONAL



Presidente:	Dr. Enrique Martínez Reina
Vice-Presidente:	Dra. Thelma Carías Dávila
Secretaría:	Dra. Reyna Margarita Hernández
Tesorero:	Dr. Manuel Aguilar Cruz
Fiscal:	Dr. Edgardo Cárcamo
Vocales:	Dr. Edgardo Portillo, Dra. Dina Toledo

Comité Científico: Dr. Darío Varela Lupiac (Coordinador), Dra. Dina Carías Escoto, Dr. Edgardo Cárcamo, Dr. Enrique Martínez Reina, Dr. Jairo Caballero.

Comité de Logística: Dr. Edgardo Portillo, (Coordinador) Thelma Carías
Comité de Protocolo: Dr. David Madrid, (Coordinador) Dra. Patricia Mejía, Dra. Abigail Baquedano, Dra. Ana Lidia Messen.
Comité de Finanzas: Dr. Manuel Aguilar Cruz, (Coordinador) Dr. Carlos Muñoz, Dra. Gladys Lezama de Lara.
Comité Social y Cultural: Dr. Dra. Dina Toledo, (Coordinador) Dr. Nelson Zavala
Comité de Publicidad: Dr. Enrique Martínez Reina (Coordinador) Dr. José Antonio Baires, Dr. David Velásquez

MENSAJE DE BIENVENIDA DEL PRESIDENTE DE CENEMEC

AL GREMIO MÉDICO

Estamos celebrando el **LII CONGRESO MEDICO NACIONAL** y personalmente es para mí la Fiesta Científica Anual más importante que celebramos los médicos hondureños.

En esta ocasión estrenamos la sede de este magno evento en la ciudad de Siguatepeque, en el centro de nuestro país, sitio propicio para recordar que es allí donde se encuentra uno de los Hospitales insignes en la atención de la población de esa región, el Hospital Evangélico que durante sesenta años ha satisfecho las necesidades en materia de salud.

Es para la Junta Directiva y el Centro Nacional de Educación Médica Continua del Colegio Médico de Honduras un honor poder celebrar una edición más del Congreso Médico Nacional, dadas las circunstancias políticas-sociales en que se debate nuestra Honduras.

En esta ocasión el tema de Congreso no puede ser más certero, **“Promoviendo Modelos de Municipios Saludables”**, se convierte en un anhelo y uno de los principales objetivos que nuestro gremio tiene en aras de una función social permanente por parte del Colegio Médico de Honduras para la reducción de enfermedades prevenibles como para el fortalecimiento de programas educativos en Salud en materia de VIH/SIDA, Salud Reproductiva, Enfermedades Inmunoprevenibles entre otras.

El Congreso Médico Nacional es la oportunidad anual de actualización en las diferentes disciplinas que componen nuestra honrosa carrera de medicina.

No es necesario recordar que los doctores y doctoras nos debemos a una formación continua en el fortalecimiento de los conocimientos adquiridos y en el perfeccionamiento de las destrezas, así como la obligación de estar a la vanguardia en el saber médico y científico no solo para enaltecer la profesión más digna y social sino la más cercana a la imagen del creador en el fin primordial de preservar la vida aun antes de nacer.

Es así entonces, que les damos la más cordial bienvenida a nuestra Fiesta Científica del **LII Congreso Médico Nacional “Promoviendo Modelos de Municipios Saludables”**.

¡SALUD COMPAÑEROS!
Por la Junta Directiva del “Colegio Médico de Honduras”

DR. DARIO B. ZUNIGA

Secretario de Asuntos Educativos y Culturales

MENSAJE DE BIENVENIDA DEL PRESIDENTE DEL COMITÉ ORGANIZADOR



Es un verdadero motivo de satisfacción el poder enviar un caluroso saludo desde esta progresista ciudad de los pinares y alcitrone. Nos toca la honra de constituirnos en la “Capital Médica de Honduras” durante la realización del principal evento médico del país, el LII Congreso Médico Nacional “Nahim Odeh Nasralla”, a realizarse del 27 al 30 de Octubre del 2009.

Hemos seleccionado como tema de nuestro congreso “**Promoviendo Modelos de Municipios Saludables**” porque históricamente Siguatepeque ha sido una localidad saludable por su entorno natural y porque en ella también se han desarrollado diferentes modelos de salud: inicialmente de tipo asistencial tal como su institución hospitalaria insignia, el Hospital Evangélico que arribará a su 60 aniversario el presente año, así como la presencia de reconocidos centros médicos y policlínicas. Actualmente sus autoridades y sociedad civil realizan esfuerzos para la fundación de un hospital público de área.

Se puede mencionar otra institución distinguida: la Escuela Nacional de Ciencias Forestales, la cual ha hecho aportes significativos en la salud ambiental. Además diferentes organizaciones no gubernamentales e iglesias que trabajan en temas vitales como: supervivencia infantil, promoción de la salud, la lucha contra el VIH-Sida, el tabaquismo y otros.

Cabe mencionar los esfuerzos de cooperativas que han contribuido al mejoramiento de las condiciones de las personas involucradas en la producción agrícola y artesanal, lo que finalmente repercute en un mejoramiento de la condición general de salud. Los desafíos por mejorar la salud de nuestra comunidad y del país en general todavía son de gran envergadura, por eso consideramos necesario redoblar esfuerzos para crear modelos de municipios saludables que puedan reproducirse a través de todo el país.

Finalmente, unas palabras con respecto a nuestro ilustre homenajeado Dr. Nahim Odeh Nasralla, fruto de nuestra escuela de medicina y parte de la diáspora hondureña, con trayectoria distinguida en el exterior, pero a vez comprometido con su país prestando sus servicios en el área quirúrgica durante muchos años en esta ciudad.

Esperamos que los diferentes módulos de educación médica satisfagan las expectativas de los Colegas, y confiamos que la producción de trabajos científicos nacionales sea acrecentada en cantidad y calidad.

¡Bienvenidos a Siguatepeque!

Dr. Enrique Martínez Reina

RESEÑA BIOGRAFICA



Doctor Nahim H. Nasralla
UN DISTINGUIDO CIRUJANO COMPROMETIDO
CON LA COMUNIDAD

Nació en Trujillo, Colón el 2 de noviembre de 1926, Hijo de Salvador Odeh Nasralla y Florinda Cumsiye, quienes llegaron como inmigrantes de Palestina en 1914 a Trujillo, donde se dedicaron a los negocios. Su hermano mayor Manuel Odeh Nasralla fue reconocido banquero y ciudadano ejemplar, quien durante varios años fungió como Vicepresidente del Banco Atlántida.

Sus estudios secundarios los realizó en el instituto Manuel Bonilla de la Ceiba donde se graduó con honores. Se formó en la Escuela de Medicina de Tegucigalpa en la entonces Universidad Nacional, donde se destacó y obtuvo su título como médico hondureño.

Se trasladó a Estados Unidos en 1953, donde realizó estudios en la especialidad de Cirugía General en el Presbyterian Hospital de Chicago (Universidad de Chicago) finalizando su entrenamiento en 1958. Durante su estadía inicial en Estados Unidos contrajo matrimonio con Maridee Knipmeyer quien también era médica con especialización en Pediatría. Con su esposa procrearon cuatro hijos: Steven, Craig, Bryan y David. En 1958 se trasladaron a Honduras y laboró en el Hospital Vicente D'antoni de la Ceiba. Allí se desempeñó como jefe de Cirugía, Asistente del Director Médico del Hospital y Director Médico de la Standard Fruit Company para Honduras. Durante ese periodo reorganizó el Servicio de Cirugía e inició el primer programa de internado médico.

Regresó a Estados Unidos donde fijó su residencia y trabajó como cirujano del Christ Hospital de Oak Lawn (Illinois) donde llegó a ser jefe del Servicio de Cirugía hasta su retiro en 1991. Además fue Profesor Asistente de Cirugía en el Rush Medical Collage de Chicago. Su inquietud intelectual científica lo llevó a desarrollar técnicas quirúrgicas innovadoras como por ejemplo la conocida como "Plicación

Antimesenterica del Intestino" utilizada para el tratamiento de la obstrucción intestinal recurrente.

Durante sus años de intensa actividad profesional en Estados Unidos siempre dedicó tiempo para servir en Honduras y específicamente en el Hospital Evangélico de Siguatepeque, donde en sus visitas periódicas realizó múltiples cirugías de variada complejidad. En 1992 trabajó varios meses en un hospital cristiano de Bangladesh.

Desde 1992 se dedicó de lleno a colaborar voluntariamente con el Hospital Evangélico de Siguatepeque, realizando innumerables cirugías y colaborando en su equipamiento y en el proceso de especialización del mismo. En 1998 inició y organizó la unidad de cirugía laparoscópica convirtiendo el Hospital Evangélico en uno de los primeros centros a nivel nacional en realizar dicho procedimiento. Además fue nombrado miembro de la Asociación Hospitalaria Evangélica, la asociación sin fines de lucro que administra el Hospital y sus programas.

Es miembro de la Asociación Americana de Cirugía, del Colegio Médico de Honduras y la Asociación Médica Cristiana. Ha publicado diversos trabajos científicos y ha sido expositor en congresos médicos a nivel nacional e internacional. En el año 2005 fue propuesto candidato a la Subdelegación Siguatepeque del Colegio Médico de Honduras para la selección del Médico del Año.

Este ilustre médico cirujano se ha distinguido como un cristiano comprometido y es miembro de la Iglesia Sala Evangélica y directivo de varias organizaciones Cristianas de amplia proyección tales como: Ministerios de Mayordomía Cristiana y la Unión Bíblica de Honduras. Su deseo de servir a Honduras y específicamente a la comunidad de Siguatepeque ha sido patente a través de diferentes obras que se han llevado a cabo en forma discreta pero no menos efectivas.

PROGRAMA DEL CONGRESO

Nomenclatura a Utilizar

- C Conferencia
- TL Trabajo Libre

FECHA: 27-30 de Octubre ESQUEMA GENERAL DEL CONGRESO

DIA	HORA	SALON IDEA VERDE, GRANJA D'ELIA	SALON BOTICELLI, GRANJA D'ELIA	SALON DEL RESTAURANTE DON TIKI
Martes 27	AM/PM	Curso Precongreso: Escritura y Publicación de Artículos Biomédicos	Curso Precongreso: Alianza Hondureña Antitabaco. Encedamos Conciencias, Sembremos Futuros	Curso Precongreso: Etica
Miércoles 28	AM	Bloque Quirúrgico	Bloque Gineco-Obstetricia	Bloque Salud Pública
	PM	Bloque Oncología. Un enfoque en la prevención		
Jueves 29	AM	Bloque Pediatría	Bloque Medicina Interna	Bloque Gastroenterología. Consenso en <i>H. Pylori</i>
	PM			Bloque Radiología e Imágenes
Viernes 30	AM	Bloque Cardiología	Bloque Infectología. Foro Influenza A H1N1	Bloque Misceláneo
	PM	Bloque Neuropsiquiatría		

1. CURSOS PRECONGRESO

FECHA: Martes 27 de Octubre, 2009

ESCRITURA Y PUBLICACIÓN DE ARTÍCULOS BIOMÉDICOS			Salón Idea Verde, Granja D'elia
Hora	Clave	Tema	Expositor: Consejo Editorial Revista Médica Hondureña
08:00		Inscripción	
08:30	1C	Revista Medica Hondureña	Dr. Nicolás Sabillón
09:00	2C	Título – Resumen – Autoría	Dr. Nicolás Sabillón
9:20	3C	Revisión por Pares	Dra. Nelly Sandoval
10:00	4C	Ética en la Publicación	Dra. Reyna Durón
10:15		RECESO	
10:40	5C	Material y Métodos	Dr. Gustavo Ávila
11:00	6C	Introducción	Dra. Nelly Sandoval
11:20	7C	Resultados	Dr. Gustavo Ávila
11:40	8C	Discusión	Dr. Roberto Esquivel
12:10	9C	Bibliografía y Palabras clave	Dra. Cecilia García
12:40	10C	Normas de publicación	Dra. Reyna Durón
13:00		Preguntas	

FECHA: Martes 27 de Octubre, 2009

ETICA		Salón Restaurante Don Tiki	
Hora	Clave	Tema	Expositor
08:00		Inscripción	
08:30		Palabras de Bienvenida	Dr. Darío Zuniga
08:35		Palabras Alusivas	Representante de OPS/OMS
08:45		Palabras de Inauguración	Comité Organizador
08:55		Moderación	
09:00		Municipios Saludables como una Estrategia de Salud	Dr. Roberto Mancini
09:30		Aspectos Éticos en la Legislación Nacional de Salud	Dr. Jorge Fernández
10:00		Normativas Internacionales en Ética de la Investigación	Dr. Roberto Mancini
10:30	RECESO		
10:50		Aspectos Éticos en el Abordaje de la Epidemia por Influenza AH1N1	Dra. Carolina Fortín
11:20			Dr. Ángel Cruz Banegas
11:50	Preguntas		
12:00	RECESO		
13:00		Estructura y financiamiento de Comités de Ética	Dr. Roberto Mancini
13:30		Papel del Médico en la Responsabilidad del cuidado ambiental	Dr. Juan Almdares Bonilla
14:00		Aspectos Éticos de la Salud Mental	Dr. Mario Aguilar
14:30	Preguntas		

FECHA: Martes 27 de octubre 2009

ALIANZA HONDUREÑA ANTITABACO ENCENDAMOS CONCIENCIAS, SEMBREMOS FUTUROS		Salón Boticelli, Granja D'elia	
Hora	Clave	Tema	Expositor
07:00-08:00		Inscripción	
08:00-08:05		Bienvenida	
08:05-08:25		Enfermedades pulmonares y tabaco	Dra. Suyapa Sosa
08:25-08:45		Riesgo cardiopulmonar y tabaco	Dra. Beverly Licon
08:45-09:05		Tabaco y embarazo	Dra. Jessica Zelaya
09:05-09:25		Influencias mediáticas del tabaquismo	Lic. Miguel Aguilar
09:25-09:45		Tabaco y muerte	Dra. Flora Duarte
09:45-10:00	Preguntas		
10:00-10:15	RECESO		
10:15-10:30		Interferencia de la industria del tabaco	Lic. Ramón Betancourt
10:30-10:50		Legislación para el control del tabaco	Dr. Genaro Aguilar
10:50-11:10		Papel de la Alianza Hondureña Antitabaco	Dra. Flora Duarte
11:10 - 11:55		Papel del médico en la lucha antitabaco (Taller)	Dr. Genaro Aguilar
11:55 - 12:00		Conclusiones y recomendaciones	Dra. Flora Duarte

2. PROGRAMA CIENTÍFICO.

FECHA: 28-30 de Octubre

HORA: 08:00 a 14:00

MIÉRCOLES 28 DE OCTUBRE

Bloque Quirúrgico			Salón Idea Verde, Granja D'elía
Hora	Clave	Tema	Expositor
08:00	11C	Hamartoma Lipomatoso del nervio radial	Dr. Fredy Portillo
08:30	1TL	Reemplazo total de cadera	Dr. Noé Flores
09:00		Actualización sobre acalasia	Dr. Edgardo Cárcamo
09:30		Patología mamaria y su abordaje quirúrgico	Dr. Michael Lawrence (Estados Unidos)
10:00		Actualización en pancreatitis aguda	Dr. Juan Carlos Mendoza
10:30		Cirugía ambulatoria en Honduras	Dr. César González
11:00		Experiencia en cirugía de hipófisis	Dr. Osly Vásquez
11:30		Obstrucción intestinal	Dr. Michael Lawrence (Estados Unidos)
12:00	Preguntas		
RECESO			

Bloque Oncología "Un enfoque en la prevención"			Salón Idea Verde, Granja D'elía
Hora	Clave	Tema	Expositor Centro de Cáncer Emma Romero de Callejas
12:30		Cáncer de cérvix	Dra. Jesica Zelaya
13:00		Cáncer de estómago	Dr. Edgard Aguilera
13:30		Cáncer de próstata	Dr. Mario Sánchez
14:00		Cáncer de mama	Dra. Flora Duarte
14:30	Preguntas		

Bloque Gineco-Obstetricia			Salón Boticelli, Granja D'elia
Hora	Clave	Tema	Expositor
08:00		Terapia de reemplazo hormonal. ¿Cuál, Cómo, Cuándo y a Quién?	Dr. René Carlos Portillo
08:30	4TL	Nivel de satisfacción de pacientes operadas por incontinencia urinaria con técnica de Colocación retropública de Sling Vaginal sin	Dr. David Velázquez
08:50		Inmunoprevención del cáncer cervico-uterino	Dr. José Manuel Claros
09:20		Endocrinología de la menopausia	Dra. Karen Fúnez
09:50	13C	Técnicas de corrección de la incontinencia urinaria de esfuerzo	Dr. Kristian Navarro
10:20		Infertilidad	Dr. Sidney Solís Pineda
10:50	2TL	Factores de riesgo asociados al embarazo en la adolescencia en Honduras	Dr. Gustavo Avila Montes
11:10		Preguntas	
11:30		RECESO	
11:50	3TL	Episiotomía y su relación con laceraciones grado III y IV	Dr. César Castro
12:20	14C	Diabetes gestacional	Dr. Pablo Martínez
12:50		Cuidados preconceptionales y prenatales	Dr. Juan Carlos Fúnez
13:20	15C	Actualización en preeclampsia	Dr. Pablo Martínez
13:50		Preguntas	
14:00	5TL	Omisión de Bloqueadores neuromusculares en anestesia para timectomía. Reporte de caso	Dra. Xenia Pineda
14:20	6TL	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 Sierra
14:40	7TL	Embarazo en adolescentes en área de influencia de CESAMOS atendidos por médicos en servicio social en Honduras. Noviembre 2004 a noviembre 2005	Dra. Eleonora Espinoza
15:00		Preguntas	

Bloque Salud Pública			Salón Restaurante Don Tiki
Hora	Clave	Tema	Expositor
08:00	16C	Municipios Saludables	Dr. Jorge Fernández
08:30		Experiencia de 25 años en Hospitales de Suiza y Honduras: lecciones aprendidas.	Dr. Rolf Zehnder (Suiza)
09:00	8TL	Experiencia de la Clínica Móvil. Hospital Evangélico.	Dra. Sandra López, Lic. Diana de Muñoz
09:30	17C	Aire Limpio. Una colaboración interdisciplinaria para mejorar la salud de una comunidad	Dr. Javier Sevilla (Estados Unidos)
10:00		Salud Familiar. IHSS	Dr. Engels Sandoval
10:20		Proyección Comunitaria de la Bolsa Samaritana.	Dra. Lul Jananía de Perdomo
10:50	18C	Nuevo Modelo de Salud Familiar. Centro de Salud de Taulabé, Comayagua	Dra. Nieves Vásquez, Dra. Violeta Castañeda
11:20		Preguntas	
11:40		RECESO	

12:00	9TL	Sistemas nacionales de investigación para la salud: Estructura y funcionamiento. Experiencia desde la unidad de investigación científica, Facultad de Ciencias Médicas. UNAH.	Dr. Manuel Sierra
12:20	19C	Tatuaje en adolescentes. "Un enfoque psicodinámico"	Dra. Alicia del Carmen Paz Fonseca
12:50	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. Jorge Fernández
13:10	21C	Atendiendo las necesidades de nuestros seres queridos que viven con VIH/SIDA	Dr. Manuel Aguilar
13:40		Mesa Redonda: Salud y Fe.	Dra. Reyna Durón, Dr. Michael Lawrence, Dr. Enrique Martínez, Dr. Dario Zúniga, Dra. Sandra López
14:10	Preguntas	14:10 Preguntas	

JUEVES 29 DE OCTUBRE

Bloque Pediatría		Salón Idea Verde, Granja D'elía	
Hora	Clave	Tema	Expositor
08:00	20C	Calendario Quirúrgico en el paciente pediátrico	Dr. Alex Milán Gómez
08:30	12C	Cirugía ortopédica en pacientes hemipléjicos	Dr. Bonifacio Avilés.
09:00	11TL	Infección por <i>E. coli</i> en sala de neonatología del Hospital Juan Manuel Gálvez, Gracias, Lempira	Dra. Doris Guillén
09:20	23C	Sepsis neonatal temprana y sus complicaciones agudas	Dra. Ileana Eguigurens
09:50	25C	Detección precoz de toxoplasmosis congénita	Dra. Maribel Rivera
10:20		Manejo de los líquidos en el recién nacido	Dra. Ileana Eguigurens
10:50		Estado Epiléptico en Pediatría	Dr. Douglas Varela
11:20	30TL	Malaria y Embarazo en Honduras: Informe de un caso complicado procedente de la Mosquitia atendido en el Hospital Escuela, Tegucigalpa	Dr. Mario Castillo
11:40	Preguntas		
12:00	RECESO		
12:10		Detección temprana del cáncer infantil	Dra. Ligia Fu
12:40		Abordaje del niño con anemia	Dra. Ligia Fu
13:10		Tratamiento de la crisis asmática en pediatría	Dra. Jessica Banegas
13:40		Guías GINA para el manejo del asma Bronquial	Dra. Jessica Banegas
14:10	24C	Trastorno por déficit de atención e hiperactividad: mitos y realidades	Dra. Alejandra Munguía
14:40	Preguntas		

Bloque Medicina Interna			Salón Boticelli, Granja D'elía
Hora	Clave	Tema	Expositor
08:00		Enfermedad vascular periférica	Dr. Iván Yuja
08:30		Interpretación de estudios nefrológicos	Dr. Ovidio Calderón
09:00	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 R. Solórzano
09:20		Hipertensión arterial de difícil control: evaluación, Diagnóstico y tratamiento	Dr. Manuel Rocha
09:50	26C	Glaucoma	Dra. Mayra Ochoa
12:20	22C	Corrección de la miopía, hipermetropía, astigmatismo y presbipia con el uso del Exsimer Láser Ocular en Honduras	Dr. Carlos González
10:50	22TL	Malaria por <i>Plasmodium falciparum</i> : caso clínico complicado y recurrente con buena respuesta terapéutica atendido en el Hospital Escuela	Dra. Cristy Sierra
11:10	Preguntas		
11:30	RECESO		
11:50		Dermatitis de contacto	Dr. Jorge Molina, Dra. Patricia Mejía
12:20	13TL	Condiloma Gigante. Presentación de un caso y revisión de la literatura	Br. René Aguilar
12:40	14TL	Gangrena de Fournier. Análisis descriptivo de diez casos manejados en el Hospital Mario Catarino Rivas en el período 2007-2008	Dr. Edin Quijada
13:00	18TL	Trauma abdominal cerrado en el Hospital Mario Catarino Rivas, Primer semestre del 2008.	Br. René Aguilar
13:20	16TL	Experiencia en el manejo de reconstrucción uretral en Honduras	Dr. Edin Quijada
13:40	Preguntas		

Bloque Gastroenterología Consenso en <i>Helicobacter Pylori</i>			Salón del Restaurante Don Tiki
Hora	Clave	Tema	Expositor
08:00		<i>H. pylori</i> en Honduras. Datos disponibles y necesidad de estudios epidemiológicos nacionales.	Dr. Juan Carlos Zapata
08:20		<i>H. pylori</i> como nuevo paradigma de la enfermedad ácido péptica. Factores de riesgo.	Dr. Enrique Martínez
08:40		Descripción de la bacteria, cepas y virulencia	Dr. Edgar Aguilera
09:00		Historia natural de la enfermedad	Dra. Claudia Altamirano
09:20		Métodos diagnósticos disponibles. Uso basado en la evidencia	Dr. Douglas Morgan (Estados Unidos)
09:40		Esquemas terapéuticos actuales. Resistencia bacteriana y alternativa	Dr. Jorge Suazo
10:00		Métodos diagnósticos disponibles. Uso basado en la evidencia (II)	Dr. Douglas Morgan (Estados Unidos)
10:30	Preguntas		
11:00	RECESO		

Bloque Radiología e Imágenes			Salón del Restaurante Don Tiki
11:20		Utilidad del Ultrasonido en la patología del Manguito Rotador	Dr. Carlos Muñoz
11:50	27C	Utilidad clínica de la Coronario-Tomografía	Dr. Carlos Paz Haslam
12:20		Clasificación de BIRADS en enfermedad mamaria	Dra. Ana Castro
12:50		Utilidad y efectos de los medios de contraste en radiología	Dra. Glenda Ortiz
13:20	17TL	Biopsia aspirativa con aguja fina (BAAF) de glándula tiroides guiada por ultrasonido	Dra. Valeria Dal Zotto
13:40	15TL	Ozonoterapia Espinal. Experiencia en San Pedro Sula	Dr. Pedro A. Reyes
14:00	20TL	Informe de un caso de malaria falciparum complicada con antecedente de residir en Ghana, África, país con resistencia a cloroquina	Dr. Juan Carlos Zapata
14:20	21TL	Efectos de dos agentes inductores de la anestesia sobre el bloqueo neuromuscular producido por Besilato de Atracurio	Dra. Sandra Margarita Pinel
14:40	Preguntas		

VIERNES 30 DE OCTUBRE

Bloque Cardiología			Salón Idea Verde, Granja D'elia
Hora	Clave	Tema	Expositor
08:00	28C	La cardiopatía coronaria: una visión global de una enfermedad prevalente	Dr. Dario Varela Lupiac
08:30	29C	Métodos diagnósticos y manejo actual de la angina crónica	Dr. Nery Linares
09:00		Infarto agudo del miocardio de supradesnivel.	Dr. Haroldo López
09:30		Dispositivos en cardiología.	Dr. Carlos Almendares
10:00		Síndrome de heterotaxia. Reporte de un caso	Dra. Olga Zavala, Dr. Hector Antúnez, Dr. Carlos Godoy
10:20	Preguntas		
10:40	RECESO		

Bloque Neuropsiquiatría			Salón Idea Verde, Granja D'elia
Hora	Clave	Tema	Expositor
11:00		Aspectos prácticos en el diagnóstico y manejo de enfermedad cerebrovascular	Dr. Marco T. Medina
11:30		Imagen en enfermedad vascular cerebral	Dra. Jeaneth Bu Figueroa
12:00		Envejecimiento cerebral saludable	Dra. Heike Hesse, Lic. Ellen Navarro
12:30	30C	Neurobiología y tratamiento de la ansiedad	Dr. Américo Reyes
13:00	31C	Aspectos psicofarmacológicos en el entorno médico	Dr. César Díaz
13:30	32C	Calidad de vida y trastornos mentales: desafío para la investigación y para la práctica clínica	Dra. Teresa Isabel Reyes
14:00	25TL	Prevalencia de estrés, depresión y ansiedad en enfermeras auxiliares del IHSS de Tegucigalpa.	Dra. Edna Maradiaga
14:20	23TL	Abordaje del suicidio en los medios de comunicación escritos en Honduras	Dra. Teresa Isabel Reyes
14:40	Preguntas		

Bloque Infectología Foro sobre Influenza A H1N1			Salón Boticelli, Granja D'elía
Hora	Clave	Tema	Expositor
08:00		Casos clínicos	Dra. Elsa Palou, Dr. Tito Alvarado, Dra. Maribel Rivera
08:40	37C	Introducción: generalidades de la influenza	Dr. Tito Alvarado
09:00		Sospecha clínica de la influenza A H1N1	Dr. Marco Tulio Luque
09:15		Diagnóstico de laboratorio de Influenza A H1N1	Dr. Carlos Javier
09:30		Manejo del paciente con Influenza A H1N1	Dr. Denis Padgett
09:45		Manejo ambulatorio del paciente con Influenza A H1N1	Dr. Denis Padgett
10:00	Preguntas		
10:20	RECESO		
10:40	33C	Actualización de tuberculosis y VIH en adultos	Dra. Elsa Palou
11:20	34C	Actualización en tuberculosis en niños	Dra. Maribel Rivera
12:00	60C	Actualización VIH en pediatría	Dra. Elham Mandegari
12:40	Preguntas		

Bloque Misceláneo			Salón del Restaurante Don Tiki
Hora	Clave	Tema	Expositor
08:00		Situación de la tuberculosis en Honduras	Dra. Cecilia Varela
08:30		Manejo del paciente con enfermedad pulmonar obstructiva crónica	Dra. Suyapa Sosa
09:00		Neumonías adquiridas en la comunidad	Dr. Carlos Alvarado
09:30		Usos de insulinas	Dr. César Ponce
10:00		Preparándonos para el futuro: salud mental de la mujer	Dra. Sara Murillo
10:30	27TL	Caracterización clínica y epidemiológica de la leishmaniasis visceral en el Hospital Escuela, 2000-2008	Dra. Mirza Lara
10:50	26TL	Vigilancia de la susceptibilidad y resistencia del <i>Aedes Aegypti</i> al larvicida Temephos: un reto prioritario en Honduras para el control del dengue	Dr. Luis Rivera
11:10	24TL	Mucocele frontal recurrente: presentación de un caso clínico	Dr. Benjamin Cano Paca
11:30	Preguntas		
11:50	RECESO		
12:10		El láser y el ojo	Dra. Paula Deras
12:40	35C	Importancia de la cirugía en el manejo de la obesidad y la diabetes	Dr. Jorge Luis Deras.
13:10		Manejo médico de la obesidad	Dra. Mayra García de López
13:40	36C	La muerte de las gabachas blancas	Dr. Jorge Luis Deras

Clave	Tema	Expositor
29TL	Evaluación de Impacto del Proyecto "Fortalecimiento Nacional para la Protección y Promoción de la Salud en VIH/Sida, Tuberculosis y Malaria En Honduras", Componente Malaria	Dr. Manuel Sierra, Dr. Rolando Pinel, Dr. Jorge Fernández, Dr. Edgardo Valeriano
30TL	Evaluación de Impacto del Proyecto "Fortalecimiento Nacional para la Protección y Promoción de la Salud en VIH/Sida, Tuberculosis y Malaria en Honduras", Componente Tuberculosis.	Dr. Manuel Sierra, Dr. Rolando Pinel, Dr. Jorge Fernández, Dr. Edgardo Valeriano
31TL	Experiencia Diagnóstica y Terapéutica con Pólipos Colo-rectales en Pacientes Pediátricos	Dr. Enrique Martínez Reina, Dra. Dina Carías Escoto, Dra. Lourdes Patricia Ortiz Flores
32TL	Adenoma de cuello uterino. Presentación de un Caso.	Dra. Valeria Laura Dal Zotto, Dr. César Augusto Castro Ordoñez, Dr. German David Velásquez Castro
33TL	Mielolipoma de la Glándula Suprarrenal	Dra. Valeria Laura Dal Zotto, Dr. Francisco Edgardo Cárcamo Paz
34TL	Granuloma elastolítico anular de células gigantes: Presentación de un Caso.	Dra. Valeria Laura Dal Zotto, Dr. Francisco Edgardo Cárcamo Paz
35TL	Tumor Phyllodes Maligno y Carcinoma Ductal Infiltrante Sincrónicos. Presentación de un Caso.	Dra. Valeria Laura Dal Zotto, Dr. Rommel Napoleón Carrasco Pérez
36TL	Agenesia de Vesícula Biliar Presentación del Primer Caso en Honduras	Dr. Francisco Edgardo Cárcamo Paz
37TL	Ligadura Endoscópica de Várices Esofágicas (Lev). Experiencia de 11 Años en el Hospital Evangélico de Siguatepeque.	Dr. Enrique Martínez Reina, Dra. Carmen Rosario Estrada Núñez
38TL	Experiencia de Ligadura de Hemorroides Internas con Banda Elástica.	Dr. Enrique Martínez Reina, Dr. José Elpidio Sierra Zerón
39TL	Factores Presentes en Pacientes con Diagnóstico de Huevo Anembrionado	Dr. German David Velásquez, Dra. Angélica Acosta
40TL	Angiostrongiliasis abdominal: Aproximación Diagnóstica con Métodos de Imagen y Endoscopia.	Dr. Carlos Muñoz, Dr. Enrique Martínez Reina, Dr. Carlos Paz Haslam, Dr. Edgardo Cárcamo, Dra Valeria Dalzotto
41TL	Prevalencia de la disfunción Eréctil en Pacientes del 18 a 65 Años con Vida Sexual Activa en la Comunidad de Santa María, Danlí, El Paraíso Honduras en el Período de Enero a Marzo de 2009	Dr. Marlon Ulises Estrada Sánchez
42TL	Coriocarcinoma Gestacional Como Causa de Deterioro Neurológico: Reporte de un Caso	Dra. Olga Zavala. Dr. Roberto Zelaya, Dr. Arnold Thompson-Cerna

3. PROGRAMA SOCIOCULTURAL

FECHA Y HORA	LUGAR	ACTIVIDAD
Martes 27 de octubre 19:00	Salón Boticelli Granja D'elia	Coctel de inauguración del LII Congreso Médico Nacional * Traje formal
Miércoles 28 de octubre, 19:00	Salones de Centro Recreativo Los Salmones	Noche típica *Traje casual
Viernes 30 de octubre, 20:00	Salón Boticelli Granja D'elia	Cena de gala con tema árabe * Traje formal

PROGRAMA CEREMONIA INAUGURAL

MARTES 27 DE OCTUBRE, 7:00PM

Lugar: Salón Boticelli de Granja D'elia

Maestro de Ceremonia: Dr. David Madrid

1. Entrada solemne del pabellón nacional y estandarte del Colegio Médico de Honduras.
2. Integración de la mesa principal.
Dr. Feizal Selman: Presidente del Colegio Médico de Honduras.
Prof. Guillermo Martínez Suazo: Alcalde Municipal de Siguatepeque.
Dr. Mario Noé Villafranca: Ministro de Salud Pública
Dr. Enrique Martínez Reina: Presidente del Comité Organizador LII Congreso Médico Nacional.
Dr. Plutarco Castellanos
Dr Nahim Odeh Nasralla. Homenajead.
3. Invocación a Dios.
4. Himno Nacional de Honduras.
5. Palabras de bienvenida: Dr. Enrique Martínez Reina.
6. Reseña biográfica del Dr. Nahim Odeh Nasralla.
7. Entrega de reconocimiento al Dr. Nahim Odeh Nasralla por el Dr. Enrique Martínez Reina y palabras del homenajeado.
8. Palabras alusivas al acto.
9. Palabra de inauguración del LII Congreso Médico Nacional por el Dr. Feizal Selman
10. Coctel de bienvenida en compañía del cuarteto de cuerdas.

PROGRAMA DE CEREMONIA DE CLAUSURA

VIERNES 30 DE OCTUBRE, 7:00 p.m.

Lugar: Salón Boticelli Granja D'elia Maestra de Ceremonias: Dra. Ana Lidia Messen

1. Palabras de despedida por el Dr. Enrique Martínez Reina, Presidente del LII Congreso Médico Nacional.
2. Palabras de clausura de parte del Dr. Feizal Selman, Presidente del Colegio Médico de Honduras.

RESUMENES DE CONFERENCIAS

CURSO PRECONGRESO. ESCRITURA Y PUBLICACION DE ARTICULOS BIOMEDICOS (Consejo Editorial, Revista Médica Hondureña)

1C

La Revista Médica Hondureña

Dr. Nicolás Sabillon. Ex Director de la Revista Médica Hondureña.

En el presente año la Revista Médica Hondureña (RMH) cumplió 79 años de edición ininterrumpida. Fue fundada en mayo de 1930 siendo sus primeros Directores los Drs. Antonio Vidal y Salvador Paredes, a quienes las generaciones de médicos debemos de hacer el esfuerzo por no olvidar ya que fueron los primeros en tener la visión que nuestro Colegio contara con un órgano de divulgación científica. En estos 79 años los distintos consejos editoriales han trabajado arduamente para cumplir la misión y visión de la revista. Es prácticamente imposible en estas líneas poder describir todos los esfuerzos realizados para mantener hoy en día la RMH como una revista de primer nivel. Resalta el hecho que actualmente la RMH esta indizada en: LILACS-BIREME, LATINDEX, Biological abstracts, Index Medicus Latinoamericano y otras bases de datos bibliográficas biomédicas, con el título en español abreviado Rev Med Hondur. Está en versión electrónica en la página del Colegio Médico de Honduras www.colegiomedico.hn y en la Biblioteca Virtual en Salud www.bvs.hn. el acceso es gratuito y se puede consultar todo el contenido en texto completo desde el año 1930. Cumple con los requisitos que se exigen para estar en las bases de datos internacionales, entre las cuales están: arbitraje por pares (desde el año 2006), publicación de artículos científicos originales, edición trimestral (se editan cuatro números al año), puntualidad. Con el propósito de mejorar la calidad de la redacción de los artículos que elaboran todos los colegas, el Consejo Editorial de la RMH, desde al año 2002 realiza todos los años en el marco del Congreso Médico Nacional un curso precongreso sobre redacción de artículos biomédicos. En este curso se brindan los lineamientos y se dan a conocer las normas para publicar en la RMH. El éxito obtenido ha sido notorio, evidenciado en que cada año que transcurre la asistencia a este evento se ha incrementado. Dada la calidad y la motivación obtenida este curso también se imparte en los Postgrados de Medicina, Asociaciones y Delegaciones Medicas, Servicios y Departamentos de algunos hospitales. Esto ha conducido a que distintos hospitales, asociaciones médicas y departamentos de hospitales hayan solicitado al consejo editorial elaborar números exclusivos. Entre estos destacan el Instituto Nacional Cardiopulmonar, el Servicio de Dermatología del Hospital Escuela y Grupo de Estudio y Promoción de los Cuidados Paliativos en Honduras. El Consejo Editorial de la RMH, actualmente dirigido por la Dra. Reyna Durón, felicita al Comité Organizador del presente Congreso y esperamos contribuir al fortalecimiento de la ciencia con nuestro aporte.

2C

¿Cómo se redacta el título de un artículo científico?

Dr. Nicolás Sabillon. Ex Director de la Revista Médica Hondureña.

Esta es una de las preguntas que con frecuencia se hace un autor o los autores cuando se dan a la tarea de redactar un artículo para enviarlo a consideración de algún consejo editorial. En estas breves líneas trataré de brindarle algunos lineamientos básicos que le pueden ayudar, sobre todo si Ud. por primera vez va a redactar un artículo. Hay que tener claro que un buen título debe describir de forma adecuada el contenido del artículo y debe ser localizable en los servicios de indización; de ahí que en la redacción se deben utilizar las palabras adecuadas. De manera muy precisa debe considerar fundamentalmente tres aspectos: 1. La extensión 2. La

especificidad y 3. La sintaxis. Para cumplir estos tres aspectos se deben escoger CUIDADOSAMENTE las palabras, entendiendo perfectamente el significado de cada una y el orden como se asociaran. Se ha considerado que un buen título es aquel que *en el menor número posible de palabras se describe adecuadamente el contenido*. En relación a la extensión, el título puede ser muy corto o muy largo; es muy corto cuando se usan términos muy generales y muy largo cuando se utilizan palabras superfluas, innecesarias. En lo particular sugiero que: a. Trate de redactar un título que no sobrepase las 15 palabras b. Auxílese de un diccionario aunque Ud. crea conocer el significado de las palabras. c. Una vez redactado pregúntese ¿este título describe adecuadamente el contenido?. d. Revise las normas para autores de la revista donde enviará su artículo. Recuerde dos cosas: 1. Lo que será indizado de su artículo será el título, su nombre y el resumen 2. Es probable que lo primero y quizás lo único que se leerá de su artículo, será el título. Un artículo con un título mal redactado no será adecuadamente indizado, no será localizado y lo que es peor no será leído para ser citado por otros autores.

3C

La Introducción

Nelly-Janeth Sandoval

La introducción es el punto de partida o la cabeza de un artículo, en la cual se inicia, ambienta, capta el interés y dirige al lector en su lectura. Por lo tanto se debe definir claro y brevemente el problema a tratar, planteando los antecedentes que fundamentan el estudio y el propósito, destacando el legado que tiene el trabajo para la comunidad médica y los pacientes que serían los beneficiarios finales. En términos generales la introducción debe contener 3 apartados que en orden de presentación son, a) definición e importancia del problema, b) antecedentes conceptuales e históricos, incluyendo información mundial y nacional y el último reservado a c) establecer el propósito fundamental del trabajo, en sintonía con el objetivo de la investigación y en coherencia con los resultados, conclusiones y aportes del trabajo. Para lograr que la introducción cumpla con su cometido y ser coherente con el resto del artículo se recomienda realizarla hasta que está concluido el trabajo y aunque es la primera parte del cuerpo del escrito se aconseja hacerla hasta el final cuando las ideas han sido completamente desarrolladas, escribirla y el autor domine plenamente los resultados y el alcance de los mismos. Se comienza por realizar un esbozo, seleccionando y ordenando la información de forma lógica; cuidando el estilo, normas ortográficas del idioma en el que estemos escribiendo, así como la correcta construcción de las oraciones y evitando los vicios del lenguaje. Se escribe en presente, definiendo los términos y abreviaciones especializadas utilizadas en el trabajo, sustentando los datos con las referencias pertinentes.

4C

Material y métodos

Dr. Gustavo Adolfo Avila Montes

Se hará una clara descripción de la selección de los sujetos que intervienen en la investigación tanto si se trata de personas como animales de laboratorio, incluyendo a los controles. Se identificarán las características generales de los sujetos de estudio como ser la edad, sexo y otras que sean relevantes para la investigación. Cuando se utilizan variables como la raza o la etnia se debe definir como han sido medidas y justificar su re-

levancia para el objetivo del estudio. Se deben especificar los criterios de inclusión y exclusión, así como la descripción de la población de origen. Se debe justificar porque fueron incluidos solo sujetos de determinada edad o por que fueron excluidos los hombres, si fuera el caso. Hay que identificar los métodos, aparatos (destacando entre paréntesis los nombres de los fabricantes y su dirección), y todos los procedimientos con los detalles suficientes que permitan a otros investigadores reproducir el estudio. Se facilitaran las referencias de los métodos, incluidos los métodos estadísticos y se suministrarán referencias y breves descripciones de los métodos que aunque ya estén publicados sean poco conocidos. Se describirán las modificaciones sustanciales, se razonará porque se han utilizado, y evaluar sus limitaciones. Se identificarán con precisión todos los fármacos y productos químicos utilizados, incluyendo los nombres genéricos, dosis y vías de administración. Los informes sobre ensayos clínicos realizados de forma aleatoria deberán presentar información referente a los principales elementos del estudio, incluyendo el protocolo (población estudiada, intervenciones o exposiciones, resultados, y los fundamentos lógicos para la realización de los análisis estadísticos), asignación de las intervenciones (métodos de aleatorización, asignación a los grupos de intervención y control) y el sistema de enmascaramiento empleado (ciego). Los autores que envíen revisiones deberán incluir una sección que describa los métodos empleados para localizar, seleccionar, extraer y sintetizar la información. Estos métodos se deben resumir de forma estructurada. Cuando se trate de experimentos en seres humanos hay que indicar si los procedimientos empleados han respetado o no los criterios éticos del comité responsable de experimentación humana (local o institucional) y la Declaración de Helsinki de 1975, enmendada en 1983. No se incluirán los nombres de los pacientes, ni sus iniciales, ni los números que les hayan asignado en los hospitales, especialmente si se trata de material ilustrativo. Los métodos estadísticos se deben describir con detalle suficiente como para permitir a un lector especializado el acceso a los datos originales para verificar los resultados. Cuando sea posible los hallazgos se deben cuantificar y presentarlos con los oportunos indicadores de medidas de error o incertidumbre (como el intervalo de confianza). Hay que evitar apoyarse únicamente en las pruebas de hipótesis estadísticas, como el uso de valores <<p>> puesto que omite información cuantitativa importante. Hay que justificar la elección de los sujetos que participan en la investigación, detallar la aleatorización, informar sobre las posibles complicaciones de la intervención, número de observaciones, pérdida de sujetos (tales como las bajas en un ensayo clínico). Si se han utilizado programas informáticos se debe indicar cuáles son los programas y el número de la versión.

5C

Resultados.

Dr. Gustavo Adolfo Avila Montes

Los resultados se deben presentar de manera lógica en el texto, en las tablas y en las ilustraciones, destacando primero los principales hallazgos. No se deben repetir en el texto los datos de los cuadros o de las ilustraciones. Se deben resumir o destacar solo las observaciones más importantes. Los detalles técnicos y materiales pueden ser descritos en un apéndice para que estén accesibles sin interrumpir la lectura. Una alternativa es publicarlos solo en la versión electrónica de la revista. En la sección de resultados los datos se deben dar en forma numérica, pero no solo como porcentajes sino en forma de valores absolutos de los cuales derivan: hay que especificar los métodos estadísticos que se utilizaron para analizar los resultados. No se deben citar las referencias en los resultados. Los cuadros deben contener información concisa y hacerlo de una forma práctica, proporcionando el nivel de detalle y precisión necesarios. Es preferible incluir los resultados en los cuadros que hacerlo en el texto, pues permite reducir la extensión del artículo. Cada cuadro debe aparecer en una hoja y estar diseñado a doble espacio. Debe numerarse consecutivamente según su

citación en el texto e ir provisto de un breve título. Cada cuadro únicamente tendrá tres líneas horizontales. Cada columna debe llevar una identificación o nombre. Las explicaciones necesarias se deben hacer de forma de nota al pie de página, nunca en las cabeceras. Cada nota y abreviatura debe llevar su explicación correspondiente. Las medidas estadísticas como la desviación estándar o la media, así como sus variaciones, deben estar claramente identificadas. Cada uno de los cuadros debe estar citado en el texto. Si se utilizan resultados de una fuente no publicada se debe incluir la autorización correspondiente y expresarlo en los agradecimientos. Las ilustraciones deben estar elaboradas de forma profesional o ser remitidas en formato digital. Algunas revistas solicitan los ficheros electrónicos en un determinado formato lo que permite mayor calidad en las imágenes de la versión electrónica. De las imágenes de radiografías, escáneres y otras técnicas diagnósticas por imagen, así como las fotografías de productos patológicos o las microfotografías se deben enviar copias nítidas, en blanco y negro o color. Las letras, números o símbolos sobre las ilustraciones deben ser claros, uniformes y de tamaño suficiente para que cuando al ser editadas en la imprenta permanezcan legibles. Si se utilizan fotografías de personas éstas no deben ser identificables, o en caso contrario, ir acompañadas de la autorización escrita para su utilización. Las ilustraciones deben ir numeradas de forma consecutiva según el orden que han sido citadas en el texto. Cada ilustración debe tener su título escrito a doble espacio, en página aparte y estar numerada en números arábigos. Las medidas de longitud, altura, peso y volumen se deben expresar en unidades métricas (metros, kilogramos, o litros) o sus múltiplos o decimales. La temperatura se debe expresar en grados Celsius. La presión sanguínea en milímetros de mercurio, a menos que una revista en particular especifique que otras unidades.

6C

Discusión

Dr. Roberto Esquivel

Deberán interpretarse los resultados estableciendo comparaciones con otros estudios. Debe destacarse aquí el significado y la aplicación práctica de los resultados, así como las limitaciones y las recomendaciones para futuras investigaciones. Debe evitarse que la discusión se convierta en una revisión del tema y que se repitan los conceptos que hayan aparecido en otras secciones. Haga hincapié en aquellos aspectos nuevos e importantes del estudio y en las conclusiones que se deriven de ellos. Podrán incluirse recomendaciones cuando sea oportuno. Se considera de especial interés la discusión de estudios previos publicados en el país.

7C

Importancia de las Referencias Bibliográficas y Palabras Clave en un Trabajo Científico.

Martha Cecilia García

Se destacará la importancia que tiene la correcta selección, en cuanto a pertinencia, calidad y cantidad, de las referencias bibliográficas en un trabajo científico, tanto para el autor como para el lector. Se expondrán los diferentes estilos para la elaboración de la bibliografía y los formatos de documentos que actualmente se emplean. La experiencia nos ha demostrado que uno de los errores más comunes al acceder a la información científico-técnica es la inadecuada selección de términos de búsqueda y esto limita de manera sustancial los resultados obtenidos. Por lo cual se enfatizará en la selección normalizada de palabras clave para los artículos científicos que permitan; localizar los trabajos nacionales e indexarlos en bases de datos internacionales.

Se recomienda emplear los descriptores del tesoro de la *National Library of Medicine (Medical Subject Headings o MeSH)*, y de los Descriptores en

Ciencias de la Salud (DECS) del Centro Latinoamericano y del Caribe en Ciencias de la Salud (BIREME). Actualmente Honduras es beneficiado con el acceso gratuito a importantes bases de datos internacionales de reconocido prestigio y con énfasis en el área biomédica, para una utilización óptima es valioso conocer estos puntos.

8C

Revisión por Pares

Nelly-Janeth Sandoval

La revisión por pares (revisión por iguales) o arbitraje es el procedimiento utilizado para validar los trabajos científicos escritos con el fin de medir su calidad, factibilidad y rigurosidad científica. Con el crecimiento continuo del número de revistas científicas, se fue creando la necesidad de establecer un método que permitiera controlar la calidad científica que en ellos se publica, por lo que desde a inicios del siglo XX se implementó este procedimiento y se deben considerar con cautela los trabajos científicos que son publicados en revistas que no se apegan a la revisión por pares. Hay que tener en cuenta que la revisión por pares puede aumentar la calidad de la presentación de los resultados, pero la calidad de la evidencia científica siempre va depender de la honradez, formación y conocimiento de los autores. En la revista Médica Hondureña se ha implementado en los últimos años como parte de los cambios que ha sufrido en la modernización y la incorporación de la revista a centros de indexación internacional y con miras a ingresar a la revista médica electrónica SciELO (Scientific Electronic Library Online). Existen 3 formas de cómo realizar la revisión por pares: a) abierta, en la cual autores y revisores conocen su identidad, b) simple ciego, los revisores conocen la identidad del autor, pero el autor desconoce la identidad del revisor y c) doble ciego que preserva anonimato del evaluador y del autor, con el fin primordial de evitar conflictos de intereses y por el contrario realizar una revisión crítica, independiente y no perjudicada, esta forma es la implementada en la revista médica. Para señalar la transparencia del proceso la Revista médica hondureña incluye en sus instrucciones para autor las políticas del proceso de revisión. La revisión por pares debe constar de un grupo de personas constituido por autores, editores y revisores. La elección de revisores es una de las atribuciones tradicionales de los editores de las revistas. Se buscan entre los investigadores con más prestigio en las diferentes disciplinas. Las características ideales del revisor son: conocimiento del tema, imparcialidad, académico, innovador y responsable, este último constituye una de las principales causas de retraso en el proceso de publicación ya que los revisores son con frecuencia gente muy ocupada que intenta ayudar a los editores, sus colegas y a los autores de los artículos, ofreciendo filantrópicamente parte de su tiempo libre para analizar los artículos remitidos, en nuestro medio es por igual

mayor la tardanza o negativa por parte de los autores en responder a las sugerencias emitidas. Este sistema de evaluación no es aceptado por toda la comunidad científica, de hecho se han hecho numerosos estudios en los que se detectan inconsistencias, sesgos positivos en la evaluación, etc. Sin embargo es el sistema más utilizado y constantemente se está tratando de mejorar.

9C

Ética en la publicación

Dra. Reyna M. Durón

Los manuscritos enviados para publicación médica deben ser inéditos y no enviados a publicación en otra revista simultáneamente. Si alguna parte del material ha sido publicado en algún otro medio, el autor debe informarlo. Debe evitarse la publicación redundante o duplicada y la concesión de autorías no merecidas. Debe evitarse o aclararse si corresponde, cualquier conflicto de intereses. Los autores deberán obtener permisos por escrito de personas que puedan ser identificadas en las ilustraciones o figuras, así como de autores o editores de materiales publicados previamente. Debe cumplirse con las normas nacionales e internacionales de investigación y publicación. La conducta inadecuada o la deshonestidad en el proceso de investigación y publicación son penalizados a varios niveles. Los estudios en seres humanos deben seguir los principios de la Declaración de Helsinki (<http://www.wma.net/s/ethicsunit/helsinki.htm>). Las buenas prácticas de investigación y publicación son marcadores vitales del avance de la ciencia en una institución o país.

10C

Normas de publicación.

Dra. Reyna M. Durón

Como parte de su proceso de modernización, la Revista Médica Hondureña ha lanzado en el Vol. 77.1 de Enero del 2009, las nuevas normas de publicación de la revista. Las mismas son el producto de un consenso y un apego a las normas internacionales. El objetivo es cumplir con una categoría internacional que permita indizar a nuestra revista en bases de revistas internacionales de más alto nivel. La revista seguirá considerando para publicación escritos relacionados con la clínica, práctica e investigación médica. La revista insistirá en la revisión por pares y el apego a los Requisitos Uniformes de los Manuscritos Propuestos para Publicación en Revistas Biomédicas, que pueden consultarse en <http://www.icmje.org>. Se solicita a los médicos hondureños a revisar las nuevas normas y utilizarlas como guía para la presentación de sus escritos.

11C

HAMARTOMA LIPOMATOSO DEL NERVO RADIAL

Dr. Fredy Portillo. Hospital Regional Santa Teresa, Comayagua.

Tumor benigno raro caracterizado por fibrosis perineural y endoneural, lo que produce engrasamiento de los fascículos neurales, los cuales son entrelazados por grasa proliferativa madura. Afecta usualmente a los niños y con menos frecuencia a los adultos jóvenes. Es una lesión poco común conocida también como Fibrolipoma Neural, Lipofibromatous Hamartoma, Lipoma perineural o Lipoma intraneural.

12C

AVANCES EN LA CIRUGIA ORTOPEDICA PARA EL MANEJO DE PACIENTES CON HEMIPLEJIA.

Dr. José B. Avilés Irías. Servicio de Ortopedia Infantil IHSS, Hospital y Clínicas San Jorge, Tegucigalpa.

Hemiplejía o hemiplejia es un trastorno motor, en el que la mitad vertical del cuerpo del paciente está paralizada; por ejemplo, un brazo y su pierna correspondiente no funcionan. Es normalmente el resultado de un accidente cerebrovascular, aunque también pueden provocarla patologías que afecten la espina dorsal o los hemisferios cerebrales como las tumoraciones o la resección de ellos. La parálisis cerebral también puede afectar un solo hemisferio, resultando en una limitación de funciones. Esto no causa parálisis necesariamente pero sí espasmos. La parálisis cerebral en la que éste sea el único síntoma también puede denominarse hemiplejía, la incidencia de este problema es muy frecuente presentando una deformidad física y funcional. En la actualidad existen técnicas quirúrgicas en la rama de la neuro ortopedia donde se realizan cirugías tanto del miembro superior como del inferior; transferencia de tendones, alargamiento de tendones corrección de defectos óseos (ejemplo: transferencia del flexor carpiulnar al segundo radial, transferencia del palmar mayor al abductor del pulgar, descenso de la masa pronatorflexora, alargamiento del Aquiles, transferencia de la mitad del tibial anterior al peroneo lateral corto, transferencia del tibial posterior a la base del segundo metatarsiano) los resultados de las cirugías son de mucho beneficio para estos pacientes logrando posicionar adecuadamente su miembro superior, mejorando su equilibrio en la marcha con una adecuada longitud de paso, apoyo en talón, paso libre del pie en fase de balanceo de esta forma los pacientes consumen menor cantidad de oxígeno y los hace más funcionales permitiendo entonces un cambio en su apariencia física y funcional que los lleva de un estado de invalidez a incorporarse nuevamente a la sociedad como personas productivas.

13C

INCONTINENCIA URINARIA DE ESFUERZO. TRATAMIENTO QUIRÚRGICO.

Dr. Kristian Navarro Salomón. Servicio de Uroginecología. Hospital de Especialidades del IHSS. Honduras Medical Center. Tegucigalpa.

La incontinencia urinaria es un síntoma común que puede afectar a mujeres de todas las edades con un amplio rango de severidad; afectando la calidad de vida en el aspecto físico, psicológico y social. Es definida por la Sociedad Internacional de Continencia (ICS) como la queja de alguna pérdida involuntaria de Orina.⁽¹⁾ Esta podría ocurrir como resultado de un número importante de anomalías de la función del tracto urinario bajo, u otras enfermedades que predispongan a pérdida en diferentes situaciones. Clínicamente dividimos la Incontinencia Urinaria en: *Incontinencia Urinaria de Esfuerzo. *Incontinencia Urinaria de Urgencia. *Incontinencia Urinaria

Mixta. La Incontinencia Urinaria de Esfuerzo, es definida por ICS⁽¹⁾ como la pérdida de orina asociada a esfuerzo: toser, reír, estornudar. Urodinámica es definida, como la Pérdida de Orina asociada a un incremento de la presión abdominal, en ausencia de contracción del detrusor. La prevalencia de Incontinencia Urinaria varía, en relación a la edad de las pacientes, a la definición y a los diferentes métodos de diagnóstico. Reportándose desde 0.2% a 8.5% en mujeres entre 15 y 64 años y de 2.5% a 69% en mujeres de 65 años y más. En términos generales los rangos de prevalencia en la población se estiman del 25-45%. El diagnóstico puede ser establecido a través de historia clínica completa y de estudio urodinámico. La Historia clínica completa tiene una sensibilidad del 92% con IC (91-93%) para el diagnóstico de incontinencia urinaria. De forma más objetiva se puede realizar la prueba de la toalla que consiste en la cuantificación de peso de la misma luego de una hora de haber sido portada durante actividad física, con una sensibilidad de 94% con IC 73-99%. Para un peso mayor de 2 gramos. Una vez establecido el diagnóstico se establecen tres niveles de tratamiento. El primero basado en modificaciones conductuales y de hábito por medio de corrección de frecuencia de micción y fortalecimiento de musculatura pélvica implementando ejercicios de musculatura pelviana. La segunda línea a través de la electroterapia con diferentes energías para lograr la hipertrofia muscular del piso pélvico. Y por último el manejo quirúrgico basado en la corrección de defectos anatómicos utilizando técnicas convencionales como la colposuspensión BURCH y actualmente con la colocación de material protésico para proporcionar un mejor soporte suburetral por medio de mallas libres de tensión con abordajes retropúbicos u obturadores con la correspondiente reparación de los compartimentos anterior, apical y posterior. Todo esto con la finalidad de lograr una mejoría en la calidad de vida de la paciente incluyendo además de la incontinencia urinaria, la fecal, el prolapso de órganos pélvicos y la función sexual.

14C

DIAGNÓSTICO Y MANEJO DE LA DIABETES GESTACIONAL

Dr. Pablo Alberto Martínez Rodríguez. Ginecólogo y Obstetra del Hospital del Sur, Choluteca. Unidad de Medicina Materno Fetal, Clínica San Francisco de Asís, Choluteca.

Antecedentes. La Diabetes Gestacional (DG)- resistencia a la insulina detectada en el embarazo- complica alrededor de 3 a 5% de todos los embarazos, y con frecuencia es causa ya muy bien establecida de morbilidad tanto materna como fetal. En base a lo anterior, tanto el American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG) así como la American Diabetes Association (ADA) recomiendan un screening rutinario para Diabetes Gestacional a todas las embarazadas. A pesar de estas recomendaciones, los beneficios tanto del screening como del tratamiento de estas pacientes continúa siendo un tema de debate. **Complicaciones maternas y fetales.** Las mujeres con DG son más propensas a desarrollar trastornos hipertensivos, parto por cesárea y partos de pretérmino. Así mismo está ya muy bien establecido el riesgo incrementado de estas pacientes a desarrollar Diabetes tipo 2 posteriormente. En el feto existe un aumento del riesgo para que estos desarrollen macrosomía o bajo peso al nacer, distocia de hombros, ingreso a cuidados intensivos, hiperbilirrubinemias, taquipneas transitorias y nacimientos traumáticos. **Pruebas de screening y diagnóstico para DG.** Desde hace muchos años se ha recomendado hacer la prueba de screening como una prueba de escrutinio para identificar a aquellas embarazadas que desarrollarán DG. Este screening se deberá llevar a cabo al terminar el primer trimestre (después de la 14 semana de gestación). La prueba de screening consiste en la administración de una carga de glucosa de 50 gr y una hora después determinar la concentración sérica de

glucosa. Si el resultado de este es > 130 mg/dl se cataloga como positivo y se necesitará la realización de una curva de tolerancia oral a la glucosa de 2 horas (CTOG 2H) para realizar el diagnóstico de DG. **Tratamiento.** La dieta debe de constituirse en la piedra angular de la terapéutica para la DG. Si una vez establecido un esquema dietético en el cual se comprueba un apego riguroso y no se lograra un control metabólico ya establecido, se deberá iniciar sin retraso el tratamiento farmacológico. La insulina exógena continúa siendo hoy en día el tratamiento de elección; pues definitivamente es el que mejor semeja los impulsos pancreáticos fisiológicos y debido a su alto peso molecular esta no cruza la barrera placentaria y por ende no existe el riesgo de hipoglicemias fetales yatrógenas. Los agentes antidiabéticos orales han sido tradicionalmente contraindicados en el embarazo. Las sulfonilureas de primera generación cruzan la barrera placentaria y estimulan el páncreas fetal provocándole hiperinsulinemia. El Gliburide (una sulfonilurea de segunda generación) ha sido utilizado en estudios experimentales con resultados bastante prometedores; sin embargo existe en la actualidad muy poca evidencia como para recomendar su uso de manera rutinaria. De manera muy similar, la evidencia clínica hasta este momento con respecto a la Metformina, no nos permite recomendar su uso como terapia de primera elección, y continuamos en la espera de la publicación de un estudio clínico aleatorizado que se está llevando a cabo de manera conjunta en EEUU, 4 países europeos y 2 países latinoamericanos.

15C

ACTUALIZACIONES EN PREECLAMPSIA.

Dr. Pablo Alberto Martínez Rodríguez. Ginecólogo y Obstetra del Hospital del Sur, Choluteca. Unidad de Medicina Materno Fetal, Clínica San Francisco de Asís, Choluteca.

Los estados hipertensivos son las complicaciones médicas del embarazo más comunes, afecta hasta el 8% de estos y permanecen como una de las causas de mortalidad y morbilidad materna y neonatal principales. Aproximadamente el 70% de estas alteraciones se debe a hipertensión gestacional-preeclampsia, mientras que el otro 30% se debe a una hipertensión preexistente o enfermedad renal. A pesar de los numerosos esfuerzos en su diagnóstico temprano, prevención y tratamiento de estos desórdenes, permanece como una causa mayor de resultado materno y perinatal adverso. Por lo tanto, son un problema de salud pública a nivel mundial. La tendencia científica y clínica actual en los principales centros de Medicina Materno Fetal, se basan en procurar realizar el diagnóstico de preeclampsia cada vez más temprano. Partiendo del hecho que se desconoce aún la etiología exacta de esta entidad, pero teniendo como sustento científico que la enfermedad se origina desde el momento mismo de la placentación, las principales líneas de investigación en la actualidad se enfocan hacia tratar de determinar qué marcadores bioquímicos nos podrían ayudar a caracterizar a estas pacientes. De igual forma, los estudios de fujometría Doppler realizados en las arterias uterinas de estas pacientes muestran un patrón de onda muy característico, reflejando un aumento de la impedancia al flujo útero placentario. Todas estas líneas de investigación van enfocadas hacia la necesidad de poder iniciar de manera precoz una intervención farmacológica temprana con carácter meramente profiláctico en un intento por retrasar al máximo o disminuir la severidad con que se manifestará la enfermedad clínica. Durante los últimos años, varios ensayos clínicos aleatorizados se han completado, buscando la prevención de la preeclampsia con dosis bajas de aspirina, vitamina C, calcio elemental y L-arginina. Así mismo se han llevado a cabo ensayos clínicos aleatorizados comparando el sulfato de magnesio con otros agentes anticonvulsivos para la prevención y tratamiento de las convulsiones en la eclampsia. Además, se han introducido manejos controversiales de la preeclampsia lejos del término y del síndrome de HELLP. Otros estudios observacionales y de casos y controles han descrito los factores de riesgo para preeclampsia, incluyendo el papel de la genética. En base a lo anteriormente expuesto, se considera siempre

a la preeclampsia como un tema toral en el campo de la Medicina Materno Fetal, en el cual irán surgiendo nuevos métodos diagnósticos y terapéuticos en un afán de mejorar el pronóstico de la madre y el feto.

16C

MUNICIPIOS SALUDABLES

Dr. Jorge A. Fernández V. Dirección General de Promoción de la Salud, Secretaría de Salud Pública, Honduras.

La iniciativa de municipios y comunidades saludables, tomó carta de ciudadanía internacional durante los años 90 del pasado siglo, cuando desde Canadá se plantea la estrategia en el desarrollo del sistema de salud. En varios países de la región de las Américas, son muchos los municipios que han demostrado el buen suceso de trabajo, bajo las líneas de acción de esta iniciativa, que se aplica en la diversidad de comunidades, propia de los asentamientos humanos comunitarios. Se presentarán los conceptos consensuados internacionalmente, que sustentan la minuta ideológica y política, basada en la promoción de la salud como eje principal de la agenda política del gobierno central o local y de la sociedad empoderada. Luego, se presentará un caso fortuito local antagónico al concepto, para plantear algunas recomendaciones generales.

17C

AIRE LIMPIO, UNA COLABORACIÓN INTERDISCIPLINARIA PARA MEJORAR LA SALUD DE UNA COMUNIDAD.

**Christina, Mandzuk, MPH, *Elizabeth Emery, MPH, *Lynette Schrowe, MPH, **Joan Henkle, DNS, RN, **Dr. Javier F. Sevilla-Mártir,*Indiana University Department of Public Health, School of Medicine. **Indiana University Department of Family Medicine, School of Medicine.*

El humo producido por estufas básicas de leña con ventilación inadecuada podría ser un factor que contribuya substancialmente a la morbimortalidad por enfermedades respiratorias en países en vías de desarrollo. El proyecto de Aire Limpio es un proyecto diseñado y puesto en ejecución por estudiantes de la maestría en salud pública del departamento de salud pública de la facultad de medicina de la universidad de Indiana en colaboración con el proyecto Enlace Honduras que es patrocinado por el departamento de Medicina de Familia de la Universidad de Indiana. Consiste en tres fases y se diseñó para investigar el impacto en la calidad del aire producido por las estufas de leña en Honduras rural. En la fase I del proyecto, se estableció una colaboración con la comunidad de Las Lajas en el municipio de Taulabé. Evaluación de la salud ambiental y respiratoria fueron realizados para determinar la relación entre la exposición al humo de estufas de leña y las enfermedades respiratorias. Un cuestionario fue desarrollado y administrado para determinar síntomas respiratorios en adultos y niños, y las mediciones de flujo máximo fueron utilizadas para medir los índices de flujo espiratorios máximos (PEFR) de los participantes del estudio. Un cuestionario de construcción y ambiental fue completado para cada casa y las bombas portátiles Escort ELF fueron utilizadas para medir la calidad del aire. Los resultados demostraron una alta prevalencia de problemas respiratorios, ventilación inapropiada del humo, y una correlación entre los dos factores. Para la fase II, una intervención fue puesta en ejecución: 1. Exploración de una estufa de leña con chimenea usando los materiales locales para la construcción y 2. La instalación de las estufas en todos los hogares en la aldea de Sabanas (33 fuera de 34 fueron instaladas). Las estufas fueron diseñadas para quemar el combustible más eficientemente de tal modo produciendo menos humo dentro de la casa y para ayudar a disminuir la tala de árboles para consumo. La fase III está actualmente en marcha, la reevaluación del aire ambiental a través de medición de partículas del aire y el monóxido de carbono y la eficacia prevista de las estufas en disminuir síntomas respiratorios en los participantes del estudio así como la eficiencia disminuyendo el consumo de leña. En las casas control, la lectura

media del CO era 12.818 PPM con la lectura máxima en 26.5 PPM. Después de la instalación de la estufa con chimenea, la lectura media del CO era 0.5 PPM con la lectura máxima en 3.5 PPM. Una disminución dramática del 2563.6% del CO promedio. La reevaluación de todos los hogares y los síntomas respiratorios continúa en la fase III ya concluida y en proceso de análisis de datos. La meta a largo plazo del proyecto es enseñar cómo construir las estufas a los ancianos del área para la construcción e instalación de más estufas en aldeas adicionales y así reducir la incidencia de las enfermedades respiratorias y facilitar a la comunidad participación activa para mejorar la salud de sus miembros.

18C

NUEVO MODELO DE SALUD FAMILIAR-COMUNITARIO. MADRE FELIZ (MAFE)

Dra. Nieves Vásquez, *Dra. Violeta Castañeda. Centro de salud Santos Isolina Aguilar, Taulabé, Comayagua, Honduras.

La Secretaría de Salud y la Asociación Civil Madre Feliz (MAFE) han acordado implementar un modelo de Servicios de Salud Primaria, con el propósito de brindar cobertura de mayor calidad a los pobladores de los municipios de Taulabé y San José de Comayagua. Este modelo es manejado por MAFE y funciona desde el 7 de Octubre del 2005, con fondos aportados por la Secretaría de Salud, donaciones privadas y contribuciones de la misma población, siendo entonces gestor y proveedor de los servicios mismos que son ofrecidos a la población en cuatro centros de salud y una Clínica Materno Infantil Taulabé (CMIT). Ubicados así: Municipio de Taulabé: CESAMO de Taulabé, Clínica Materno Infantil, CESAR Jardines, en el Municipio de San José de Comayagua: CESAR San José de Comayagua y CESAR Las Delicias. MODELO DE ATENCION. Con énfasis en actividades de promoción, prevención y asistencia al medio, la familia y persona, con nivel primario de atención, asegurando la respuesta al paciente en la unidad o con otros niveles de salud. La cobertura está garantizada para todos los pobladores de los municipios de San José de Comayagua y Taulabé a un costo simbólico de cinco lempiras si el usuario los pudiese aportar, de lo contrario es exonerado, la atención del parto en la Clínica Materno Infantil es gratuita, asegurando una atención de calidad brindada por medico general mas auxiliar de enfermería. MODELO DE GESTION. Este es descentralizado, basado en un contrato de gestión y prestación del conjunto de servicios de salud, La Asociación MAFE esta está dirigida por una junta directiva elegida por la asamblea municipal conformada por los voluntarios de salud de los dos municipios. A Nivel técnico es dirigido por un director intermunicipal de salud del área de la medicina (Medico o Profesional de Enfermería). Según el manual de normas y funciones. El proceso de toma de decisiones es en base a criterios gerenciales, planificación estratégica y políticas de las prioridades establecidas. La gestión es controlada con la participación comunitaria (Auditorias Sociales). Es evaluado cada tres meses por el ente rector (Secretaria de Salud), a través de la Región Departamental Sanitaria de Comayagua y una anual (desempeño) por los técnicos de la Unidad de Extensión de cobertura y Financiamiento (UECF) y técnicos regionales. MODELO DE FINANCIAMIENTO. Es un sistema de asignación de recursos por capitación (per cápita), la subsidiaria es el Estado de Honduras, promueve la solidaridad contributiva y recibe donación de algunas instituciones no gubernamentales nacionales y extranjeras. Conlleva mejores niveles de eficiencia administrativa y transparencia en el uso de los recursos, a través de las auditorias sociales y rendimiento de informes a la asamblea y alcaldías municipales. Cuenta con un sistema de monitoreo trimestral mismo que indica el monto del desembolso mensual. (El promedio del monitoreo debe ser mas de 85% para evitar penalización económica. Este modelo de gestión ha venido a mejorar las condiciones de salud de ambos municipios, a través de procesos de educación, prevención, atención y organización comunitaria, promoviendo las comunidades saludables. ALGUNOS LOGROS: 1. Disminución de la muerte materna en

el año 2005 (2 casos), a 1 caso en 2008 de 1,903 partos atendidos en la CMIT (2005, 2006, 2007, 2008). 2. Disminución de las muertes infantiles prevenibles de 7 en el 2006 a 2 en el 2007 y 1 en el 2008. 3. Incremento de la atención prenatal de 42% en el 2004 a 95% en el 2007 y con una cobertura en el 2008 de 90% para control prenatal nuevas. 4. Incremento del parto institucional de 42% en el 2006 al 96% en el 2008. 5. Incremento de cobertura en los diferentes biológicos. 6. Organización Comunitaria. DESAFIOS DEL MODELO: 1. Sectarismo Político. 2. La Sostenibilidad. 3. Empoderamiento Comunitario. 4. Mejorar las condiciones de salud y desarrollo humano en ambos municipios. 5. Actitud de resistencia al cambio. 6. Patrones culturales adaptados.

19C

TATUAJE EN ADOLESCENTES UN ENFOQUE PSICOANALÍTICO.

Dra. Alicia del Carmen Paz Fonseca. Directora del Hospital Psiquiátrico Mario Mendoza.

Se hace una evaluación histórica de los tatuajes a nivel mundial, pasando a establecer una relación de cuerpo y post modernidad. En la adolescencia el tatuaje cobra significado sea como moda o síntoma, cumpliendo la función de un "operador psíquico"; donde la piel se utiliza como un espacio intermedio donde el dibujo adquiere un carácter de transicionalidad. Se hace ilustración de caso clínico haciendo una secuencia y comentarios de los diferentes tatuajes asociados al desarrollo psíquico de la paciente. Se hace una interpretación psicoanalítica del primer tatuaje, tatuajes múltiples y el tatuaje y la experiencia del dolor.

20C

CALENDARIO QUIRURGICO EN PEDIATRIA

Dr. Alex Milán Gómez Inestroza. Cirugía y Urología pediátrica, Hospital Mario Catarino Rivas, IHSS, San Pedro Sula.

El propósito fundamental del tema es compartir información acerca de las patologías quirúrgicas más frecuentes en Pediatría y definir los momentos quirúrgicos idóneos de las mismas, con el propósito de unificar criterios en ese sentido. Se detalla el por qué esperar con algunas patologías y en otras no. El listado de patologías y el momento quirúrgico idóneo se detalla así: Ránula, operar al diagnóstico. Frenillo sublingual: Operar al diagnóstico. Quiste dermoide: Operar al diagnóstico. Quiste tirogloso: Operar al diagnóstico. Fístulas, quistes y senos branquiales: Operar al diagnóstico. Hernia Umbilical: Operar a los 4 años. Hidrocele comunicante: Operar al diagnóstico. Varicocele: Operar si da síntomas o si es GIII. Hernia inguinal: Operar al diagnóstico. Criptorquidia: Operar al año de vida. Circuncisión: Indicada luego de parafimosis y balanopostitis a repetición. Hipospadia: Operar al año de vida. Sinequias de labios menores: Operar al diagnóstico.

21C

"ATENDIENDO LAS NECESIDADES DE NUESTROS SERES QUERIDOS QUE VIVEN CON VIH-SIDA".

Dr. Manuel de Jesús Aguilar Cruz. Hospital Evangélico. Siguatepeque, Comayagua.

Manual "Atendiendo a nuestros seres queridos que viven con VIH-SIDA". La pandemia mundial que para Dic. 07 acumulaba 33 millones de personas viviendo con VIH-SIDA necesitando atención de diferente índole, tratamiento antirretroviral y en muchos casos hospitalización, ya desborda en algunos países los agobiados sistemas de salud, los pocos hospicios y centros de beneficencia. De allí que es necesario reforzar la educación a los pacientes, sus familiares y la comunidad para brindar los cuidados básicos requeridos en el ambiente del hogar que es el mejor por: el apoyo y cariño de sus familiares y amigos, su comodidad, reduce la tensión así como los costos de atención, además a menudo se recobran de las enfer-

medades asociadas con mayor rapidez y porque la mayoría de ellos puede llevar una vida activa por muchos años necesitando ser hospitalizados solo en momentos críticos. El cuidado domiciliario es la forma de atención que los pacientes pueden recibir en su hogar por un proveedor de cuidados de salud, voluntario o familiar entrenado, el cual es monitoreado por un personal de salud profesional, que maneja adecuadamente el diagnóstico y las actividades de tratamiento además educa, entrena y asiste a ese proveedor en la continuidad del cuidado para satisfacer las necesidades del paciente. Esta atención debe hacerse tomando en cuenta la integralidad del ser humano en sus aspectos físico, psíquico, emocional, social y espiritual para tener el impacto necesario y considerando las medidas de bioseguridad básicas. De allí la razón de este manual, donde revisamos los aspectos generales de transmisión del virus, medidas de bioseguridad y los cuidados en las diferentes áreas de nuestro ser. En el área física: la higiene personal y del medio ambiente, la nutrición, el ejercicio y la protección de infecciones. En el área psicoemocional qué hacer una vez que se le diagnostica su seropositividad, cómo afrontar las diferentes reacciones posteriores y cuáles son algunas consecuencias directas de la acción viral.- En el área social: sus relaciones interpersonales, aspectos financieros y otros apoyos a este nivel.- En el área espiritual: cuáles son algunos de los pensamientos del paciente al respecto y cuál es la respuesta que Dios da en la Biblia a las mismas. Al final se mencionan los aspectos de la adherencia a la terapia antirretroviral, las señales de proximidad y muerte además de los cuidados que tiene que tener el cuidador del paciente. Cada una de las secciones se acompaña de porciones de la Palabra de Dios que consideramos pertinentes.

22C

CORRECCION DE LA MIOPIA, HIPERMETROPIA, ASTIGMATISMO Y PRESBIOPIA CON EL USO DEL EXCIMER LASER OCULAR EN HONDURAS

Dr. Carlos González. Centro de Cirugía refractiva Láser Light. Fundación ECCHO (Erradicando la ceguera por Cataratas en Honduras)

Se describe la incapacidad visual cercana y lejana no causada por defecto o alteración de estructuras o la transparencia de los medios extra o intraoculares. Se describen los diferentes defectos (no enfermedades) visuales que se heredan fenotípicamente a través de los cromosomas (hereditarios). Se dan los resultados de la corrección de los defectos de refracción con Excimer Láser Ocular 193 nm Schwind Esciris y aberrometro (interferometro láser wave front), De un universo de 5,000 ojos tratados, se realizan un estudio prospectivo longitudinal, tomando una muestra significativamente estadística de 2,000 casos tratados para corrección en superficie corneal con excimer láser $P < 0.01$ comprendidos en el periodo de tiempo de enero del 2007 hasta septiembre del 2009 ($n= 2,000$) utilizando el Microqueratomo Pendular Carriazo Barraquer. **Características clínicas de pacientes tratados** Rango de Miopía desde -15.00 dioptrías hasta -0.50 dioptrías de hipermetropía desde +8 dioptrías hasta + 0.50 dioptrías de astigmatismo desde -6.00 dioptrías hasta -0.50 dioptrías. **Resultados** Pacientes miopes desde -9.00 d. hasta -0.50 d. Se logro corregir en su totalidad (neutro) el 100%. Los mayores de -9.00 d. solo un 90% del total de la muestra estudiada en los que se combinaba la miopía y astigmatismo. Para los pacientes hipermetropes, se logro una corrección a neutro en un 100% de los pacientes con hipermetropías hasta de +4.50 y un 86 % para los que tenían hipermetropía y astigmatismo. Un 10% de los pacientes con hipermetropía mayores de +4.50 quedaron con residual de +1.00 d. lo que les permitía una agudeza visual 20/25 o mejor (para casos de hipermetropía mayor de +4.50 combinada con astigmatismo se logro una corrección total de un 76%) ($P < 0.02$). La corrección de astigmatismo solo, fue de un 100% para pacientes con astigmatismo de hasta -5.00 d. y un 90% para los mayores de astigmatismo de -5.00 d. ($P < 0.01$). Tomando en cuenta que la presbipia a corregir máxima es de un +3.00 y que se realiza en un solo ojo (el

no dominante) para visión cercana y el dominante para visión lejana, que no se opera, la corrección fue de un 100%. **Material y Método** Se utiliza la valoración clínica oftalmológica, refracción con y sin cicloplejia, paquimetría ocular, topografía corneal, tonometría ocular, oftalmoscopia valorando retina periférica y medios oculares transparentes y sus estructuras, agudeza visual pre operatoria, valoración de visión de contraste, aberrometría automatizada 8,700 Pts. Campimetría visual, interferometría láser wave front, Schwind Excimer láser frío 193 nm y microqueratomo pendular Carriazo Barraquer con seguimiento de movimientos oculares automatizada o computarizada para minimizar efecto Fresnel (cámara infrarroja con longitud de onda 1 millón cálculos/segundo 350 Hz, láser con bean de 0.8 mm y zonas de ablación de 4.0 a 8.0 mm 250 Hz y zona de recuperación de ablación de 10.0 mm con emisión de 6.5 eV con una profundidad de 0.25 μ m. Succión para inmovilizar y crear flap corneal de 24 mm Hg, flat corneal 120-130 μ m. **Conclusión** Se obtiene una corrección deseada, segura efectiva, predecible, cuantificable, sin efectos indeseables térmicos, actinicos de radiación, no físicos que alteren las estructuras oculares ni el ADN corneal u ocular. Como medios que aseguran estos resultados tenemos: 1. Examen Clínico Oftalmológico Subespecialista en cornea. 2. Refracción con cicloplejia, campimetría, evaluación tamaño pupilar, visión de colores y contraste. 3. Paquimetría o grosor corneal. Tonometría o presión intraocular. 4. Topografía corneal. 5. Aberrometría corneal. 6. Interferometría láser wave front. 7. Succión inmovilizadora ocular 24 mm Hg. 8. Seguimiento movimiento ocular (cámara infrarroja). 9. Excimer laser 193 nm Schwind (láser frío). 10. Microqueratomo pendular Carriazo Barraquer. 11. Seguimiento clínico oftalmológico post operatorio.

23C

SÉPSIS NEONATAL TEMPRANA Y SUS COMPLICACIONES AGUDAS

Dra. Ileana Eguigurems Zamora. Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales, Hospital de Especialidades, IHSS, Tegucigalpa.

Sépsis Neonatal Temprana. **Sépsis.** Es la respuesta infamatoria sistémica (SIRS), generada frente a una infección comprobada o sospechada, que se presenta al menos dos de los siguientes criterios: Inestabilidad térmica. Polipnea, dificultad respiratoria, apnea, aumento de requerimientos de oxígeno. Taquicardia o bradicardia inexplicables, que se mantengan al menos por 30 minutos. Cuenta leucocitaria anormal. Llenado capilar ≥ 3 seg. **Temprana o Precoz.** Se presenta dentro de las primeras 72 hrs. de vida, son causadas por gérmenes que habitan el área genital femenina, generalmente se manifiesta como neumonía, seguido de septicemia y meningitis. **Según la Gravedad.** No Complicada: sepsis probada o sospechada en base clínica y laboratorio, que no llega a comprometer la integridad de los sistemas. Severa o Complicada: sepsis más disfunción cardiovascular, hematológica, renal, hepática, dificultad respiratoria, Choque Séptico: sépsis más disfunción cardiovascular que no responde al manejo con volumen isotónico endovenoso de 40 ml/Kg. en 1 hora, presentando al menos uno de los siguientes criterios: Hipotensión Necesidad de fármacos vasoactivos: dopamina, dobutamina, norepinefrina, adrenalina. Dos de los siguientes: Acidosis metabólica inexplicable con déficit mayor de menos 5 meq/L. Aumento del lactato arterial, Oliguria, Llenado capilar lento, Gradiente térmico, central periférico de + 3 °C, Requiriendo soporte con inotrópicos, Síndrome de Disfunción multiorgánica: falla múltiple de órganos a pesar de terapia de soporte completa El diagnóstico se hace en base a la sospecha clínica, factores de riesgo y estudios de laboratorio: **Aislamiento del agente causal.** A través de cultivos de sangre, orina, LCR, secreción traqueal. **Evidenciar la respuesta infamatoria: Hemograma valores normales:** Leucocitos: 5,000 a 20,000 mm^3 , Neutrófilos totales 1,751 a 8,000 mm^3 , Plaquetas más de 100,000 mm^3 , Índice neutrófilos inmaduros /neutrófilos totales ≤ 0.2 . Importante tomar tiempos de coagulación cuando los valores de plaquetas son $\leq 50,000 \text{mm}^3$. **Reactantes de Fase Aguda:** PCR se eleva a las 6 hrs de producirse el insulto y permanece elevada durante 19 hrs, valor normal

menor de 1mg/dl. **Soporte ventilatorio que necesite el paciente:** para mantener una SatO₂ ≥ 92%, y una PCO₂ que no disminuya el PH sanguíneo a menos de 7.25, para favorecer el transporte de oxígeno mantener hemoglobina entre 13 y 15 g/dl. **Soporte hemodinámica:** asegurando un gasto cardíaco adecuado, utilizando las medidas necesarias de volumen, e inotrópicos positivos. **Soporte nutricional:** NO utilizar bloqueadores H₂ aunque el paciente esté en ayuno, iniciar la estimulación enteral de inmediato cuando el paciente este hemodinámicamente estable, empleando en un inicio el agua, ya que es isoosmolar lo que protege para el desarrollo de enterocolitis. **Soporte metabólico:** mantener eutérmico, euglucémico, sin acidosis, con valores de electrolitos dentro de lo normal. **Esquema antimicrobiano. Riesgo potencial de infección y terapia inicial de sepsis: Ampicilina – Sulbactam + gentamicina o amikacina.** (No aplica para sospecha de sepsis nosocomial).

24C

MITOS Y REALIDADES SOBRE EL TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN E HIPERACTIVIDAD.

Dra. Alejandra Munguía Matamoros. Servicio de Psiquiatría Infantil, Hospital Psiquiátrico Dr. Mario Mendoza, Tegucigalpa.

Objetivo. Mostrar un panorama concreto, preciso, del trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH), diferenciando mediante crítica científica; la realidad de lo mitos, de acuerdo a medicina basada en evidencia; ya que el pronóstico dependerá del tratamiento que se aplique. **Definición.** Trastorno neuropsiquiátrico con alteración en la atención, motricidad e impulsividad. **Etiología.** Existe evidencia genética comprobada. Neuroquímicamente: Déficit del neurotransmisor dopamina. **Epidemiología.** La relación niño: niña es de 3-10:1. De los tres subtipos: El inatento predomina en niñas, el hiperactivo/impulsivo y el combinado en niños. **Clinicamente** los síntomas varían con la edad: Los lactantes (síntomas somáticos); preescolares, escolares (dificultades académicas, sociales); adolescentes (conductas de riesgo); adultos (desorganización cotidiana). **Diagnóstico.** Es clínico; se deben descartar etiologías médicas no psiquiátricas. **Pronóstico.** 50% persistirá con sintomatología, sin tratamiento. **Tratamiento.** Farmacoterapia, psicoeducación a padres y maestros, terapia familiar y psicoterapia cognitivo-conductual.

25C

DETECCIÓN TEMPRANA DE TOXOPLASMOSIS CONGÉNITA.

Dra. Maribel Rivera M. Infectóloga Pediatra, Hospital de Especialidades del IHSS, Tegucigalpa.

La toxoplasmosis es una infección parasitaria producida por el protozoo coccidio *Toxoplasma gondii*, que se adquiere al ingerir quistes en carne cruda o mal cocida, alimentos o verduras contaminados con ooquistes o por vía transplacentaria o a través de productos sanguíneos. Su distribución es mundial, y la prevalencia varían de un lugar a otro, aún dentro de un país. La infección adquirida en la persona inmunocompetente carece de importancia clínica, sin embargo, la forma congénita y la infección en pacientes inmunocomprometidos revisten especial interés. La mujer puede transmitir la infección al feto, únicamente si adquiere la infección durante el embarazo (toxoplasmosis aguda). La tasa de transmisión es mayor conforme aumenta la edad gestacional, pudiendo ser de 33 a 40%. La afectación al feto es mayor a menor edad gestacional, pudiendo incluso ocasionar la muerte o provocar graves alteraciones permanentes en la vida postnatal. Cuando se adquiere tardíamente puede cursar como una infección subclínica. De los niños que se infectan con *T. gondii* durante su vida fetal, 5 a 15% mueren, 8 a 10% tienen lesiones cerebrales y oculares severas, 10 a 13% presentarán daño visual moderado a severo y 58 a 72% son clínicamente normales al nacimiento, pero una proporción importante de ellos desarrolla posteriormente coriorretinitis o retraso mental. La suma de los

costos por muerte, inhabilitación laboral, el costo médico desde la infancia hasta la adultez, y el costo de la educación especial o de la internación en instituciones adecuadas, se sitúa entre 369 y 8,756 millones de dólares para los 9,500 casos anuales de infección congénita por *Toxoplasma* en los Estados Unidos. Establecer el diagnóstico prenatal o precoz en el recién nacido, constituye una intervención de impacto, debido a que la profilaxis prenatal disminuye el compromiso al feto, y el tratamiento del recién nacido, durante al menos un año, disminuye la mayoría de las secuelas de la enfermedad. La ausencia de síntomas clínicos en la madre y la alta frecuencia de presentación asintomática en el recién nacido, dificultan la detección oportuna de los pacientes, por lo que el tamizaje en la embarazada reviste gran importancia. La identificación de las embarazadas seronegativas mediante determinación de IgG específica (susceptibilidad a la infección), permite educar a la madre a fin de instaurar medidas preventivas destinadas a evitar el contagio. El seguimiento serológico, permite detectar seroconversión durante el embarazo, toda seroconversión es diagnóstica de infección aguda materna.

26C

EL GLAUCOMA EN HONDURAS

Dra. Mayra Ochoa. Servicio de Oftalmología, Hospital General San Felipe, Centro Oftalmológico Vida Abundante, Tegucigalpa, Honduras.

En la actualidad se define el glaucoma como un grupo heterogéneo de enfermedades que tienen en común una neuropatía óptica característica con defectos en el campo visual (CV), y en la que la Presión Intraocular (PIO) elevada es un factor de riesgo. En el mundo, cerca de 67 millones de personas tienen glaucoma, de los cuales 7 millones están ciegas. La prevalencia del glaucoma en raza blanca oscila entre 0.4% y 4.1% varía de un país a otro y su incidencia aumenta con la edad. "Framingham Eyes Study" reporta prevalencias de 1.4% en edades de 52 a 64 años, aumentando a 5.1% entre 65 a 74 años y 7.2% de los 75 a 85 años. En Honduras la prevalencia del Glaucoma Crónico Simple en mayores de 40 años es 4.5%, siendo más frecuente en la raza negra 14.8% y en el sexo masculino. Existen más de 40 tipos de glaucoma: en función de la edad se clasifican en: Glaucoma congénito, infantil o juvenil; según la amplitud del ángulo entre la raíz del iris y la córnea: Glaucoma de ángulo abierto y Glaucoma de ángulo cerrado y en función de la presencia de factores asociados: Glaucoma Primario o Glaucoma Secundario: diabetes, traumatismo ocular, cirugía ocular o por medicamentos, de éstos el más frecuente es el Glaucoma Inducido por esteroides. El aumento de la PIO como respuesta a los corticoesteroides se ha dado con diversos métodos de aplicación (inhales, tópicos, sistémicos y peri oculares), pero el caso más común es la complicación derivada de la administración tópica, con drogas como la dexametasona o prednisona. Generalmente la PIO aumenta en ciertos pacientes luego de varias semanas de tratamiento continuo, en muchos pacientes ésta cronicidad en su uso es debido a la automedicación o a la falta de control de la presión intraocular mientras exista la necesidad del uso del esteroide. La reacción a los esteroides es irreversible en el 3% de los casos pudiendo llegar a la Ceguera, debemos hacer conciencia en nuestros pacientes para no repetir tratamientos sin la prescripción del facultativo. Debido a su carácter asintomático, el Glaucoma ha sido llamado "el ladrón silencioso de la visión" y es que estamos ante una patología que amerita de la cultura y educación de una medicina preventiva, la única forma de diagnosticar Glaucoma en etapa temprana, es mediante un examen oftalmológico de rutina, donde se establece el cuadro de "sospechoso" mediante la toma de la PIO, examen de fondo de ojo para evaluar la excavación del nervio óptico y posteriormente se confirma con un campo visual y OCT (Tomografía Óptica Coherente del Nervio Óptico). Lamentablemente nuestros pacientes llegan en etapas avanzadas de la enfermedad, cuando hay daños campimétricos irreversibles, pérdida completa de la visión en un ojo o con daños bilaterales en el nervio del 90%, lo que se traduce en una visión tubular muy poco funcional

para el paciente, para poder hacer intervención temprana se recomienda revisiones oftalmológicas a partir de los 40 años cada 2 a 4 años.

27C

INDICACIONES CLINICAS DE LA CORONARIO TC

Dr. Carlos Paz Haslam. Radiología. DIAGNOS, San Pedro Sula.

Introducción. La enfermedad coronaria aguda (eca) es la primera causa de morbi mortalidad en el mundo. En EEUU. Una de cada 5 muertes, mas de 800,000 admisiones hospitalarias al año. La terapia preventiva para esta enfermedad depende de la identificación del paciente que se encuentra en riesgo verdadero antes de que aparezcan los síntomas. El tratamiento efectivo de la eca depende de un diagnóstico rápido y certero. Los factores de riesgo, síntomas y los marcadores bioquímicos son imprecisos. La coronario-tc tiene un papel importante en la identificación temprana de esta enfermedad. El advenimiento de tomógrafos volumétricos multicanales ha permitido la adecuada valoración de la anatomía coronaria en forma adecuada con una elevada sensibilidad y especificidad, agregando que existen nuevas técnicas como la modulación del tubo reduciendo en casi un 80% las dosis de radiación. Estimaciones de Exposición a Radiación. Medicina nuclear (stress mibi) 6- 8 msv. Enema bario 7msv. Rx abdominal 1msv. TC cardiaca sin modulación 13 msv. TC cardiaca tecnología xt * 4 msv. Con estas novedosas técnicas se disminuye dramáticamente la dosis y con ello el riesgo de padecer cáncer posteriormente. *GE HEALTH CARE. Las indicaciones clínicas actuales se encuentran en constante evolución. Los pacientes que se benefician de esta técnica radiológica son: 1. Pacientes con riesgo intermedio de padecer de enfermedad coronaria aguda (eca). 2. Pacientes con pruebas no concluyentes en estudios no invasivos coronarios. 3. Detección de la eca: sintomáticos. Para evaluación de las estructuras cardíacas, evaluación de sospecha de anomalías coronarias. 4. Detección de la eca: sintomático con dolor precordial agudo. 5. Pre test intermedio de probabilidad de eca sin cambios en EKG Y enzimas séricas negativas. 6. Detección de eca con estudios y pruebas anteriores por dolor torácico los cuales no son interpretables o son inespecíficos. 7. Determinación de la estructura y de la función cardíaca. Valoración de enfermedades congénitas complejas incluyendo anomalías de las coronarias, grandes vasos, cámaras cardíacas y válvulas. 8. Evaluación de las arterias coronarias en pacientes con nuevo inicio de falla cardíaca para valorar etiología. 9. Evaluación de la función de las estructuras intra y extra cardíacas 10. Evaluación de sospecha de masas cardíaca (tumor o trombo). 11. Pacientes con limitaciones técnicas para la realización de ecocardiografía, resonancia magnética . 12. Evaluación de patología pericárdica (masa pericárdica, pericarditis constrictiva o complicaciones de cirugía cardíaca). 13. Evaluación de la anatomía venosa cardíaca previa a la realización de la ablación por radiofrecuencia en fibrilación auricular. 14. Mapeo venoso coronario no invasivo previo a la colocación de marcapasos biventriculares. 15. Mapeo arterial coronario incluyendo la arteria mamaria interna previo a la revascularización cardíaca. 16. Evaluación de la estructuras en la enfermedad aortica y pulmonar. 17. Evaluación en la sospecha de la disección aortica o aneurisma de aorta. 18. Evaluación en la sospecha de tromboembolismo pulmonar. Contraindicaciones de la Coronario TC. Embarazo. Historia de alergia al medio de contraste. Beta bloqueadores contraindicados. Creatinina > de 2.0. Preparación del paciente: Ayuno de 4 horas antes del examen, no café ni estimulantes 24 horas antes del examen. Hidratación adecuada antes del examen. No fumar 24 horas antes del examen. Metformina debe ser descontinuada 48 horas antes del examen.

28C

LA CARDIOPATÍA CORONARIA: UNA VISIÓN GLOBAL DE UNA ENFERMEDAD PREVALENTE.

Dr. Darío Varela Lupiac. Cardiólogo. Centro de Cardiología. Siguatepeque, Comayagua.

Cada 33 segundos, alguna persona en los Estados Unidos muere de enfermedades del corazón o de los vasos sanguíneos. Es decir, casi 950,000 muertes anuales. Si nosotros lo ponemos en nuestra perspectiva esto equivale a que cada 6 ó 7 años se moriría toda la población de Honduras. En nuestro país las enfermedades cardiovasculares son cada vez más frecuentes y hoy en día es uno de los problemas de alta morbilidad en nuestros hospitales. Actualmente existen muchos factores de riesgo que inciden en la apreciación de eventos coronarios agudos. Los cardiólogos han definido los factores de riesgo en dos grandes grupos: Factores Modificables y los No modificables. Dentro del primer grupo se incluyen factores que podemos hacer modificación con nuestro estilo de vida (alimentación más adecuada, realizar ejercicio, no fumar control de nuestros niveles de glicemia y tensión arterial), pero los Factores No Modificables son aquellos en los que no podemos incidir directamente sobre ellos como ser Edad, sexo masculino, y antecedentes familiares coronarios. Una de las funciones de nosotros como médicos es insistir en el buen control de las patologías crónicas de nuestros pacientes tales como HTA, dislipidemia, diabetes mellitus. Además de incentivarlos a suspender el tabaquismo, realizar ejercicios regularmente y llevar una dieta hipograsa acorde a los estándares internacionales de alimentación. Durante la presentación estaremos haciendo énfasis en el control adecuado de los factores de riesgo para evitar así eventos coronarios agudos.

29C

DIAGNÓSTICO Y MANEJO DE ANGINA CRÓNICA ESTABLE.

Dr. Nery Erasmo Linarez Ochoa. Cardiólogo. Hospital del Sur, Choluteca.

Angina estable crónica. Síndrome Clínico Caracterizado por: Dolor precordial profundo, opresivo, irradiado al brazo izquierdo, reproducible con el esfuerzo, o la tensión emocional, alivia con el reposo o nitratos, y no cambia con el transcurso del tiempo. Prevalencia: 2-4 % de la población. Mortalidad 0.6-2.4 %. Probabilidad de IM fatal de 1-2 % al año. Se estima que 6.5 millones de personas en los Estados Unidos de América tiene angina de pecho. Se diagnostican 350,000 casos por año. 3.5-5% de estos pacientes tiene infarto cada año. Los objetivos del tratamiento son: 1) Mejorar pronóstico (evitar IM, Síndrome Coronario agudo, disfunción VI, muerte). 2.-Mejorar los síntomas. Importante la asociación de Diabetes Mellitus y Cardiopatía isquémica, se proyecta que para el 2025 habrá 380 millones de diabéticos en el mundo, representando un incremento del 55 %. El electrocardiograma en reposo en su mayoría es normal, es necesario otras pruebas diagnósticas que con mayor sensibilidad y especificidad; estas incluyen: prueba de esfuerzo en banda sin fn o en bicicleta, prueba de esfuerzo con radioisotopo (sestamibi tecnecio 99), Ecocardiograma y ecocardiograma con stres—Dobuta1nina, Angio-resonancia magnética, y en otros países Tomografía con emisión de Positrones (PET). El tratamiento incluye: Aspirina u otro antiagregante en caso de alergia o contraindicación, estatinas, Betabloqueadores, IECA (especialmente si hay hipertensión arterial ICC, 0 DM). Además de ejercicio, dieta, control de DM, dejar de fumar. Las nuevas alternativas para el tratamiento antianginoso incluyen. Tioridazina, Nicorandil, Ivabradina, Ronolazine. **Ivabradina** es el primer inhibidor de la corriente If del nódulo seno auricular y, por tanto Ocasiona bradicardia sinusal. Está indicada en pacientes con angina de pecho que no pueden tomar beta—bloqueantes ni antagonistas del calcio. Nicorandil: Actúa a nivel de los canales de potasio y tiene efecto similar a los nitratos. Ranolizina inhibidor

de la corriente tardía de sodio que se activa con la isquemia la además de efecto metabólico en la oxidación de ácidos grasos. Trimetazidina agente metabólico con efectos protectores contra la isquemia.

30C

NEUROBIOLOGIA Y TRATAMIENTO DE LOS TRASTORNOS DE ANSIEDAD

Dr. J. Américo Reyes Ticas

Los trastornos de ansiedad ocupan el primer lugar en la prevalencia de los trastornos mentales en el mundo, calculándose que el 17 % tiene riesgo de padecerla anualmente. En Honduras se reportan cifras que van desde un 1.4 % para el trastorno de pánico hasta un 9.8% que corresponde al trastorno por agorafobia. El DSM IV reconoce los siguientes trastornos de ansiedad: trastorno de angustia sin agorafobia, angustia con agorafobia, agorafobia, fobia social, fobia específica, obsesivo compulsivo, estrés post-traumático, estrés agudo ansiedad generalizada, ansiedad secundaria a enfermedades medicas o inducido por sustancias y ansiedad no especificada. En cuanto a la etiología se acepta que participan factores biológicos, psicodinámicos, sociales, traumáticos y de aprendizaje, aunque en la mayoría se encuentra una vulnerabilidad condicionada genéticamente. En los trastornos de ansiedad se encuentra una disfunción cerebral que afecta a la amígdala, hipocampo, locus cerúleus, tálamo, hipotálamo, sustancia periacueductal y corteza orbitofrontal, asociándose a mecanismos neurobiológicos como hiperactividad adrenérgica, disfunción serotoninérgica, disfunción dopaminérgica, hiperactividad del factor liberador de corticotropina e hipersensibilidad de los receptores de colecistoquinina. En base a todos éstos factores el tratamiento de los trastornos de ansiedad incluyen estrategias farmacológicas y psicoterapéuticas.

31C

ASPECTOS PSICOFARMACOLÓGICOS EN EL ENTORNO MEDICO

**Dr. César Augusto Díaz Fernández, **Dra. Teresa Isabel Reyes. *Psiquiatra. Consulta Externa Hospital General San Felipe, IHSS. **Psiquiatra, Servicio de Urgencias, Hospital de Especialidades, IHSS, Tegucigalpa.*

En la mayoría de las situaciones clínicas, en el contexto de la práctica de la medicina general, se plantea una compleja asociación de síntomas y signos, en donde un paciente con una enfermedad no psiquiátrica puede ser afectado grandemente en su evolución, pronóstico y funcionalidad sino tomamos en cuenta la evaluación del estado emocional psicossocial y familiar. Cualquier médico no solo los psiquiatras debe estar capacitados para reconocer y tratar la coexistencia de la comorbilidad de estos trastornos. En el marco de esta asistencia el médico debe afrontar el reto que plantea la coexistencia de otros trastornos médicos y el control de los síntomas psiquiátricos ya que estos pueden alterar tanto la eficacia, tolerancia, o seguridad de ambos tratamientos. El advenimiento de nueva generación de psicofármacos invita al médico, en el marco de la medicina general, a actualizar los principios de la farmacología practica, y tener cada vez más amplio conocimiento de la farmacocinética y de las interacciones medicamentosas. Es por eso que consideramos importante enfocar los aspectos psicofarmacológicos en el entorno medico.

32C

CALIDAD DE VIDA Y TRASTORNOS MENTALES DESAFIO PARA LA INVESTIGACION Y PARA LA PRÁCTICA CLINICA.

Dra. Teresa Isabel Reyes. Psiquiatra, Servicio de urgencias, Hospital del Especialidades, IHSS, Tegucigalpa.

La expresión "calidad de Vida" se ha convertido en un autentico "grito de guerra" para todos aquellos que luchan por integrar a la asistencia clínica la experiencia subjetiva de los pacientes respecto a su propia vida durante

la enfermedad. Para este objetivo, el termino calidad de vida parece ser entendido por todas las personas implicadas en el control de la salud y en el tratamiento de la enfermedad. Sin embargo, al evaluar la bibliografía de investigación cada vez más voluminosa, queda claro que todavía hay abundantes cuestiones metodológicas que no han sido resueltas en este campo, y que no hay una definición aceptada universalmente de la calidad de vida ni un único instrumento de referencia para evaluarla. Con respecto a la valoración de la calidad de vida en los trastornos mentales se he señalado lo siguiente: a.- además de la valoración "Subjetiva" también es necesario una valoración "Objetiva". b.- Es necesario la inclusión de los síntomas psicológicos en los instrumentos para determinar la calidad de vida. c.- además del bienestar y la satisfacción, también es necesaria la valoración del desempeño social y de los recursos del entorno. d.- hay que tener en cuenta las modificaciones que se producen a lo largo del tiempo. Es evidente que es apropiada una valoración de la calidad de vida para la planificación de las intervenciones terapéuticas y la evaluación de los resultados en un paciente concreto bajo un concepto multidimensional y estructurado de la calidad de vida, que cubra los distintos dominios vitales específicos: la vida familiar, el dinero.

33C

ACTUALIZACIÓN DE TUBERCULOSIS Y VIH EN ADULTOS

Dra. Elsa Palou. Sociedad Hondureña de Enfermedades Infecciosas; Instituto de Enfermedades Infecciosas y Parasitología Antonio Vidal, Tegucigalpa, Honduras.

La tuberculosis (TB) y el SIDA afecta a más de 8 millones de personas en el mundo. El 30% de casos de VIH mueren de TB. La TB es una de las 10 enfermedades más frecuentes en pacientes VIH(+) en el tercer mundo. La TB progresa más rápidamente y hay mas desarrollo de multirresistencia a drogas (MDR) en pacientes VIH(+). La disminución de CD4, T1 e interferon alfa en pacientes VIH(+) favorece el desarrollo de TB y en TB la estimulación de macrófagos y el incremento de interleucina 1 y 6 más la estimulación inmunológica favorecen el desarrollo del virus de VIH. Básicamente mientras mas inmunosupreso se encuentra el paciente (< de 200 CD4), mas atípica es la presentación clínica y radiológica de la TB pulmonar con infiltrados basales, miliars y linfadenopatias mediastinales. Además, predomina en este grupo de pacientes la TB extrapulmonar siendo la causa más común de fiebre de origen desconocido en pacientes VIH(+). Las presentaciones más frecuentes son la ganglionar, pleural y meníngea. En cuanto al diagnóstico, el tener baciloscopías negativas NO descarta el diagnostico de TB en pacientes VIH(+); de hecho, las baciloscopías son negativas en 40 a 60% de pacientes con cultivos positivos por TB. Ante la sospecha de TB extrapulmonar se recomienda cultivo por micobacterias de sangre, heces y orina y cualquier secreción anormal, así como biopsias de medula ósea, hígado, etc. Existen actualmente métodos diagnósticos como MODS que nos pueden aislar las micobacterias y su sensibilidad en 3 semanas; así como métodos moleculares que diagnostican resistencia a antifímicos en 72 hrs en baciloscopías positivas. El tratamiento de TB pulmonar en VIH(+) es igual al de pacientes VIH(-): INH+RIF+PZA+ETB diario por 2 meses y luego INH+RIF trisemanal por 4 meses. El tratamiento se extiende a un total de 9 meses en TB extrapulmonar. En los pacientes con historia de tratamiento previo y falta de respuesta terapéutica a las 2 semanas post-tratamiento, debe sospecharse MDR. En caso de TB meníngea, pericárdica, suprarrenal, se debe asociar el uso de esteroides. Antifímicos y drogas antirretrovirales: idealmente no se debe utilizar simultáneamente rifampicina e inhibidores de la proteasa debido a la estimulación de p450 por parte de rifampicina. Se prefiere utilizar inhibidores nucleótidos y no nucleótidos de transcriptasa reversa (Efavirens) junto con rifampicina. Idealmente se debe iniciar primero tratamiento antifímico y 2 a 8 semanas después, iniciar tratamiento antirretroviral especialmente en pacientes con <200 CD4 ya que de hacerlo simultáneamente se presenta con mas frecuencia el síndrome

de reconstitución inmunológica con recrudescimiento de síntomas y signos. **TB latente y VIH:** Se recomienda INH 300mg/día por 9 meses. En pacientes VIH(+) y PPD >5mm, o VIH(+) mas contactos cercanos de caso bacilífero, debe cerciorarse que el paciente no tiene TB activa.

34C

TUBERCULOSIS EN PEDIATRÍA

Dra. Maribel Rivera. Infectóloga Pediatra, Hospital de Especialidades del IHSS, Tegucigalpa.

La tuberculosis continua siendo un serio problema de salud a nivel mundial, se estima que hasta marzo del 2009 más de 2000 millones de personas —un tercio de la población mundial— están infectadas con el bacilo de la tuberculosis. En Honduras la OMS estimó para el año 2007 una prevalencia de tuberculosis 71 por cada 100,000 habitantes. Se estima que el 10 – 20% de los casos de tuberculosis ocurren en menores de 15 años, quienes en su mayoría son infectados por convivientes que han desarrollado la enfermedad. El riesgo de contagio intradomiciliario aumenta cuando hay hacinamiento y poca ventilación. En la mayoría de los casos, la "primoinfección" es controlada por la inmunidad mediada por células, aunque puede quedar un pequeño número de bacilos viables dentro del granuloma. La progresión hacia la enfermedad es mayor cuanto más cercana es la primoinfección, especialmente durante los primeros dos años y disminuye con el tiempo. Los niños/as son más vulnerables, en especial los menores de 5 años, y más aún aquellos menores de dos años, quienes tienen mayor posibilidad de desarrollar formas extrapulmonares graves. La enfermedad puede ser difícil de diagnosticar en la población pediátrica, los lactantes y niños pequeños tienen más probabilidades de presentar síntomas, siendo los más comunes febre, pérdida o progreso inadecuado de peso, decaimiento y síntomas respiratorios, que son escasos en la tuberculosis primaria inicial, pero con el agrandamiento de los ganglios mediastínicos pueden haber signos de compresión de la vía aérea (tos y sibilancias). Los niños mayores y adolescentes pueden presentar formas primarias como tuberculosis pulmonar similar a la del adulto, manifestada por tos, astenia, anorexia, sudoración nocturna, pérdida de peso y febre, puede haber cavitación pulmonar y presentar hemoptisis. Sin embargo algunos pacientes se presentan con escasa sintomatología, con tos crónica o adelgazamiento, en estos casos el diagnóstico se basa habitualmente en una fuerte presunción, que surge de una suma de elementos: prueba de tuberculina positiva, radiografía de tórax anormal y antecedente de contacto tuberculoso. La única manera de confirmar el diagnóstico es el hallazgo del bacilo tuberculoso en secreciones o tejidos, lo cual es muy poco frecuente en pacientes pediátricos, sin embargo debe insistirse en la necesidad de realizar baciloscopías del aspirado gástrico, y del esputo en los escolares y adolescentes (puede ser inducido mediante nebulización con solución salina). En Honduras no contamos con la prueba de tuberculina a nivel de salud pública y mucho menos con alguna de las pruebas diagnóstico rápido de tuberculosis, por lo que en algunas situaciones especiales nos vemos obligados a recurrir a la prueba terapéutica.

35C

IMPORTANCIA DE LA CIRUGIA EN EL MANEJO DE LA OBESIDAD Y LA DIABETES.

**Dr. Jorge Luis Deras, **Dr. Edgardo Cárcamo.* *Cirujano, Honduras Medical Center, Tegucigalpa. **Cirujano, Hospital Evangélico, Siguatepeque.

La cirugía se considera actualmente el único tratamiento efectivo y sostenido para la Obesidad Mórbida. Hasta hace poco tiempo la cirugía estaba indicada solamente para la obesidad mórbida refractaria al tratamiento médico, pero este punto está cambiando. El tratamiento médico, basado principalmente en dietas, ha producido muy pocos y desalentadores resultados. Es frecuente que haya una pérdida de peso al iniciarse un tratamien-

to en base a una dieta, pero al abandonarse ésta, el peso llega a ser mayor que al principio del tratamiento. La modificación de hábitos asociados con la dieta ha mostrado ser más efectiva, pero igualmente se produce una ganancia de peso si los cambios se abandonan. El ejercicio puede mejorar la condición de salud de una persona, pero por si mismo no produce una significativa pérdida de peso y finalmente los medicamentos para la obesidad tienen solamente una efectividad mínima (con pérdida de peso del 5 al 10 %). La obesidad ha alcanzado proporciones epidémicas en la mayoría de los países del mundo occidental, lo que también ha producido grandes y costosos problemas de salud. En forma ascendente y geométrica el número de pacientes sometidos a cirugía bariátrica se ha ido incrementando y está incluida con indicaciones precisas en la literatura científica, donde ya no se consideran limitantes para la cirugía las edades menores a 16 años y mayores de 65 años. Sin embargo la cirugía no está exenta de problemas y complicaciones, y aunque en la literatura médica la cirugía tiene menos del 1 % de complicaciones, en la práctica cotidiana se aprecia un alto número de problemas y situaciones complejas post cirugía. Los resultados inesperados de la cirugía bariátrica sobre el curso de la diabetes mellitus tipo II, han producido una avalancha de investigaciones para la actualmente llamada "cirugía metabólica". Siendo la diabetes mellitus otra de las epidemias que cada día afecta a más personas en todo el mundo, dado el incremento de los factores de riesgo (obesidad, nuevas tendencias alimentarias), se abren nuevos campos de investigación para la cirugía. En Honduras, hace unos años fuimos pioneros de las consideradas técnicas modernas de cirugía para la obesidad, con procedimientos realizados desde 1996, que incluyeron gastroplastía vertical y by pass gástrico. Por los problemas de desarrollo socioeconómico que enfrenta nuestro país, y que dificulta el aprendizaje y uso de la tecnología en la cirugía bariátrica, se deben emplear nuevas y creativas soluciones para realizar investigaciones en esta modalidad de cirugía.

36C

LA MUERTE DE LAS GABACHAS BLANCAS ¿Cómo deben vestirse los Médicos en los Hospitales de Honduras?

**Dr. Jorge Luis Deras, **Dr. Fausto Varela.* * Cirujano, Departamento de Pediatría, Hospital General San Felipe. ** Pediatra, Jefe del Departamento de Pediatría, Hospital General San Felipe.

A través de la historia los médicos se vistieron de acuerdo a las circunstancias de su época. Como personajes muy importantes en la sociedad, su forma de vestir obedeció principalmente a patrones de elegancia y distinción. A principios del siglo XX la vestimenta tendió a uniformarse hacia la ropa blanca, donde la gabacha blanca y el estetoscopio fueron considerados símbolo de limpieza, integridad y de la validez científica de la práctica médica. La prohibición de llevar corbata y manga larga para los médicos de Inglaterra en septiembre del 2007, en un intento de disminuir las infecciones nosocomiales, ha sido tomada con sorpresa y estupor por médicos de todo el mundo, que hasta entonces habían considerado a la gabacha blanca como un elemento esencial del cuidado directo del paciente. ¿Qué tan importante es la apariencia formal de los médicos? Existen estudios contradictorios, mientras unos han mostrado que la gabacha blanca estaba asociada por el paciente a la confianza y sinceridad del médico, otras han evidenciado que tanto pacientes hospitalizados como externos, prefieren a los médicos vestidos con ropa semiformal que no incluye la gabacha blanca. Encuestas realizadas a médicos han evidenciado que los de mayor edad prefieren la ropa formal, mientras que los más jóvenes tienden a vestirse en forma más informal. En las últimas décadas ha existido la tendencia a que los médicos vayan dejando atrás el uso de la gabacha blanca por la incomodidad e interferencia que puede producir en la relación médico-paciente. Sin embargo, fuera de estas consideraciones, la evidencia en contra del uso de la gabacha blanca es abrumadora: En numerosas investigaciones se ha demostrado que la gabacha blanca es transportadora

de numerosas cepas de bacterias, y por tanto es por sí misma fuente potencial de transmisión de enfermedades infecciosas. Estudios han mostrado que una cantidad importante y significativa de las gabachas blancas de los médicos (de un 30 a un 95 %) son portadoras de numerosas cepas de bacterias, especialmente estaflococo dorado resistente, que se encuentran principalmente en las áreas de los puños de las mangas y bolsillos. Asimismo se ha encontrado que las corbatas, estetoscopios, relojes de pulsera y celulares pueden ser fuente de contagio de infecciones, pues frecuentemente están contaminados con bacterias patógenas. El servicio de pediatría del Hospital San Felipe ha iniciado estudios preliminares para determinar el impacto de las infecciones intrahospitalarias provocadas por el uso de corbatas y gabachas blancas, introduciendo en forma paulatina, tanto en estudiantes como en los profesionales, el uso de una vestimenta que no implique riesgos para el paciente.

37C

FORO INFLUENZA A H1N1.

Dr. Tito Alvarado, Dra. Carlos A. Javier. Dr. Marco Tulio Luque, Dra. Elham Mandegari, Dr. Denis Padgett, Dra. Elsa Palou, Dra. Maribel Rivera. Sociedad Hondureña de Enfermedades Infecciosas e Instituto de Enfermedades Infecciosas y Parasitología Antonio Vidal, Tegucigalpa, Honduras.

El virus de la influenza pertenece a la familia orthomyxoviridae y se clasifica en tres tipos: A, B y C. Tiene un genoma compuesto de ocho segmentos y en su envoltura tiene dos glicoproteínas, hemaglutinina (H) y neuraminidasa (N). Existen 16 tipos de hemaglutinina y 9 de neuraminidasa y su combinación se utiliza para clasificar los tipos de virus. La aparición en seres humanos de virus de la influenza con nuevas proteínas de superficie, como es el caso de la Influenza H1N1, puede ocasionar pandemias que se convierten en emergencias sanitarias mundiales (por ejemplo las pandemias de 1918, 1957, 1968), con millones de muertes (cerca de 40 millones en la epidemia de 1918), ya que toda la población es "neófita" desde el punto de vista inmunológico. En marzo del 2009, inició la epidemia del nuevo virus de influenza A H1N1 en México, con la subsecuente diseminación por todo el mundo por lo que la OMS, en Junio del 2009, elevó el nivel de alerta a pandemia. El cuadro clínico de la Influenza es agudo autolimitado; se pre-

senta principalmente con fiebre, mialgias, artralgias, disfagia, odinofagia, tos, y rinorrea, en ocasiones vómitos y diarrea. La duración aproximada es de siete días. Algunos pacientes pueden presentar complicaciones como neumonía viral primaria, neumonía bacteriana secundaria, exacerbación de una enfermedad existente como asma o EPOC. Pueden haber otro tipo de complicaciones no respiratorias como encefalitis, neuropatías, síndrome de Reye, Guillain Barre, etc. En contraste con la influenza estacional que afecta los extremos de la vida, esta pandemia afecta principalmente a los adultos jóvenes de 20 a 50 años. Existen diversos métodos para estudiar la influenza. La sensibilidad y especificidad de estos procedimientos es variable. Hasta hace pocos años el cultivo del virus era el estándar de comparación para otros métodos. Más recientemente, se ha demostrado que el método molecular RT-PCR para demostrar el ARN viral es más sensible que el cultivo, pero para fines de comprobación en casos epidémicos se trata de tener el resultado de ambos métodos. También es posible demostrar el virus por inmunofluorescencia directa en células de secreciones respiratorias o demostrar antígeno viral por los llamados métodos rápidos basados en enzimoimmunoensayo (EIA). Los métodos de EIA para demostración de antígeno fueron creados con la idea de tener una forma fácil y accesible para hacer diagnóstico rápido de influenza. Su sensibilidad varía entre 53 y 91%, según las condiciones. Dada la baja sensibilidad, todos los resultados negativos deben ser confirmados con métodos más sensibles como RT-PCR. Las principales medidas de prevención son evitar el contacto con secreciones respiratorias de pacientes con cuadro de influenza, uso de mascarilla, cumplimiento de normas de higiene y lavado frecuente de manos. El virus de la Influenza AH1N1 es sensible a medicamentos antivirales inhibidores de neuraminidasa como zanamivir y oseltamivir y resistente a rimantadina y amantadina. El tratamiento está indicado en pacientes con sospecha clínica de Influenza AH1N1 que requieran hospitalización o que tengan factores de riesgo como: dificultad respiratoria, menores de dos años, mayores de 60 años, mujeres embarazadas, pacientes con una enfermedad de base como asma, EPOC, neumopatías crónicas, cardiopatías, insuficiencia renal e inmunodeprimidos. Hasta la fecha (sept 2009), en el mundo se han confirmado más de 277,500 casos y 3,593 muertes; en Honduras se han confirmado 459 casos y 13 muertes de las cuales 4 se presentaron en mujeres embarazadas (www.bvs.hn).

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, endoscópicos y quirúrgicos. 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 (Cistocele). 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 Médica. 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 brindando 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 Alger¹, Dr. Francisco Becerra³, Dr. Iván Espinoza Salvado², Dra. Edna Maradiaga², Dra. Elizabeth Paguada², Dr. Manuel Sierra², Dr. Gustavo Moncada-Paz².

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 “FORTEALECIMIENTO NACIONAL PARA LA PROTECCIÓN Y PROMOCIÓN DE LA SALUD EN VIH/SIDA, TUBERCULOSIS Y MALARIA EN HONDURAS”

Dr. Manuel Sierra¹, Dr. Rolando Pine², 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 materno-neonatales. **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 (Derminova). 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 facetas 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 CATARINO 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 Heraldo) 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 presentaron 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

TRABAJOS LIBRES PRESENTACIÓN EN POSTER

29TL

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

Dr. Manuel Sierra¹, Dr. Rolando Pine², Dr. Jorge Fernández³, Dr. Edgardo Valeriano⁴.

¹Unidad de Investigación Científica, Facultad de Ciencias Médicas. ²Secretariado Técnico, Mecanismo de coordinación de país, Fondo Mundial. ³Director General de Promoción de la Salud, Secretaría de Salud de Honduras. ⁴Consultor Independiente

Antecedentes. Honduras fue un pionero al acudir al primer llamado de propuestas ante el nuevo e innovador mecanismo financiero del Fondo Mundial en el año 2002 presentando la propuesta “Fortalecimiento de la Respuesta Nacional para la Promoción y protección de la Salud en Malaria”. Se solicitó un monto de US\$ 7,200.165 para un periodo de ejecución de 5 años. Fue una de las primeras propuestas aprobadas por el FM y fue el 5to país a nivel mundial de firmar la misma. La propuesta de Honduras propuso una meta de reducir la incidencia de malaria en un 50% con 3 objetivos: (1) Implementación de un Modelo Ecosistémico para combatir la Malaria; (2) Mejorar la capacidad de Respuesta Local en el abordaje integral de la Malaria; y (3) Fortalecimiento de los procesos de Gobernabilidad, Normalización y Evaluación del Programa Nacional del Control de la Malaria. **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 provista 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.** A nivel de impacto al final del proyecto Honduras presentó una IPA nacional de 2.24 mostrando una reducción de más del 50% (con un IPA de 1.4 en los 58 municipios intervenidos), asimismo una reducción de casos a casi la mitad de los presentados en el 2003 manteniendo estable el número de muestras examinadas y una reducción de 16 municipios en alto riesgo por malaria a 8 (50% de reducción). Indicando esto una asociación directa entre la implementación del proyecto y la reducción de la malaria en Honduras. **Conclusiones/Recomendaciones.** El proyecto ha logrado cambios significativos en la lucha con la Malaria en Honduras. Existe un consenso por parte de los implementadores del proyecto que la condición que más favoreció fue la definición de un modelo Ecosistémico para abordar la Malaria. Se obtuvo durante la vida del proyecto un excelente desempeño final de los indicadores de proceso. Por esta razón este proyecto calificó de acuerdo a las políticas establecidas el Fondo Mundial como un proyecto de alto desempeño y fue invitado a presentar una propuesta de continuación de financiamiento por 6 años más. Uno de los retos más importantes es el profundizar los procesos de planificación estratégica en el abordaje de la malaria incluyendo la actualización permanente de un plan estratégico nacional de lucha contra la malaria a través de procesos de consulta amplia basados en evidencia.

30TL

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

Dr. Manuel Sierra¹, Dr. Rolando Pine², Dr. Jorge Fernández³, Dr. Edgardo Valeriano⁴

¹Unidad de Investigación Científica, Facultad de Ciencias Médicas. ²Secretariado Técnico, Mecanismo de coordinación de país, Fondo Mundial. ³Director General de Promoción de la Salud, Secretaría de Salud de Honduras. ⁴Consultor Independiente.

Antecedentes. Honduras fue un pionero al acudir al primer llamado de propuestas ante el nuevo e innovador mecanismo financiero del Fondo Mundial en el año 2002 presentando la propuesta “Fortalecimiento de la Respuesta Nacional para la Promoción y protección de la Salud en Tuberculosis”. Dicha propuesta se elaboró direccionada a la disminución de la incidencia anual de casos de tuberculosis en un 25%, incorporando los gobiernos locales, las comunidades, y fortaleciendo la capacidad de respuesta del sistema de salud para implementar la estrategia TAES-C y el TAES PLUS. **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 provista 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.** El proyecto logró cambios significativos en el abordaje institucional de la Tuberculosis apoyando la consolidación del programa en el sistema de salud. Durante los cinco años del proyecto la incidencia de tuberculosis disminuyó de 63.5/100,000 en 2002 al 38.6/100,000 en el 2007 representado una disminución de 39%. Sin embargo hay también una disminución en la captación de sintomáticos respiratorios de un 9% en dicho periodo. Además, se obtuvo durante la vida del proyecto un desempeño medio de los indicadores de proceso, y se tuvieron muchos desafíos en el desempeño periódico de los mismos. Este proyecto no calificó, de acuerdo a las políticas establecidas el Fondo FM, como un proyecto de alto desempeño y no fue invitado a presentar una propuesta de continuación de financiamiento por 6 años más. **Conclusiones/Recomendaciones.** Los principales logros del proyecto fueron la disminución de la tuberculosis en un 39%, el manejo clínico de la tuberculosis multidrogo resistente (TBMDR) de acuerdo a los lineamientos del Comité Internacional TBMDR Luz Verde, el incremento de la estrategia TAES al 100% de los pacientes detectados, el mejoramiento del abordaje institucional de la TB con una tasa de diagnóstico y éxito en el tratamiento en concordancia con los estándares mundiales, la organización de la Asociación Alto Tuberculosis para desarrollar COMALES y COLALES en los 58 municipios y la mejoría en la participación interinstitucional en el abordaje de la problemática. Se debe rediseñar la estrategia de búsqueda activa de casos ya que no se están examinando suficientes personas y no se está alcanzando el número esperado de casos llegando a un 60% de la meta de personas con TB por año.

31TL

EXPERIENCIA DIAGNÓSTICA Y TERAPEUTICA CON POLIPOS COLORRECTALES EN PACIENTES PEDIÁTRICOS.

Dr. Enrique Martínez Reina¹, Dra. Dina Carías Escoto¹, Dra. Lourdes Patricia Ortiz Flores¹.

¹Hospital Evangélico de Siguatepeque.

Antecedentes. Los pólipos colónicos son una de las causas más frecuentes de tumores benignos del intestino en niños así como una causa de hematoquezia no dolorosa en este grupo etario, siendo actualmente la rectosigmoidoscopia flexible el método más utilizado para el diagnóstico y tratamiento definitivo de esta patología por ser seguro, bien tolerado y por el riesgo muy bajo de complicaciones. **Objetivo.** Dar a conocer la frecuencia y características clínicas más importantes de los niños diagnosticados y tratados por pólipos colorrectales, mediante rectosigmoidoscopia flexible en el Centro de Gastroenterología del Hospital Evangélico de Siguatepeque.

Material y Métodos. Estudio clínico descriptivo y retrospectivo, realizado mediante el llenado de una hoja de recolección de datos, los cuales fueron tomados de los libros de registros de rectosigmoidoscopias y de los expedientes clínicos de los pacientes estudiados durante el período de julio de 1988 al 26 de mayo del 2009. **Resultados.** 75 niños fueron estudiados de un total de 885 rectosigmoidoscopias, cuyo síntoma principal era el sangrado rectal no doloroso (63.4%) y el prolapso del pólipo por el ano (28.6%). A 63 de ellos (84%) se les encontraron pólipos, la mayoría con lesiones únicas (74.6%), pediculados (79.3%). La localización más frecuente fue el recto (76.1%). Se resecaron endoscópicamente a todos los pólipos encontrados. El diagnóstico por anatomía patológica fue de pólipos juveniles (inflamatorios o de retención) en el 95.2%. La media de la edad para los pacientes con pólipos fue de 5.25 años, (rango de 1 – 16 años) siendo más frecuente en el género masculino (57%). Ninguno de los pacientes estudiados presentó complicaciones secundarias al procedimiento. **Conclusiones.** 1. Las características clínicas y anatomopatológicas de los pacientes en edad pediátrica diagnosticados con pólipos colónicos en nuestro trabajo son similares a lo reportado por la literatura. 2. La rectosigmoidoscopia flexible es un procedimiento diagnóstico y terapéutico muy útil y seguro en niños con pólipos colorrectales.

32TL

ADENOMIOMA DE CUELLO UTERINO: presentación de un caso.

Dra. Valeria Laura Dal Zotto¹, Dr. César Augusto Castro Ordoñez¹, Dr. German David Velásquez Castro¹.

¹Hospital Evangélico de Siguatepeque.

Introducción. El adenomioma es un tumor benigno bifásico constituido por glándulas de aspecto benigno y estroma que incluye músculo liso. Usualmente ocurren en el cuerpo uterino y su localización endocervical es rara. Presentamos el caso de un adenomioma endocervical que se presenta como una tumoración oloipoide. **Caso Clínico.** Mujer de 28 años con antecedente de parto normal un año atrás, que consultó en otra institución por metrorragia y leucorrea. Dos biopsias de una lesión exofítica friable de cérvix revelaron material correspondiente a úlcera. El ultrasonido reveló útero de forma y tamaño normal, bordes regulares y línea endometrial engrosada. A nivel de cérvix se describe la masa redondeada de bordes regulares abriendo el orificio cervical. Se realizó biopsia con aguja gruesa cuyo resultado fue fragmentos de un leiomioma. Se realizó miomectomía por torsión. **Hallazgos macroscópicos.** Formación tumoral ovoide de 7 x 6 x 5,5 cm revestido por mucosa irregular. Al corte con áreas quísticas de contenido pardusco. **Hallazgos microscópicos.** La tumoración estaba compuesta por glándulas irregulares con revestimiento columnar de tipo endocervical sin atipia citológica en estroma fibroconectivo y muscular liso sin contarse mitosis en más de 50 campos de 40X. **Discusión.** El adenomioma de localización cervical es raro y la serie más amplia publicada es

de 10 casos. El diagnóstico diferencial, desde el punto de vista histológico, se plantea principalmente con el adenocarcinoma de desviación mínima y adenosarcoma. Cuando se presentan como masas murales también debe diferenciarse de endocervicosis. La posibilidad de un adenomioma debe tenerse en cuenta en toda paciente con una tumoración cervical al momento de tomar decisiones terapéuticas, especialmente en edad reproductiva.

33TL

MIELOLIPOMA DE LA GLANDULA SUPRARRENAL

Dra. Valeria Laura Dal Zotto¹, Dr. Francisco Edgardo Cárcamo Paz¹. ¹Hospital Evangélico de Siguatepeque.

Introducción. El mielolipoma adrenal es un tumor benigno poco frecuente caracterizado por tejido adiposo maduro que contiene médula ósea activa dentro de la glándula suprarrenal. **Descripción del caso.** Mujer de 35 años con antecedentes de tiroidectomía total a los nueve años, osteoporosis secundaria a hipoparatiroidismo quirúrgico y epilepsia en tratamiento. Consultó por dolor abdominal crónico. El examen físico reveló probable síndrome metabólico. Anemia normocítica normocrómica como único hallazgo de laboratorio. Exámenes hormonales realizados normales. Una tomografía computada reveló una masa sólida, bien delimitada en el sitio anatómico de la glándula suprarrenal. Con diagnóstico de tumor suprarrenal se decidió cirugía. **Hallazgos macroscópicos.** La glándula suprarrenal derecha midió 8 x 6 x 4,5 cm y pesó 83 gr. Al corte estaba reemplazada por una formación tumoral pardusca, friable de aspecto hemático y bien delimitada. Se podía identificar glándula suprarrenal preservada en la periferia del tumor. **Hallazgos microscópicos.** La formación tumoral estaba compuesta por tejido adiposo y hemopoyético con elementos de las tres series en maduración. Se identificó parénquima adrenal cortico-medular conservado en adyacencias. **Discusión.** El mielolipoma es un tumor benigno que comprende el 0,08 al 0,4 % de los hallazgos de autopsias. Son hormonalmente inactivos y los hay descritos en localizaciones extraadrenales. Son clínicamente silentes y dan síntomas cuando alcanzan gran tamaño. Histológicamente deben diferenciarse de tumores hemopoyéticos extramedulares asociados a enfermedad mieloproliferativa y anemia hemolítica. Cuando predomina el componente adiposo deben distinguirse de liposarcomas.

34TL

GRANULOMA ELASTOLITICO ANULAR DE CELULAS GIGANTES: presentación de un caso.

Dra. Valeria Laura Dal Zotto¹, Dr. Francisco Edgardo Cárcamo Paz¹. ¹Hospital Evangélico de Siguatepeque.

Introducción. El granuloma elastolítico anular de células gigantes, o granuloma actínico, es un desorden cutáneo idiopático poco frecuente. Repasamos los hallazgos clínicos e histológicos de un caso recibido en nuestra institución. **Descripción del caso.** Mujer de 56 años con varias lesiones eritematosas, tipo placa, anulares, con tendencia a confuir, centro hipopigmentado y borde activo, localizadas en brazos, cuello y cara, de 3 años de evolución. Resto del examen físico y laboratorio negativos. Se realizó biopsia incisional radial. **Hallazgos microscópicos.** El sector correspondiente al borde elevado de la lesión mostró un infiltrado dérmico compuesto por células gigantes multinucleadas, histiocitos, linfocitos y células epitelioides conformando granulomas poco definidos. Había pérdida del material elástico en el infiltrado granulomatoso y fragmentos de fibras elásticas en el citoplasma de algunas células multinucleadas. El centro hipopigmentado de la lesión mostró ausencia de tejido elástico e inflamación y el extremo opuesto de la biopsia, fuera del borde elevado, evidenció abundante material elastótico dérmico. **Discusión.** El granuloma elastolítico anular de células gigantes es un desorden idiopático, poco frecuente caracterizado por placas anulares similares a las observadas en el granuloma anular pero que particularmente ocurren en áreas fotoexpuestas. Se acepta hoy que repre-

senta una variante en el espectro necrobiosis lipóidica- granuloma anular y de las cuales debe diferenciarse. Su tratamiento es dificultoso. Hay poca respuesta a los corticoides tópicos e intralesionales. Algunos pacientes experimentan regresión espontánea. Los pacientes deben ser informados de evitar la exposición al sol y usar pantalla solar para prevenir la aparición de nuevas lesiones.

35TL

TUMOR PHYLLODES MALIGNO Y CARCINOMA DUCTAL INFILTRANTE SINCRONICOS. PRESENTACIÓN DE UN CASO.

Dra. Valeria Laura Dal Zotto¹, Dr. Rommel Napoleón Carrasco Pérez².

¹Hospital Evangélico de Siguatepeque, ²Hospital Enrique Aguilar Cerrato, La Esperanza, Intibucá.

Introducción. La presentación simultánea de carcinoma y tumor phyllodes maligno es rara y hay publicados muy pocos casos. **Descripción del caso.** Mujer de 70 años de la cual se recibe biopsia incisional de dos nódulos en mama derecha, el mayor con diagnóstico clínico de fibroadenoma y el menor sospechoso de carcinoma. **Hallazgos macroscópicos.** El nódulo mayor midió 4 x 3,7 x 3,5 cm. Al corte era sólido, blanquecino, de consistencia elástica. El fragmento menor midió 3 x 2 x 1,5 cm y al corte era sólido blanquecino, indurado y de bordes irregulares. **Hallazgos microscópicos.** El nódulo mayor estaba constituido por una proliferación fibroepiteliomatosa, con hiper celularidad estromal rodeando hendiduras elongadas revestidas por epitelio benigno. El componente estromal mostró moderada atipia nuclear y hasta 11 mitosis cada 10 campos de 40X. El nódulo menor mostró un carcinoma infiltrante con diferenciación ductal, formación de túbulos, moderado pleomorfismo nuclear y menos de 1 mitosis por campo de 40X. El margen de la resección contactaba con el tumor. **Discusión.** El tumor phyllodes es una neoplasia fibroepitelial que ocurre en mujeres del mismo grupo etario que el carcinoma. El hallazgo de marcada celularidad estromal, pleomorfismo y un conteo de más de 10 mitosis cada 10 campos de 40X entre otros criterios, separan las categorías benigna, border-line y maligna de estos tumores. Los principales diagnósticos diferenciales se plantean con el carcinoma metaplásico y el sarcoma primario de mama. Si bien hay casos descriptos de carcinomas intraductales e infiltrantes originados dentro de un tumor phyllodes, el hallazgo simultáneo de estos dos tumores es una rareza. Solo cinco casos han sido publicados hasta la actualidad. El pronóstico final en nuestra paciente está determinado por el carcinoma infiltrante. Destacamos la importancia del estudio histopatológico de todo nódulo de mama, aún aquellos sin signos radiológicos de malignidad.

36TL

AGENESIA DE VESICULA BILIAR PRESENTACION DEL PRIMER CASO EN HONDURAS

Dr. Francisco Edgardo Cárcamo Paz. Hospital Evangélico de Siguatepeque.

Introducción La agenesia de vesícula biliar se refiere a la ausencia de la vesícula biliar, debido a la no formación durante el período de organogénesis. Es la malformación congénita del árbol biliar **menos** frecuente, estimándose en 0.01 - 0.09 % de todos los nacidos vivos. Se presenta el primer caso en Honduras, para llamar la atención sobre la existencia de esta entidad. **Descripción del caso.** Masculino de 44 años, con cuadro clínico típico de colecistitis crónica calculosa de 9 años de evolución, con 3 ultrasonidos hechos por tres radiólogos diferentes que identifican la vesícula contraída, escleroatrofca, y con litiasis. Se opera, no se encuentra la vesícula en el sitio anatómico habitual. Se exploran los sitios de ectopia vesicular. Se realiza colangiograma transoperatorio, no se detecta la vesícula biliar, se diagnostica AGENESIA DE VESICULA BILIAR VERDADERA. **Discusión.** Desde su descripción inicial en 1701 por Lemery, su detec-

ción es un hallazgo operatorio, como lo demuestran las publicaciones, que de un total de 417 casos reportados, solamente 3 se pudieron diagnosticar preoperatoriamente. Esto se debe a su frecuencia tan baja, la presentación clínica que va desde asintomática a cuadros clínicos indistinguibles de otras patologías biliares y los hallazgos ultrasonográficos preoperatorios imprecisos. Esta situación debe de cambiar y damos algunas recomendaciones para tal fin: 1. Considerar el antecedente familiar de agenesia vesicular. 2. Cuando la vesícula biliar no se ve claramente en el ultrasonido (que es el método de elección en patología vesicular), considerar el diagnóstico de agenesia de la vesícula biliar, aunque tenga sintomatología compatible con una colecistopatía. 3. Ante la sospecha diagnóstica realizar colangiografía magnética nuclear o colangiografía intravenosa con TC helicoidal. En caso de no estar disponibles, la colangiografía endoscópica retrógrada es de mucha utilidad. **Conclusiones.** La agenesia de vesícula biliar es una anomalía congénita muy infrecuente. El cuadro clínico de la agenesia de vesícula es asintomático o inespecífico. Se diagnostica ultrasonográficamente en un 100% de las veces como vesícula contraída, escleroatrofca y con litiasis, aunque las imágenes sean dudosas, seguramente influenciados por la sintomatología del paciente y la alta frecuencia en la sociedad occidental de colecistolitiasis. El diagnóstico preoperatorio de esta entidad es difícil pero posible, si se considera su existencia. El abordaje laparoscópico de esta patología, puede conducir a lesiones quirúrgicas de la vía biliar, por las dificultades en la interpretación de la anatomía, en pacientes con variantes anatómicas congénitas.

37TL

LIGADURA ENDOSCOPICA DE VARICES ESOFAGICAS (LEV). EXPERIENCIA DE 11 AÑOS EN EL HOSPITAL EVANGELICO DE SIGUATEPEQUE.

Dr. Enrique Martínez Reina¹, Dra. Carmen Rosario Estrada Núñez¹. ¹Hospital Evangélico de Siguatepeque.

Introducción. El presente trabajo muestra nuestra experiencia en el tratamiento de las varices esofágicas con este método relativamente nuevo: Ligadura endoscópica de varices (LEV). Este método se ha popularizado, a nivel mundial, como el método de elección en la erradicación de las varices esofágicas. **Objetivos.** Los objetivos del estudio fueron: a) Evaluar la efectividad del método; b) Evaluar presencia de complicaciones. **Material y métodos.** Se hizo un estudio descriptivo retrospectivo de 45 pacientes con una edad media de 54.3 (rango de 17 a 77), que fueron tratados en el Centro de Gastroenterología del Hospital Evangélico, con diagnóstico endoscópico de varices esofágicas y estigmas de sangrado reciente, hemorragia aguda de origen variceal o ambas, de etiología diversa e independiente de la clase funcional hepática. Se incluyeron 45 pacientes, 25(55%) hombres y 20(44%) mujeres. Se utilizó, en cada paciente: a) Videoendoscopio Olympus; b) Ligador multibandas de Wilson Cook. Se aplicó técnica de iniciación a partir del rodete de la unión esofagogástrica. **Resultados.** En todos los pacientes (100%) se pudo realizar el procedimiento completo. El promedio de bandas aplicadas por sesión fue de 3.4 y de sesiones requeridas 1.9 (rango de 1 a 4). En todos los pacientes se logró mejoría evidente del sangrado (100%). Las complicación temprana fue sangrado durante el procedimiento en 4(8.8%) pacientes y la complicación tardía encontrada fue dolor referido como dolor epigástrico y retroesternal de leve a moderado en 14 (31%) pacientes. La erradicación variceal se logró en 26 (57%) del total de los pacientes, que completaron de 2 a 4 sesiones. El resto de pacientes no completó el tratamiento. No se presentó resangrado inmediato ni tardío en 41(91%) de los casos. **Conclusiones.** Nuestro estudio muestra, coincidente con la literatura mundial, que la ligadura endoscópica de varices es un procedimiento seguro y efectivo tanto para el tratamiento de la hemorragia variceal aguda como para la desaparición de los cordones varicosos. En base a lo anterior se ha convertido en el tratamiento de elección para las varices esofágicas hemorrágicas o con riesgo de sangrado.

38TL

EXPERIENCIA DE LIGADURA DE HEMORROIDES INTERNAS CON BANDA ELÁSTICA.

Dr. Enrique Martínez Reina¹, Dr. José Elpidio Sierra Zerón¹.

¹Hospital Evangélico de Siguatepeque.

Introducción. La técnica de ligadura con banda de hule, para hemorroides internas, ha sido utilizada desde hace más de cuarenta años y constituye hoy en día uno de los tratamientos más efectivos a nivel mundial. No obstante, en nuestro país no ha tenido una amplia divulgación y en consecuencia ha sido practicada solo en pocos centros. **Objetivo.** Los objetivos de nuestro estudio han sido: (1) Valorar la efectividad terapéutica del procedimiento; (2) Describir las complicaciones; (3) Promover el uso de la técnica en nuestro medio. **Pacientes y métodos.** Se diseñó un estudio descriptivo retrospectivo de los pacientes que fueron tratados con ligadura de hemorroides internas en el Centro de Gastroenterología del Hospital Evangélico entre 1988 al 2008. Se trataron acientes con hemorroides internas grado II y III, según la clasificación del Hospital Saint Marks. Se empleó la técnica descrita por Barron, utilizándose el ligador modelo de Mc Givney. **Resultados.** Ciento veintitrés (123) pacientes con una edad media de 46.8 años (rango 20 a 88) fueron tratados con el método de Barron. La sintomatología más frecuente fue proctorragia (97.6%) y sensación de cuerpo extraño en ano (56.17%). De todos los pacientes tratados la mayoría tenían hemorroides internas grado II (94.3%) con más de un sitio de localización. Referente al número de bandas aplicadas, se encontró que de la totalidad de pacientes 60% solo requirió 1 banda, 30% 2 bandas, 6.5% 3 bandas, 1.6% 4 bandas y 0.8% 5 bandas. Al investigar las sesiones requeridas se encuentra que en 78.95% de los pacientes se realizó 1 sesión, en 14.6% 2 sesiones, en y en 6.5% 3 sesiones. Se evaluaron las complicaciones tempranas y tardías: a) En las tempranas 3.2% de los pacientes presentó dolor y 1.6% presentó sangrado; b) En las tardías 6.5% de los pacientes presentó sangrado y 2.4% presentó dolor. Para considerar la eficacia del procedimiento se realizó una evaluación después de un año en base a dos criterios: (1) Erradicación de las hemorroides; (2) Desaparición o mejoría de los síntomas. En base a lo anterior se encontró que 70.7% presentaban erradicación de las hemorroides, mientras que 4.1% mostraron persistencia de las hemorroides. 25% de los pacientes no se presentaron al control. Se realizó otra evaluación posterior y del total de pacientes 6 (4.89%) requirieron manejo quirúrgico (hemorroidectomía); 3 (2.4%) requirieron sesiones adicionales para ligadura, 1 (0.81%) falleció por su enfermedad de base (cirrosis) y 1 (0.81%) desarrollo fsura anal. **Conclusiones.** Se concluye que el procedimiento realizado en pacientes con hemorroides grado II y III, muestra resultados satisfactorios y con mínimo porcentaje de complicaciones.

39TL

FACTORES PRESENTES EN PACIENTES CON DIAGNOSTICO DE HUEVO ANEMBRIONADO

Dr. Germán David Velásquez¹, Dra. Angélica Acosta¹.

¹Hospital Evangélico de Siguatepeque.

Antecedentes. El Huevo Anembrionado, se produce por alteraciones en la meiosis de los gametos maternos o paternos, por superfecundación, por más de un espermatozoide o por división cromosómica sin división del citoplasma. (1) También puede producirse por aumento de la consistencia de la zona pelúcida, blastulación anormal o disminución del número de células en el disco embrionario. Se expresa en forma de un embarazo bioquímico, es decir sin embrión, pero con las concentraciones elevadas de Gonadotropina Coriónica. (2) Los factores asociados al diagnóstico de Huevo Anembrionado pueden ser la edad mayor de 30 años, tabaquismo, tipo de sangre A Positivo, aunque no se comprende bien su epidemiología. (1,4,5) En un estudio realizado en Venezuela sugiere una causa genética, quizá preferentemente recesiva. (6) Uno de los factores que ha surgido en los últimos

tiempos son los embarazos por fertilización in vitro, que han alcanzado tasas que oscilan en la literatura del 19 al 31 %. (8,10) En nuestro medio no se registran estudios que analicen los factores relacionados a esta entidad. **Objetivos.** Describir factores relacionados al diagnóstico de Huevo Anembrionado. Determinar la frecuencia de estos factores relacionados en pacientes con diagnóstico de Huevo Anembrionado. **Material y Métodos.** Revisión de expedientes de pacientes del Hospital Evangélico con diagnóstico de Huevo Anembrionado durante 6 años (2003-2008), tomando en cuenta los factores que estaban relacionados. **Resultados.** El rango de edad que más frecuentemente se ve afectado con Huevo Anembrionado, son las menores de 30 años con un porcentaje de 70.27 %, siendo el grupo mayor la pacientes de 26 a 30 años de edad. Con respecto a la paridad, en nuestro estudio las nulíparas presentaron el mayor porcentaje (35 %). Los antecedentes no evidenciaron datos importantes pues la mayoría de las pacientes eran pacientes sanas sin antecedentes patológicos, por lo tanto no usaban ningún tipo de medicamentos. Otros factores que se evaluaron fueron: el uso de métodos de planificación, en los cuales se observa el uso de Anticonceptivos orales, con un porcentaje del 24.32 %, siendo el 64.28 % de pacientes usuarias de métodos de planificación. En resultados de Citología Vaginal, 20 pacientes no se habían realizado la citología recientemente, de las 17 que sí se la realizaron, 10 fueron completamente normales, 1 presentó lesión intraepitelial de bajo grado con HPV. El tipo RH más frecuentemente encontrado fue el O Positivo con un 56.75 %, seguido del A Positivo con 6 pacientes. **Conclusiones.** Contrario a lo que la literatura nos dice, la mayor frecuencia de Huevo Anembrionado se observa en las menores de 30 años. El que el grupo sea de mujeres más jóvenes disminuye la presencia de factores patológicos así como el del uso de medicamentos. Un factor que se puede observar es la paridad, pues nuestro estudio nos describe mayor porcentaje en mujeres nulíparas. El uso de métodos de planificación es un factor que se repite asociado al Huevo Anembrionado, específicamente los Anticonceptivos Orales. El tipo de sangre más frecuente fue el O Positivo, aunque la literatura describe que el más frecuente asociado con Huevo Anembrionado es el A Positivo, aunque hay que considerar que el mismo O Positivo es el más frecuente en nuestro medio. **Recomendaciones.** Realizar estudios más exhaustivos para determinar los factores más infuyentes para la presentación del Huevo Anembrionado.

40TL

ANGIOSTRONGILIASIS ABDOMINAL: APROXIMACIÓN DIAGNÓSTICA CON MÉTODOS DE IMAGEN Y ENDOSCOPIA.

Dr. Carlos Muñoz¹, Dr. Enrique Martínez Reina¹, Dr. Carlos Paz Haslam², Dr. Edgardo Cárcamo¹, Dra Valeria Dalzotto¹.

¹Hospital Evangélico de Siguatepeque. ²DIAGNOS, San Pedro Sula, Cortés.

La angiostrongiliasis abdominal (AA) fue descubierta por Morera y Céspedes en 1967 en Costa Rica describiendo su ciclo parasitario en 1971. El primer caso de AA fuera de Costa Rica se informó en Honduras en 1972 por el Dr. Edgardo Sierra y el Dr. Pedro Morera en el Hospital Evangélico de Siguatepeque. Es una enfermedad infecciosa esporádica causada por el *Angiostrongylus costaricensis* un nematodo filariforme que causa reacción granulomatosa infamatoria en la pared intestinal y que generalmente se presenta en niños. El síndrome clínico es comúnmente conocido como enterocolitis eosinofílica y aunque generalmente de una naturaleza benigna, su curso puede desarrollarse a formas más complicadas tales como obstrucción o perforación intestinal o confundirse con una apendicitis aguda y por lo cual requerir un abordaje quirúrgico. En los cuadros de dolor abdominal atípico cada vez más se recurre a los métodos diagnósticos por imagen como ultrasonido y tomografía axial computarizada multidetectores, esta última a través de la colonoscopia virtual puede identificar la porción del colon que se encuentra engrosada y de esta manera hacer un diagnóstico diferencial entre las patologías que deben considerarse como tumor

intestinal y apendicitis aguda. En el caso de sospecha de tumor de la pared intestinal la colonoscopia endoscópica nos acerca al diagnóstico al tener la posibilidad de obtener una muestra de la lesión para poder ser analizada por anatomía patológica. Se describe el caso de una paciente adulta con cuadro insidioso de dolor abdominal a nivel del fango derecho clasificado como una síndrome de colon irritable quien se realizó ultrasonido diagnosticándose una poliposis vesicular se indicó tomografía abdominal preoperatoria decidiendo la paciente por cuenta propia realizarse una colonoscopia virtual como estudio de screening, identificando la presencia de lesión tumoral en colon ascendente muy sugestiva de carcinoma. Se realizó colonoscopia endoscópica confirmando la lesión sospechosa tomando biopsias en las cuales no se identificó proceso neoplásico insinuándose únicamente una parasitosis por la intensa eosinofilia identificada pero sin un diagnóstico definitivo y a pesar de la eosinofilia en el hemograma preoperatorio se decidió la extracción quirúrgica de la lesión identificando la presencia de parásitos adultos y huevos diagnósticos de AA en el estudio anatomopatológico. Debido a la escasa frecuencia de esta entidad en adultos y la falta de reportes del uso de recursos diagnósticos tales como ultrasonido, colonoscopia virtual y endoscópica creemos interesante reportar este caso y correlacionarlo con la literatura.

41TL

PREVALENCIA DE LA DISFUNCION ERECTIL EN PACIENTES DEL 18 A 65 AÑOS CON VIDA SEXUAL ACTIVA EN LA COMUNIDAD DE SANTA MARIA, DANLI EL PARAISO HONDURAS EN EL PERIODO DE ENERO A MARZO DE 2009

Dr. Marlon Ulises Estrada Sánchez. Danlí, El Paraíso.

Se realizó un estudio de tipo descriptivo de prevalencia, prospectivo y transversal. Prevalencia de la Disfunción Eréctil en pacientes de 18 a 65 años con vida sexual activa en la comunidad de Santa María Danlí El Paraíso Honduras C.A en periodo de Enero del 2009 a Marzo del 2009. El Universo lo conformaron 432 hombres atendidos en la consulta externa durante el periodo de estudio señalado. La muestra la constituyen 61 utilizaron criterios de inclusión y exclusión. Se eligieron cuatro barrios que pertenecen a la zona de Santa María Danlí El Paraíso, luego se realizó un sorteo para elegir el barrio donde se realizará la toma de datos, realizando un barrido casa a casa. Entre los resultados más importantes podemos destacar: Las características demográficas Raza, mestiza, casados, la mayoría aprobaron su educación primaria, agricultores, comerciantes informales religión católica

Los elementos de tipo psicológico encontrados son el estrés, la ansiedad, y en menor grado problemas con la autoestima demostraron no tener relación con la disfunción eréctil. Las enfermedades que más frecuentes encontradas fueron la gastritis y la HTA, los medicamentos utilizados para el tratamiento son la ranitidina y Enalapril y Atenolol ambos medicamentos están asociados con la disfunción eréctil. Algunos pacientes reportaron estar en tratamiento con antidepresivos los que demostraron no tener relación con la disfunción eréctil. El consumo de bebidas alcohólicas, tabaquismo y en menor grado el consumo de cocaína están asociada con la disfunción eréctil. La prevalencia de disfunción eréctil, 5.78 % en comparación con de la bibliografía consultada. En base a los resultados obtenidos se considera importante, desarrollar trabajo educativo con los usuarios hábitos que pueden provocar trastornos de la erección.

42TL

CORIOCARCINOMA GESTACIONAL COMO CAUSA DE DETERIORO NEUROLÓGICO: REPORTE DE UN CASO

Dra. Olga Zavala¹, Dr. Roberto Zelaya (QDDG)¹, Dr. Arnold Thompson-Cerna²

¹Departamento de Patología de Hospital Escuela

²Postgrado de Neurología, Universidad Nacional Autónoma de Honduras.

Antecedentes: El coriocarcinoma gestacional (CG) es la forma más agresiva de las enfermedades trofoblásticas gestacionales, siendo de pronóstico desfavorable ya que produce metástasis tempranas. Los sitios de metástasis más frecuentes son pulmones (80%), vagina y vulva (30%), hígado (10%), cerebro (10%) y riñones (10%); A continuación se describe caso clínico recibido en el Hospital Escuela. **Hallazgos clínicos:** Se trata de paciente femenina, puerpera vaginal de 1 mes de evolución y quien acude en busca de ayuda médica por disminución de su agudeza visual bilateral, hasta llegar a tener visión de bultos. La paciente no había manifestaciones neurológicas previas, y se ingreso a sala para su estudio. Se quejó de presentar cefalea holocraneana súbita, de severa intensidad, acompañado de deterioro progresivo en su estado de conciencia. A las pocas horas desarrolla clínicamente cuadro compatible con herniación cerebral y finalmente fallece. **Hallazgos de patología:** Al realizar autopsia, se encuentra coriocarcinoma gestacional estadio IV (FIGO 2000) metastásico a pulmón, riñón, bazo, cerebro y meninges (fosa posterior); hemorragia intraparenquimatosa e intraventricular, edema cerebral y datos de encefalopatía hipóxica.

ANUNCIESE EN LA REVISTA MEDICA HONDUREÑA

CONTACTECNOS PARA PUBLICIDAD EN IMPRESIÓN A COLOR

EN PAPEL SATINADO

LIII CONGRESO MEDICO NACIONAL

SEDE: CHOLUTECA, CHOLUTECA

**TEMA PRE CONGRESO: "DESASTRES NATURALES
Y SU IMPACTO EN LA SALUD"**

FECHA: 13 DE JULIO 2010

**TEMA CONGRESO "LOGROS Y PERSPECTIVAS DE LA MEDICINA
EN LA ERA DE LA GLOBALIZACION"**

FECHA: 14, 15 Y 16 DE JULIO 2010

MEDICO HOMENAJEADO: "DR. SALVADOR ALBERTO MARTINEZ ZELAYA".

DIRECTIVA

PRESIDENTE:	DRA. MARIA ELENA RIVAS
VICEPRESIDENTE:	DR. RICARDO ANDINO
SECRETARIO:	DR. DOUGLAS E. AVELAR
TESORERO:	DRA. LESNY FUENTES
FISCAL:	DR. LUIS ROBERTO GOMEZ
VOCAL 1:	DR. JOSE JUAN CUAN

COORDINADORES DE COMITES:

CIENTIFICO:	DR. NERY LINARES
SOCIAL:	DRA. LETICIA RUEDA
LOGISTICA:	DR. GUILLERMO LAGOS
PROPAGANDA:	DRA. MARIA ANTONIETA CASTRO
TRANSPORTE Y ALOJAMIENTO:	DR. RICARDO CALIX.

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 - 76, 2003 - 2008).

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 audio visuales Marque de acuerdo a las ayudas audiovisuales que necesitará.
4. Escriba el cuerpo del Resumen en el cuadro. Utilice letra tipo **Arial** 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. Conferencias Texto sin subtítulos. Trabajo Científico Antecedentes, Objetivo(s), Material y Métodos, Resultados y Conclusiones/Recomendaciones. Trabajo Clínico Antecedentes, Descripción del caso/serie de escasos (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.

Envíe el Resumen (original y una copia, más un DC) vía Correo Postal a la dirección que se indicará posteriormente o vía Correo Electrónico a la dirección que también se indicará posteriormente.

FECHA LÍMITE PARA ENTREGA DE RESUMENES: 31 DE MARZO DE 2010.

RESUMENES DE LOS TRABAJOS LIBRES

CATEGORIA DEL TRABAJO LIBRE

TITULO

NOMBRE, GRADO ACADEMICO DE AUTORES, DIRECCION DEL DEPARTAMENTO

DONDE LABORAN

DATOS DEL EXPOSITOR

Nombre:

Dirección:

Teléfono:

EQUIPO A UTILIZAR

CUERPO DEL RESUMEN (no más de 500 palabras)

Trabajo Científico

Título

Autores

Instituciones

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

Trabajo Clínico

Título

Autores

Instituciones

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

Experiencia de Salud Pública

Título

Autores

Instituciones

Antecedentes, Descripción de la experiencia, Lecciones aprendidas.

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

TITULO

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

DATOS DEL EXPOSITOR

Nombre:

Dirección:

Teléfono:

EQUIPO A UTILIZAR

CUERPO DEL RESUMEN (no más de 500 palabras)

Conferencia:

Título:

Autores:

Instituciones:

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

Lineamientos para la elaboración del Programa y Libro de Resúmenes del Congreso Médico Nacional como Suplemento de la Revista Médica Hondureña

Consejo Editorial Revista Médica Hondureña

1. Para la mejor comprensión de estos lineamientos, se recomienda revisar los Suplementos No. 1 de los Volúmenes 71-75 (años 2003-2008) de la Revista Médica Hondureña (RMH). El Suplemento mantiene el formato general de la RMH.
2. Los documentos electrónicos que conforman el Programa y Libro de Resúmenes deben entregarse al Consejo Editorial, revisados y completos, dos meses antes del Congreso Médico Nacional (segunda quincena de mayo).
3. Listado de documentos que se deben entregar:
 - a. Archivo TIF con arte del afiche que se constituirá en la portada del Suplemento.Archivo(s) Word de:
 - b. Palabras de Bienvenida del Presidente del Comité Organizador
 - c. Palabras de Inauguración del Presidente del Colegio Médico de Honduras
 - d. Junta Directiva del Colegio Médico
 - e. Comité Organizador del Congreso Médico Nacional
 - f. Programa Científico de los Cursos Pre-Congreso (en programa Excel)
 - g. Actividades Socioculturales
 - h. Programa Ceremonia Inaugural, incluyendo reseña biográfica del médico homenajeado.
 - i. Programa Científico del Congreso (en programa Excel)
 - j. Programa Ceremonia de Clausura
 - k. Resúmenes del congreso (conferencias plenarias, conferencias magistrales, conferencias de simposio, conferencias de mesas redondas, etc.)
 - l. Resúmenes Trabajos Libres
 - m. Resúmenes Trabajos Libres Carteles
 - n. Índice por autor y número de resúmenes
 - o. Información del siguiente Congreso Médico Nacional
 - p. Comité Organizador siguiente Congreso Médico Nacional
 - q. Instrucciones Trabajos Libres
4. Programas Científicos. Debe incluir información clara sobre:
 - a. Fecha, Salón, Hora (especificar cuando las conferencias sean Plenaria)
 - b. Código del Resumen, Título de la conferencia y Autor.
 - c. Horario de preguntas y respuestas
 - d. Horario de receso
 - e. Horario de almuerzo
 - f. Resúmenes (conferencias plenarias, conferencias magistrales, conferencias de simposio, conferencias de mesas redondas, etc. y trabajos libres).
5. Debe incluir la información siguiente:
 - a. Código de Resumen: número y siglas de acuerdo si se trata de Conferencia Plenaria (CP), Conferencia Magistral (CM), Conferencia Simposium (CS), Conferencia Mesa Redonda (CMR), Trabajo Libre (TL), etc.
 - b. Título, autores, instituciones.
 - c. Resumen en el Formato de acuerdo a la Guía de Realización de Congresos (Conferencias, Trabajo Libre de Trabajo Científico, Experiencia de Salud Pública y Caso o Serie de Casos Clínicos).
6. Los autores enviarán un formulario firmado de presentación de su trabajo con sus datos y resumen para autorizar la publicación del resumen respectivo en el Suplemento de esta Revista.

PATROCINADORES

AGENCIA MATAMOROS
AMESYS-SA
ALCALDÍA MUNICIPAL DE SIGUATEPEQUE
GRUPO AMERICANA
BAC-BAMER
BANCO DE OCCIDENTE
BANPAIS
CAMARA DE COMERCIO DE SIGUATEPEQUE
CAMARA DE TURISMO DE SIGUATEPEQUE
CELTEL
DIAGNOS
DISTRIBUIDORA DE EQUIPOS MÉDICOS
HONDURAS MEDICAL CENTER
HOSPITAL DE VALLE, SAN PEDRO SULA
HOSPITAL EVANGELICO, SIGUATEPEQUE
LABORATORIOS ABBOTT
LABORATORIOS ASOFARMA
LABORATORIOS BAGO
LABORATORIOS BAYER SCHERING PHARMA
LABORATORIOS CHALVER DE HONDURAS
LABORATORIOS CHILE
LABORATORIOS FARSIMAN
LABORATORIOS FINLAY
LABORATORIOS MC
LABORATORIOS MENARINI
LABORATORIOS NOVARTIS
LABORATORIOS PANALAB
LABORATORIOS ROCHE
LABORATORIOS ROWE
LABORATORIOS SANOFI AVENTIS
LABORATORIOS TERAMED
LABORATORIOS UNIPHARM
LABORATORIOS SENOSIAIN
OPS/OMS REPRESENTACION HONDURAS
PRODUCTOS LINA
SEMILLAS TROPICALES
URBANIZACION LOMAS DE SAN FERNANDO