

RESUMENES DE TRABAJOS LIBRES

1TL. LA PLATAFORMA COBS COMO INSTRUMENTO PARA MEJORAR LA CALIDAD DE VIDA DE PACIENTES CON SECUELAS DE EVENTO VASCULAR CEREBRAL.

Vianka Cisneros Perdomo, Pedro Luis Pazo Mollineda, Centro Nacional de Rehabilitación Julio Díaz González, La Habana, Cuba.

Antecedentes: En Cuba el Evento Vascular Cerebral (EVC) representa la tercera causa de muerte, la segunda causa de demencia y la primera causa de discapacidad en adultos, su magnitud se ha ido agravando en relación con el progresivo envejecimiento de nuestra población. **Objetivo:** Evaluar eficacia de la Plataforma COBS (Coordination, Balance y Strength) en la Calidad de Vida de pacientes con EVC. **Método:** Se realizó ensayo clínico aplicado a todos los pacientes con ECV ingresados en el servicio de Lesión Cerebral del hospital Julio Díaz en el período septiembre 2012 a diciembre 2014. La muestra fue de 50 pacientes, creando un grupo control y uno de estudio con 25 pacientes cada uno, aplicando el método aleatorio simple. Al grupo control se le aplicó protocolo de actuación del servicio y al grupo estudio se les adicionó el entrenamiento en Plataforma Cobs, por 20 sesiones. Se aplicaron escalas NIHSS y FIM para medir discapacidad y la ECVI-38 para Calidad de Vida al inicio y final del tratamiento. **Resultados** predominó para ambos grupos; el sexo femenino 72% y el grupo etario 60-69 con 38%. La NIHSS en el grupo A mostró una media de 12.6 al ingreso y 6.0 al egreso y el grupo B con una media 14.10 al ingreso y de 9 al egreso, la FIM muestra con el grado de sin ayuda 21 pacientes del grupo A y 11 en el grupo B al terminar el tratamiento, la Prueba BinomCrit estableció que el 90% de los casos tratados con Plataforma Cobs mejoraron su independencia funcional. Finalizado el tratamiento rehabilitador el dominio más beneficiado según escala ECVI-38 fue el Funcionamiento socio-familiar con una media 20.80 ± 0.83 (DE: 8.64). **Conclusiones** la plataforma Cobs fue eficaz y satisfactoria, mejorando la calidad de vida de los pacientes con secuelas de ECV.

2TL. CARACTERÍSTICAS CLÍNICO-EPIDEMIOLÓGICAS DE LOS PACIENTES QUE ACUDEN A ESCUELA DE HOMBRO EN EL CENTRO DE REHABILITACIÓN DEL INSTITUTO HONDUREÑO DE SEGURIDAD SOCIAL, SAN PEDRO SULA, AGOSTO-OCTUBRE 2014.

Andrea Ramírez,¹Karla Ortiz,² Edna Maradiaga.³ ¹Residente de Tercer Año, Postgrado de Medicina de Rehabilitación, Facultad de Ciencias Médicas UNAH, Tegucigalpa; Honduras; ²Departamento de Medicina de Rehabilitación, Instituto Hondureño de Seguridad Social, San Pedro Sula; Honduras ³Unidad de Investigación Científica, Facultad de Ciencias Médicas, UNAH, Tegucigalpa; Honduras.

Antecedentes: El hombro doloroso se caracteriza por dolor y déficit funcional del hombro. Se estima una prevalencia de

16-26% e incidencia de 1.5% que aumenta con la edad en las mujeres, con determinadas actividades físicas y profesionales. Es un motivo de consulta muy frecuente en el nivel primario de atención. **Objetivo:** Determinar las características clínico-epidemiológicas de los pacientes que acuden a la Escuela de Hombro, Instituto Hondureño de Seguridad Social, San Pedro Sula, Honduras, Agosto-Octubre 2014, con el propósito de promover la fundación de más escuelas de hombro en las empresas utilizando como herramienta la descripción estadística obtenida. **Metodología:** Estudio descriptivo transversal. Todos los asistentes fueron invitados a participar mediante consentimiento informado escrito. Mediante entrevista se utilizó instrumento para registrar datos generales, ocupación, actividad repetitiva, antecedentes patológicos personales, cuadro clínico, diagnóstico. Se realizó examen físico dirigido de hombro. Resultados se presentan como frecuencia y porcentaje. **Resultados:** Se evaluó 29 pacientes, edad promedio 40 años (rango 20-70), 21 (72.4%) sexo femenino. Diabetes Mellitus fue el antecedente patológico más referido 5 (17.2%), el síntoma dolor se encontró en 28 (96.5%) pacientes, 16 (55.2%) con más de 6 meses de evolución y el valor 8 según escala análoga del dolor se consignó en 9 (31.9%). El signo clínico punto doloroso se encontró en 24 (82.8%) pacientes. Ocupaciones incluyeron oficiales y operarios artesanos 14 (48.3%); 22 (75.9%) realiza actividad laboral repetitiva. El diagnóstico más frecuente fue tendinitis 12 (41.4%). **Conclusiones/Recomendaciones:** El antecedente ocupacional y la actividad repetitiva predominaron en nuestro estudio. Es necesario promover el programa de Escuela de Hombro en más áreas de trabajo, tomar medidas de prevención en las empresas y lograr más autocuidado por el paciente.

3TL. RESPUESTA A LA ADMINISTRACIÓN DE OPIOIDES EN EL PACIENTE CON DOLOR Y LESIÓN MEDULAR.

Patricia Rosales Mérida,¹ Carol Alejandrina Mendoza.² ¹Medico Fisiatra, Hospital de Rehabilitación del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social; ²Médico Fisiatra del Hospital de Rehabilitación del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social.

Antecedentes: El tipo de dolor que más prevalece en el lesionado medular es de origen musculoesquelético, le sigue el neuropático a nivel de la lesión. **Objetivo:** Describir la respuesta terapéutica al tratamiento con opioides en pacientes con dolor neuropático secuela de lesión medular. **Metodología:** Estudio descriptivo longitudinal, en pacientes con lesión medular de origen traumático y dolor neuropático determinado por DN4, en tratamiento en Hospital de Rehabilitación del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social. Período: 01/12/2012 al 18/08/2014. Muestra: 25 casos que corresponden a la totalidad de pacientes que cumplieron criterios de inclusión. Tratados con neuromoduladores, antidepresivos y 10 mg de

oxicodona de liberación prolongada cada día. Revaluación del efecto con Escalera Visual Analógica (EVA) a la semana y al mes. Cada paciente evaluado y orientado previo al inicio del tratamiento y firma de consentimiento informado. **Resultados:** 25 pacientes (100%) masculinos. Rango de edad de 18 a 60 y promedio 39 años. Grupo de edad predominante de 18 a 30 años. La causa predominante herida por arma de fuego. Nivel de lesión que predominó dorsolumbar y localización del dolor fue miembros inferiores. 18 (72%) tenían lesión Frankel A y 24 (96%) presentaron EVA inicial de 10. El tratamiento con oxicodona durante la primera semana evidenció disminución de por lo menos dos puntos en la escala de EVA en el 92% de los casos y al mes en el 100% con efecto menor en casos de lesión por arma de fuego. La duración media del efecto fue 7.5 horas. Ninguno alteró pruebas de función hepática y renal. **Conclusiones/Recomendaciones:** El agregar opioides a la escalera de tratamiento de dolor neuropático evidenció una disminución considerable del nivel de dolor según la escalera visual analógica. Se recomienda la elaboración de ensayos clínicos para determinar su efectividad.

4TL. EVALUACIÓN DE RESPUESTA TERAPÉUTICA DE LA ESCUELA DE ESPALDA EN PACIENTES CON LUMBALGIA INESPECÍFICA, INSTITUTO HONDUREÑO DE SEGURIDAD SOCIAL, TEGUCIGALPA, 2014. Keydi Fúnez,¹Nelson Sandoval,¹ Sonia Flores,² Edna Maradiaga.³Postgrado de Medicina de Rehabilitación, Facultad de Ciencias Médicas UNAH; ²Unidad de Medicina Física y Rehabilitación, Instituto Hondureño de Seguridad Social; ³Unidad de Investigación Científica, Facultad de Ciencias Médicas UNAH, Tegucigalpa.

Antecedentes: La lumbalgia inespecífica la padece hasta 80% de la población general. **Objetivo:** Determinar la respuesta a medidas terapéuticas y educativas del Programa Escuela de Espalda (EE) en pacientes con lumbalgia inespecífica en el IHSS. **Metodología:** Estudio Descriptivo Longitudinal; muestra inicial de 64 pacientes, 54 en un segundo y 31 en un tercer momento. Se tomó para análisis de datos los 31 pacientes que realizaron las 3 etapas, evaluados al ingreso (Sin Intervención), 10 días después de educación en Higiene de Columna y Cinesiterapia (Post-Intervención), y al mes de la segunda evaluación (Post-intervención). Se aplicó una encuesta tipo entrevista, previo consentimiento informado por escrito, con datos generales del paciente, tiempo de dolor, actividad laboral, medidas atenuantes, ejercicios terapéuticos, grado de discapacidad según Escala de CIF. **Resultados:** Un 64.5% (20) de los encuestados fueron del sexo femenino y tenían dolor tipo crónico. Un 45.1% (17) de los pacientes refirieron actividades de pie, movimientos repetitivos, posturas con esfuerzo en su trabajo. En la primera etapa un 25.8%(8) realizaba algún tipo de ejercicio terapéutico, seguido de un 100% que lo realizaba en las etapas II y III. En la primera etapa predominó la discapacidad leve con 19(61.2%). En la segunda etapa desapareció la disca-

pacidad severa, el grado leve pasó de un 19(61.2%) a un 4(12.9%) y la moderada pasó de un 9(29%) a un 4(12.9%). En el tercer momento de la evaluación un 17(54.8%) de 31 no presentó discapacidad, la discapacidad leve pasó a 13(41.9%) y la discapacidad moderada a 1(3.2%). **Conclusión/Recomendación:** El programa de EE disminuyó la discapacidad secundaria a lumbalgia inespecífica y mejoró los hábitos posturales en éste grupo de pacientes. Se recomienda promover este programa en la consulta ambulatoria de centros que cuenten con un especialista en medicina de rehabilitación.

5TL. FORTALECIMIENTO DE LA INVESTIGACIÓN PARA LA SALUD EN HONDURAS A TRAVÉS DE LA PROMOCIÓN DE LA INVESTIGACIÓN ÉTICA: EXPERIENCIA DEL COMITÉ DE ÉTICA EN INVESTIGACIÓN BIOMÉDICA (CEIB), FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS UNAH. Eleonora Espinoza,^{1,2} Denis Padgett,^{1,3} Albert Estrada,^{1,4} Milton Mendez,^{1,5} Jackeline Alger.^{1,2,1} Comité de Ética en Investigación Biomédica (CEIB); ²Docente, Unidad de Investigación Científica, Facultad de Ciencias Médicas (FCM), UNAH; ³Especialista en Medicina Tropical, Servicio Infectología, IHSS; ⁴Estudiante de 7mo Año Carrera de Medicina, FCM UNAH; ⁵Estudiante de 5to Año Carrera de Medicina, FCM UNAH; Tegucigalpa, Honduras.

Antecedentes. Las investigaciones en que participan seres humanos deben basarse en principios que permitan salvaguardar la dignidad, derechos, seguridad y bienestar de los participantes, garantizados a través de una revisión por parte de un Comité de Ética de Investigación (CEI). En Honduras se desea fortalecer la investigación ética, incluyendo aquella sobre temas de discapacidad y rehabilitación. **Descripción de la Experiencia.** Durante 2013-2015, el Comité de Ética en Investigación Biomédica (CEIB), FCM UNAH, ha fortalecido su estructura y funcionamiento a través de apoyo institucional y de dos subvenciones de la Organización Mundial de la Salud (TDR/OMS). Este fortalecimiento incluyó contratación de personal de apoyo; espacio físico de dedicación exclusiva y su remodelación; adquisición de equipo, insumos y servicios; capacitación de miembros mediante participación en cursos nacionales e internacionales. Como resultado, se sistematizó el registro de protocolos en base de datos EpiInfo; aumentó la cobertura de revisión de protocolos de investigación en 100%; incremento de actividades de capacitación a estudiantes y docentes (>1000 personas capacitadas); reuniones de trabajo y capacitación con miembros CEI a nivel nacional; establecimiento y fortalecimiento de alianzas estratégicas con instituciones nacionales e internacionales; e inicio de capacitación para el desarrollo de ProEthos, plataforma virtual para el registro y revisión ética de protocolos (<http://www.paho.org/proethos/>), siendo Honduras punto focal regional. **Lecciones Aprendidas.** A través del fortalecimiento del CEIB se identificaron líneas de trabajo: Conformación de una Red Nacional de Comités de Ética en Investigación, Implementación de ProEthos, Capa-

citación continua de investigadores y de miembros de CEI, Alianzas estratégicas con instituciones nacionales e internacionales (Instituto Antonio Vidal, OPS/OMS, NAMRU-6, Universidad de Miami, TGHN). Se espera que la implementación de estas líneas de trabajo contribuya a fortalecer la investigación para la salud y la investigación ética en Honduras, incluyendo investigaciones en el tema de discapacidad y rehabilitación con participación de sujetos humanos.

6TL. BIBLIOTECA VIRTUAL EN SALUD DE HONDURAS (WWW.BVS.HN): 16 AÑOS PROPORCIONANDO RECURSOS DE INFORMACIÓN EN SALUD. Martha Cecilia García,¹Ovidio Padilla,²Eduardo Pleitez,³Lourdes Ramírez,⁴Jackeline Alger.⁵¹Doctora en Química y Farmacia, Biblioteca Médica Nacional, Sistema Bibliotecario UNAH;²Licenciado en Informática, Biblioteca Médica Nacional, Sistema Bibliotecario UNAH; ³Ingeniero Industrial, Departamento de Informática Administrativa, UNAH; ⁴Ingeniera Civil, Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud Honduras; ⁵MD, PhD, Unidad de Investigación Científica, Facultad de Ciencias Médicas, UNAH; Instituto de Enfermedades Infecciosas y Parasitología Antonio Vidal; Tegucigalpa.

Antecedentes. La creación de la Biblioteca Virtual en Salud de Honduras (BVS-HN) respondió a la necesidad de operar un servicio de información accesible de la más alta calidad. **Descripción de la Experiencia.** BVS-HN (<http://www.bvs.hn/>), creada en 2000 (Declaración San José, 1998), es simulada virtualmente en Internet con apoyo de BIREME/OPS/OMS. Antes de su creación, los recursos de información eran limitados. La modernización inicial de la Biblioteca Médica como Centro Coordinador Nacional de BVS-HN, fortaleció su infraestructura técnica con una red de computadoras conectadas a Internet, capacitación de personal, disponibilidad de amplia oferta de recursos de información en formato digital. Esto posibilitó el desarrollo de nuevos productos y servicios. La capacitación de usuarios es prioridad para transferir habilidades informativas sobre acceso oportuno a recursos, extendiéndose a estudiantes, docentes, investigadores, otras bibliotecas, centros de enseñanza e instituciones públicas y privadas. Estratégicamente BVS-HN ha apoyado la publicación nacional, mejora de calidad y visibilidad de las revistas en área de salud. Su impacto se mide por el número de visitas (760 diarias), capacitaciones brindadas (65/año) y aumento en número de consultas a los recursos. BVS-HN recibe apoyo técnico de OPS/OMS y colaboración de Secretaría de Salud, Colegio Médico de Honduras, Coordinación Post-grados Facultad de Ciencias Médicas UNAH, editores de revistas médicas y centros de información de instituciones privadas y agencias internacionales, entre ellas Biblioteca Médica Nacional EUA. **Lecciones Aprendidas.** BVS-HN demuestra que el acceso a información de calidad e independización del usuario en procesos de búsqueda bibliográfica, inciden en beneficio de

la salud de la población. Se requiere apoyo de autoridades institucionales y nacionales, capacitación en nuevas tecnologías de manejadores y usuarios de información en salud y dotación de infraestructura para aprovechar al máximo sus ventajas. Es necesario promover el uso de la BVS entre las unidades de medicina de rehabilitación en Honduras.

7TL. EVALUACIÓN DE LA RESPUESTA A UN PROGRAMA DE FISIOTERAPIA ACUÁTICA EN LA REHABILITACIÓN DE PACIENTES CON ENFERMEDAD DE PARKINSON. Mario D. Muñoz,¹ Claudia N. Moyano,² Juan L. Rossi,³ Leonel A. Campo,⁴ H. Nicolás Maya,⁵ Gabriel Gómez,⁶ María E. Ribodino,⁷ Marcelo Castañares,⁸ Miguel Cuello,⁹ Beatriz R. Shapoff.¹⁰ ¹Licenciado en Kinesiología y Fisioterapia, Fundación FABINEP; ²Licenciada en Kinesiología y Fisioterapia, Fundación FABINEP, Hospital Tránsito Cáceres de Allende; ³Licenciado en Kinesiología y Fisioterapia, Fundación FABINEP, Escuela de Kinesiología y Fisioterapia (EKYF) Facultad de Ciencias Médicas (FCM) UNC; ⁴Licenciado en Kinesiología y Fisioterapia, Fundación FABINEP, ⁵Licenciado en Kinesiología y Fisioterapia, Fundación FABINEP, Hospital Provincial Florencio Díaz; ⁶Licenciado en Kinesiología y Fisioterapia, Fundación FABINEP, ⁷Licenciada en Kinesiología y Fisioterapia, Fundación FABINEP, ⁸Licenciado en Psicología, Fundación FABINEP, ⁹Licenciado en Psicología, Fundación FABINEP, ¹⁰Dra en ciencias de la salud, Licenciada en Kinesiología y Fisioterapia, Hospital Maternidad Nacional, EKYF FCM UNC; Córdoba Argentina.

Antecedentes: La enfermedad de Parkinson (EP) es una enfermedad neurodegenerativa crónica y una causa importante de discapacidad. Produce trastornos del movimiento y alteraciones no motoras. **Objetivo:** Evaluar la respuesta a un programa de Fisioterapia Acuática (FA) en el equilibrio y la marcha de pacientes con EP. **Metodología:** Se estudiaron 10 pacientes, 7 masculinos y 3 femeninos, con una media de edad de 70 años, pertenecientes a la Fundación FABINEP, de la ciudad de Córdoba, Argentina, que realizaron dos sesiones semanales de FA, personalizadas de una hora de duración, durante los últimos cuatro meses del 2015. Se incluyeron pacientes con diagnóstico de EP, con alteración de la marcha, y que no realizaron tratamiento por 30 días. Se excluyeron aquellos con contraindicación para realizar actividades en piscina. Las evaluaciones utilizadas fueron Test de Tinetti, Get up & Go test y Berg Balance Scale, antes y después de completar el programa, realizadas por el mismo terapeuta. Se contó con el consentimiento de todos los pacientes para realizar esta investigación. **Resultados:** De acuerdo con escala de Berg 4 pacientes mejoran un 30% en la puntuación total, 2 pacientes 25% y 4 pacientes 45%. El test de Tinetti mostró que 7 pacientes mejoraron 40% en la puntuación, 2 pacientes 38% y 1 paciente 22%. El test Get up & Go mostró que 7 mejoraron 56% el tiempo de realización,

2 pacientes 28% y 1 pacientes 16%. **Conclusiones/ Recomendaciones:** Los resultados muestran que la FA realizada de forma continuada, por lo menos durante cuatro meses mejoró el equilibrio y la marcha de los pacientes que formaron parte del estudio. En virtud de esto, consideramos que la FA es una alternativa terapéutica del tratamiento de rehabilitación. Se recomienda realizar un ensayo clínico para evaluar la eficacia de la FA en pacientes con trastornos del equilibrio y la marcha.

8TL. PERFILES DE CREATINFOSFOQUINASA EN JUGADORES SUB20 DE LA SELECCION NACIONAL, HONDURAS 2015. José Elpidio Sierra. Médico Especialista en Rehabilitación, Departamento de Rehabilitación, Universidad Nacional Autónoma de Honduras, Tegucigalpa, Honduras.

Antecedentes: Niveles altos de creatinfosfoquinasa (CPK), enzima que participa en la producción de trifosfato de adenosina (ATP), se relacionan con el entrenamiento físico y daño muscular inducido. **Objetivo:** Determinar perfil de CPK en jugadores de fútbol, Selección Nacional de Honduras sub20, proceso Nueva Zelanda 2015. **Metodología:** Estudio descriptivo longitudinal. El 54.2% (19) de 30 jugadores cumplió con criterio de inclusión: jugar ≥ 30 minutos, > 2 partidos. Muestras de sangre capilar en tres momentos: basal ($n=34$), post-entrenamiento pico ($n=51$), 48 horas post-partido ($n=153$, $n=14$ partidos). El análisis (Sistema Reflotrón) se realizó en cuatro países donde se acampó. Perfil/minuto se construyó con nivel de CPK de cada partido/tiempo que jugó en ese partido (CPK/minuto). Se determinó valor alto > 8 UI/L. Se creó base de datos en Excel 2016, estimándose frecuencias, medidas de tendencia central y dispersión, OR (asociación entre perfil alto con posición de juego, raza, porcentaje magro), prueba T de Student (cambios en CPK en relación al entrenamiento). Se obtuvo consentimiento informado verbal de cada jugador. **Resultados:** De 19 jugadores, edad promedio 18.7 años (rango 18-19), 12 (63.5%) mestizos y 7 (36.8%) afrodescendientes, Índice de Masa Corporal promedio 22.9 ± 1.9 Kg/m². Los valores de CPK fueron 288.9 ± 156.8 UI/L basal, 562.6 ± 179.9 UI/L tras entrenamiento pico y 838.9 ± 328.5 UI/L 48 horas post-partido ($t=4.86$ y 3.21 , $p=0.01$). Se construyó perfil de CPK/minuto de juego/atleta y perfil alto (> 8 UI/L) se asoció a afrodescendencia (OR 13.5, IC95% 1.45-23.75, $p=0.0213$) y a la posición delantero (OR 7.5, IC95% 0.92-61.04, $p=0.0596$). No hubo diferencia significativa en los aumentos de CPK entre lesionados y no lesionados ($t=0.612$). **Conclusiones/ Recomendaciones:** En cada atleta puede construirse un perfil de CPK/tiempo de juego, el cual es más preciso que un valor absoluto de CPK. Se recomiendan los perfiles CPK para monitorear el estado muscular tras la carga física y establecer estrategias de recuperación y prevención de lesiones.

9TL. RESULTADOS DEL DEEP OSCILLATION® Y EL IONOSON- EVIDENTE EN LA REHABILITACIÓN DE LA MAMOPLASTIA. PRESENTACIÓN DE UN CASO. Pedro Luis Pazo Mollineda¹, Vianka Cisneros Perdomo². ¹Licenciado en terapia física y Rehabilitación, ²Médico Especialista en Medicina Física y Rehabilitación. Centro Nacional de Rehabilitación Julio Díaz González, La Habana, Cuba.

Antecedentes: La cirugía estética de aumento de senos o mamoplastia, es un procedimiento quirúrgico para agrandar o cambiar la forma de las mamas. Este aumento se realiza colocando implantes detrás del tejido mamario o debajo del músculo pectoral mayor, para esto se utilizan bolsas llenas de agua salada estéril (salina) o de silicona. Como todo proceder quirúrgico presenta sus riesgos como son cicatrices gruesas y elevadas de la cirugía, Pérdida de la sensibilidad en la zona del pezón. La mamoplastia ocupa un quinto lugar en los top ten de los procesos quirúrgicos en la cosmetología, siendo América Latina uno de los mayores consumidores. Descripción del caso clínico: Paciente de 25 años de edad, recibida en el servicio de rehabilitación del Hospital Julio Díaz, con una mamoplastia de aumento realizada el 7 de agosto del 2015, se aplicó escala de Vancouver de Cicatrices, presentando una altura normal, Vascularización Púrpura con 3 de puntuación, pigmentación media o 2 de puntuación y una cicatriz suave con puntuación de 1 según escala, pérdida de sensibilidad en diferentes regiones en la zona de la cirugía. Se aplicó un programa de 30 días de tratamiento que incluyó: ultrasonido terapéutico (Ionoson-Evident) a $8\text{w}/\text{cm}^2$ aplicado con Epalse, Deep Oscillation® a 120, 20 y 80 Hz en modo 1:3 por 15 minutos y enseñar a la paciente auto-masaje. **Conclusiones/Recomendaciones;** en la evaluación final obtuvimos una Vascularización normal en la mama izquierda y rosa en la mama derecha, pigmentación normal en la mama izquierdo y una puntuación de 1 en la mama derecha y alcanzando una nota cero para la flexibilidad según escala, recuperación de la sensibilidad en las regiones que anteriormente estaba abolida, obteniendo cambios significativos. La terapia con Deep Oscillation® y el Ionoson- Evident aplicado con Epalse resultaron ser de gran utilidad en el tratamiento rehabilitador en la mamoplastia.

10TL. EVALUACION DE LA RESPUESTA TERAPEUTICA AL USO DEL PLASMA RICO EN PLAQUETAS AUTOLOGO OZONIZADO EN GONARTROSIS GRADO I-II. Juan Carlos Luna Arnez,¹ Pilar Arostegui Bustillos,² Angela María Clara Alanes Fernández.³ ¹Fisiatra; Hospital Arco Iris; ²Centro Médico de Rehabilitación Integral, Geriátría y Gerontología; ³Universidad Mayor de San Andrés; La Paz, Bolivia.

Antecedentes: La artrosis u osteoartritis (OA) es una enfermedad crónica degenerativa causante de importante discapacidad y dependencia, generando un alto consumo de recursos. El Plasma Rico en Plaquetas (PRP) se define como un volumen de plasma autólogo que contiene una

concentración de plaquetas superior al nivel plasmático basal. El ozono promueve la agregación plaquetaria y la liberación de factores de crecimiento provenientes de las plaquetas. **Objetivo:** Evaluar la respuesta terapéutica del PRP autólogo ozonizado en pacientes con gonartrosis grado I-II, Centro Médico de Rehabilitación Integral, Geriátrica y Gerontología; Enero a Marzo de 2016. **Metodología:** Estudio cuasi-experimental, siendo el mismo paciente su control antes y después del tratamiento. Se incluyeron pacientes con OA de rodilla grado I-II. Se administró 3 dosis intra-articulares de 3 ml de PRPA más 3 ml de Ozono/semana. La evolución clínica fue evaluada antes del tratamiento y a los meses 2 y 4 post-tratamiento mediante Índice WOMAC (dolor, rigidez, capacidad funcional), índice KOOS (síntoma, rigidez, dolor, funcionamiento, actividades cotidianas, deportivas, recreativas) y Escala de Valoración del Dolor (Numeric Rating Scale, NRS). Se obtuvo consentimiento informado. Se creó base de datos en programa EPINFO. **Resultados:** De 38 pacientes registrados en el estudio, antes del tratamiento las puntuaciones de las escalas no presentaron puntuaciones estadísticamente diferentes entre los pacientes WOMAC (menos puntuación=menos síntomas): 37,22±14,31; KOOS (menos puntuación=menos síntomas) 63,55±20,72; NRS (menos puntuación=menos dolor) 5,27±1,87. Post-tratamiento presentaron mejoría en sintomatología clínica, WOMAC: 2 meses, 16,35±15,18; 4 meses 17,95±16,09 ($p<0,01$); KOOS 2 meses 19,89±19,33; 4 meses 21,12±19,66 ($p<0,01$); NRS: 2 meses 2,05±2,02, 4 meses 2,70±1,86 ($p<0,01$). **Conclusiones/ Recomendaciones:** La aplicación del PRPAO produjo una buena respuesta terapéutica en pacientes con gonartrosis grado I-II. Es necesario ampliar el universo de pacientes y trabajar a través de un ensayo clínico aleatorizado para tener mayor validez en cuanto a los resultados.

11TL. RESCATE DE COLGAJO FASCIOCUTÁNEO ISQUÉMICO CON CÉLULAS MADRE DE FRACCIÓN ESTROMAL VASCULAR (FEV): REVASCULARIZACIÓN EN SITIO (RES); INFORME DE UN CASO. Michael Carstens, MD, FACS, Cirugía Plástica,^{1,3} Mauricio Mendieta, MD, Cirugía Plástica,^{2,3} Juan José Montenegro, MD, Ortopedia,² Esperanza Villarreal, MD, Fisiatría,⁴ Rodolfo García, Fisioterapia.⁴ ¹Cirugía Plástica, Saint Louis University; ²Hospital Metropolitano Vivian Pellas; ³Hospital Escuela Militar Alejandro Dávila Bolaños; ⁴Centro Médico de Rehabilitación San Rafael. Managua, Nicaragua.

Antecedentes: Las células madre mesenquimales derivadas de adipocitos han demostrado producir factores de crecimiento endotelial vascular y pueden incrementar la perfusión en pacientes con isquemia crítica de un miembro. **Descripción del caso:** estudio de caso de joven de 26 años, con una lesión compleja de la palma de la mano por aplastamiento, que fue cubierto por un colgajo fasciocutáneo radial perforante reverso, con necrosis isquémica la cual fue tratada con un trasplante de adipocitos derivados de

células estromales vascular para aumentar la vascularidad. Células madre de fracción del estroma vascular fueron preparadas a través de una lipoaspiración, usando digestión con colagenasa seguido de centrifugación. Estas fueron inyectadas en el colgajo, en el tejido palmar subyacente en el sitio del donador. La herida se contrajo espontáneamente y cicatrizó totalmente a los 21 días. El sitio de la piel de donador demostró una inusual elasticidad y flexibilidad sin complicación; una TAC Angiografía 3D mostró una nueva capa de vascularidad aumentada en los tejidos superficiales de la mano cuando se compara con el lado normal. El proceso de rehabilitación duró 3 meses; se usó técnicas de Artrocinemática, Goniometría y Terapia Ocupacional para la recuperación funcional del miembro. El paciente recuperó flexión palmar 90°, pinzas, oposición y extensión de 75° muñeca. **Conclusiones/Recomendaciones:** La aplicación de adipocitos derivados de células madre en el colgajo isquémico constituye una forma de revascularización in situ que fue subjetiva y objetivamente eficaz para este paciente.

12TL. COMO ABORDAR LA ORGANIZACIÓN DE UN EVENTO CIENTIFICO REGIONAL? LA EXPERIENCIA DEL COMITÉ CIENTIFICO, CONGRESO AMLAR 2016. María Elena Herrera,¹ Paola Ochoa,² Sonia Flores,¹ Emma Molina,¹ Karla Ramírez,¹ Saira Rápalo,¹ Leonardo R. Sierra,¹ Edna Maradiaga,³ Jackeline Alger,⁴ Graciela Borelli,¹ Walter Frontera,¹ Federico Montero,¹ Hugo Núñez.¹ ¹Médico Fisiatru; ²Médico General; ³MD, MSc, Salud Pública; ⁴MD, PhD, Parasitología; Comité Científico, XXVII Congreso de la Asociación Médica Latinoamericana de Rehabilitación (AMLAR) 2016, San Pedro Sula, Honduras.

Antecedentes: La organización del programa científico de un evento regional con magnitud mundial requiere de alianzas estratégicas que permitan fortalecer un enfoque clínico, asistencial, salubrista, académico, público, privado, nacional, regional y global. El Congreso AMLAR 2016, en su XXVII edición, se organiza por primera vez en Honduras. **Descripción de la experiencia:** En abril 2015 se conformó el Comité Científico AMLAR con 9 miembros nacionales y 4 internacionales. Entre mayo-septiembre 2015 se elaboró un plan de trabajo con el objetivo de desarrollar un programa científico de alta calidad que permitiera actualizar a los profesionales de la salud en materia de rehabilitación, fortalecer lazos entre las asociaciones miembros y propiciar el involucramiento de AMLAR en la implementación del Plan de Acción Regional de OPS 2014-2019 "Discapacidad y Rehabilitación", así como en otras políticas públicas. Se realizaron siete reuniones de trabajo, tres en San Pedro Sula, cuatro en Tegucigalpa, incluyendo un taller de capacitación en metodología de investigación. Se completó un programa científico con 8 talleres pre-congreso, 6 Conferencias de Apertura, 38 Módulos Temáticos, 3 simposio, 2 mesas de debate, 3 cursos educativos, 1 conversatorio de personas con discapacidad, 9 talleres intra-congreso, impartidos por 125 expositores provenientes de 21 países, 22 Nacionales

y 103 internacionales. Se presentaron 43 Trabajos libres (15 científicos, 18 clínicos, 10 experiencias; 18 nacionales, 25 internacionales: Honduras 18, Cuba 8, Argentina 5, Colombia 5, Guatemala 2, México 2, Nicaragua 2, Bolivia 1). **Lecciones aprendidas:** El abordaje interinstitucional y multidisciplinario fortaleció la capacidad local de construir un programa científicamente sólido. El Congreso AMLAR cuenta con una estructura estandarizada de alta calidad. Se debe fortalecer la capacidad regional que garantice una producción científica de calidad que responda a necesidades de divulgación de conocimientos sobre prevención y tratamiento de rehabilitación y calidad de vida de las personas con discapacidad.

13TL. EVALUACIÓN Y ENTRENAMIENTO DE LA MARCHA EN ROBOWALK EXPANDER, CON-TREX MJ Y THERA TRAINER BALO 524 EN TETRAPLEJIA ESPÁSTICA INCOMPLETA. Presentación de caso. Pedro Luis Pazo Mollineda, Vianka Cisneros Perdomo, Dra. Adriana Fernández Galish. Centro Nacional de Rehabilitación Julio Díaz González, La Habana, Cuba.

Antecedentes. La lesión medular es todo aquel daño o condición patológica que afecte total o parcialmente la integridad de la médula espinal con la consiguiente alteración de las funciones sensitiva, motora y autonómica. Dentro de los hallazgos clínicos, se encuentran las alteraciones de la marcha y del control postural, existiendo problemas en la adaptación del grado de contracción muscular y en un exceso de activación de la musculatura antagonista en las tareas complejas de alcance y equilibrio. **Descripción del caso.** Paciente masculino, 41 años de edad, con antecedentes de asma bronquial, sufre un accidente de tránsito el 5/2004, provocando una compresión por contusión medular nivel de C7 que no requirió tratamiento quirúrgico y dejó como secuela una tetraparesia espástica incompleta. Ingresó en el Servicio de Lesión Medular del Hospital Julio Díaz el 29/4/15 donde se aplicó durante 30 días un programa que incluyó evaluación y tratamiento en Con-Trex MJ, THERAtrainer Balo 524, sistema RoboWalkExpander en cinta de marcha h/p/cosmos. El paciente presentó un aumento marcado de la fuerza muscular alcanzando notas de 3 y 4+ para los miembros inferiores, mejora del equilibrio estático y dinámico y de la marcha en general, los parámetros fueron cuantificados, confiables y seguros, permitiendo una evaluación dinámica y objetiva. **Conclusiones/Recomendaciones.** La mejoría clínica fue comprobada por la escala de Evaluación para la Capacidad de marcha, logrando Nivel: 5 que significa una Marcha en terrenos irregulares, según Funcional Ambulatory Classifier. No aparecieron complicaciones secundarias al entrenamiento. Se logró una incorporación del paciente al medio que convive. Los equipos THERAtrainer Balo 524, sistema RoboWalkExpander en cinta de marcha h/p/cosmos mercury® med y Con-Trex MJ de evaluación y entrenamiento isocinético, resultaron instrumentos eficaces en la evaluación y tratamiento del paciente.

14TL. RESPUESTA FAVORABLE AL ENTRENAMIENTO SIMULTÁNEO EN CON-TREX® MJ Y ESTIMULACIÓN ELÉCTRICA NEUROMUSCULAR EN LA ATROFIA MUSCULAR. PRESENTACIÓN DE UN CASO. Pedro Luis Pazo Mollineda, Vianka Cisneros Perdomo, Dra. Yaima Almanza Díaz, Centro Nacional de Rehabilitación Julio Díaz González, La Habana, Cuba.

Antecedentes. La atrofia muscular se refiere a la disminución del tamaño del músculo, perdiendo fuerza este debido a la relación con su masa. Esta puede ser controlada al estimular las vías que inducen la hipertrofia muscular o un aumento en el tamaño o masa muscular. En la actualidad contamos con la evaluación y entrenamiento isocinético brindándonos un esquema funcional con una resistencia acomodada y velocidad controlada. **Descripción del caso.** Paciente femenina, 26 años de edad, que sufrió accidente automovilístico 04/2014 que causó fractura de cabeza del peroné y lesión capsulo-ligamentosa, siendo intervenida quirúrgicamente 11/2014, anteriormente inmovilizada por 5 meses. Fue ingresada 5/6/015 en Servicio de Atención Médica Internacional (AMI), Centro de Referencia Nacional, Hospital Julio Díaz, donde se aplicó durante 27 días un programa de tratamiento que incluyó evaluación y entrenamiento en sistema CON-TREX® MJ simultáneo estímulos eléctricos farádicos con equipo PHYSIOMED-Expert. La evaluación se realizó en la rodilla derecha al principio y final del tratamiento, Ext/Flex a 250 Nm modo Isocinético classic, Con/Con 60°/s de velocidad. Los resultados obtenidos en cuanto a cantidad de fuerza aplicada dado en $\text{P}_{\text{máx}}[\text{Nm}]$ fueron 36.1 de 13.2 en extensión y 41.5 de 26.6 en flexión, potencia media [W] obtenida fue de 14.9 de 2.7 en extensión y 11.1 de 1.7 en flexión el Trabajo total [J] corresponde al trabajo completo realizado en cada dirección de movimiento, de 21.2 a 113.5 para extensión y de 19.9 a 84.3 flexión logrando aumentar el tono y fuerza muscular. **Conclusiones/Recomendaciones.** El entrenamiento simultáneo utilizando Con-Trex MJ y Estimulación Eléctrica produjo una respuesta favorable en este caso de atrofia muscular, con mejoría y satisfacción para la paciente. Se recomienda continuar trabajando con esta terapia para pacientes con esta patología. Asimismo sería deseable evaluar la eficacia de esta terapia a través de un ensayo clínico controlado y aleatorizado.

15TL. Comunidad de investigadores: La experiencia de The Global Health Network. Jackeline Alger,¹Tamzin Furtado,²Francois van Loggerenberg,³MD, PhD, Unidad de Investigación Científica (UIC), Facultad de Ciencias Médicas (FCM), UNAH; ²BS (Hons); ³PhD; The Global Health Network, Londres, Reino Unido.

Antecedentes. The Global Health Network (TGHN, www.tghn.org), plataforma virtual colaborativa entre múltiples instituciones dedicadas a la investigación para la salud a nivel mundial, es de acceso libre y gratuito. Incluye colección de sitios web que proveen soporte a investigación a través

de compartir conocimientos y métodos. La plataforma inició en 2010, adscrita a la Universidad de Oxford, Reino Unido. En Honduras se desea fortalecer la investigación sobre temas de discapacidad y rehabilitación de acuerdo a las líneas prioritarias identificadas por las unidades de medicina de rehabilitación multisectoriales. **Descripción de la Experiencia.** Cada sitio web en TGHN se ha establecido para crear una comunidad de investigadores en línea sobre un tema específico. Los investigadores pueden desarrollar colaboraciones/documentos, compartir recursos, intercambiar información. Hasta la fecha, Febrero 2016, cuenta con 31 áreas específicas: Ética de investigación, Enfermedades transmisibles y no transmisibles, Laboratorios, entre otras; se han registrado >60,000 miembros en los diferentes sitios, >652,000 visitas, >120 países de bajo/mediano ingreso. Los recursos están en inglés, algunos en francés, portugués, español. En español, están disponibles temas relacionados a Investigación clínica, Buenas Prácticas Clínicas, Pregunta de investigación, Investigación genómica. La colaboración entre Unidad de Investigación Científica FCM UNAH y TGHN comenzó en diciembre 2013. **Lecciones Aprendidas.** La plataforma se caracteriza por que los que trabajan en ensayos clínicos en países/instituciones con recursos limitados pueden establecer contacto entre ellos, cualquiera que sea su papel y tipo de patología o problema estudiado. Los investigadores pueden trabajar juntos para compartir orientación, herramientas y recursos. A Febrero 2016 se cuantificó un máximo de 623 visitas desde Honduras. Esperamos que haya un incremento en el número de estudiantes/docentes FCM UNAH que utilicen esta plataforma y encuentren un valioso recurso de formación que puede contribuir efectivamente a mejorar el desarrollo de la investigación, especialmente en temas de discapacidad y rehabilitación.

16TL. Iniciativa HIFA (HealthcareInformationforAll) sobre información de cuidados de salud para todos. Jackeline Alger,¹ Tara Ballav Adhikari,² Deborah Jackson,³ Neil Pakenham-Walsh.⁴ ¹MD, PhD, Unidad de Investigación Científica, Facultad de Ciencias Médicas, UNAH; ²BPH, MSc.PH Candidate, University of Southern Denmark, Esbjerg, Coordinación Representantes de País, HIFA; ³BA (Hons), Coordinación Representantes de País, HIFA; Finstock, Oxfordshire, Reino Unido; ⁴MB, BS, DCH, DRCOG, Co-ordinación, HIFA and CHILD 2015, Global Healthcare Information Network, Charlbury, Oxfordshire, Reino Unido.

Antecedentes. La iniciativa HIFA (Health care Information for All, <http://www.hifa2015.org>), creada en 2006, posee un enfoque global con la meta de trabajar juntos por un mundo donde cada persona y cada trabajador de salud tengan acceso a información sobre cuidados de salud necesaria para proteger su propia salud y la salud de aquellos por quienes son responsables. En Honduras se ha documentado escasa información sobre discapacidad y rehabilitación entre personal de salud y estudiantes de medicina. **Descripción de**

la Experiencia. HIFA se fundamenta en diferentes estudios a nivel mundial y especialmente en países de bajos ingresos que sugieren una carencia substancial de conocimiento acerca de aspectos básicos sobre como diagnosticar y manejar enfermedades comunes a lo largo de diferentes niveles de atención. Esta carencia de conocimiento puede asociarse a prácticas sub-óptimas, inefectivas y peligrosas. El sistema de conocimiento consiste en un ciclo que conlleva comprensión de necesidades de información, ejecución y publicación de investigaciones para la salud, síntesis del conocimiento, disponibilidad del conocimiento, medición de impacto y nuevamente comprensión de las necesidades de información. HIFA propone acciones de comunicación, comprensión y abogacía para solucionar estos problemas. La plataforma se encuentra en inglés, francés, portugués y próximamente en español. Actualmente (febrero 2016), HIFA cuenta con 15,000 miembros en 175 países, es respaldada por OMS y 280 organizaciones de salud y desarrollo a nivel mundial. Honduras se unió a HIFA en 2014, extendiendo la iniciativa a otros países centroamericanos. **Lecciones Aprendidas.** El sistema de conocimiento sobre cuidados de salud no está funcionando y no es falta de los trabajadores de salud. La disponibilidad y uso apropiado de información confiable sobre cuidados de salud es primordial para contar con sistemas de salud integrales y alcanzar los Objetivos de Desarrollo Sostenible. Es necesario impulsar el sistema de conocimiento en discapacidad y rehabilitación.

17TL. INTESTINO NEUROGENO Y VENDAJE NEUROMUSCULAR. SERIE DE CASOS CLINICOS. Patricia Rosales Mérida, Karina Rodríguez. Médico Especialista en Medicina Física y Rehabilitación, Hospital de Rehabilitación, Instituto Guatemalteco de Seguridad Social, Guatemala.

Antecedentes: Un tercio de la población con lesión medular refiere que la disfunción del intestino tiene el efecto negativo más significativo en su calidad de vida después de la lesión. Se presenta una serie de ocho casos con lesión medular de origen traumático e intestino neurógeno, manejados en el Hospital de Rehabilitación del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social (IGSS), del 01/06/2015 al 31/09/2015. **Serie de Casos:** 7 pacientes del sexo masculino. El grupo de edad predominante fue 18-30 años; sin antecedentes de constipación previo a la lesión. Todas las lesiones fueron de origen traumático y el tiempo de la lesión osciló entre 2 meses y 2 años. El nivel de lesión que predominó fue cervical y dorsal bajo. El 78% de los pacientes que fueron ingresados con este diagnóstico tenían intestino neurógeno, 4 tenían una Puntuación de Disfunción de Intestino Neurógeno (NBD) de inicio de más de 14 puntos que corresponde a disfunción intestinal severa. Luego de la colocación de vendaje neuromuscular, un paciente cumplió con el criterio de efectividad, tres pacientes refirieron que sí lograron defecar cada 2-3 días y 4 refirieron que disminuyeron los síntomas de disreflexia durante la defecación. Ninguno presentó efectos adversos. **Conclusiones/Recomendaciones:** En esta serie

de 8 casos, después de un mes de aplicación de vendaje neuromuscular como coadyuvante para mejorar la función intestinal, un caso presentó una disminución >10 puntos en el NBD. La aplicación de esta técnica ha evidenciado ser segura y sin efecto adversos. Se recomienda realizar un ensayo clínico controlado aleatorizado para demostrar la eficacia de esta técnica.

18TL. CASO CLÍNICO: REHABILITACIÓN VESTIBULAR EN EL TRASTORNO MULTISENSORIAL DEL EQUILIBRIO SECUNDARIO A SÍNDROME DE SJÖGREN PRIMARIO. Guillermo Buenrostro Márquez,¹ Arturo Aguilar Palomeque,¹ Rafael Rojano González,¹ Daniel Ramos Maldonado,² Jaime Abraham Jiménez Pérez,³ Rosa Isela Magallanes Salas,⁴ Ana María Cortés-Rubio.⁵ Médico Residente de Audiología, Otoneurología y Foniatría, Instituto Nacional de Rehabilitación Luis Guillermo Ibarra Ibarra; Secretaria de Salud, México;² Médico Otoneurólogo, Servicio de Otoneurología, INRLGII;³ Médico Audiólogo, Servicio de Audiología, INRLGII;⁴ Médico Foniatra, Servicio de Foniatría, INRLGII;⁵ Médico Neuro-Radiólogo, Servicio de Resonancia Magnética, INRLGII; Ciudad de México, México.

Antecedentes: El presente caso clínico se torna relevante debido a la poca información que existe sobre el manejo integral de los pacientes con síndrome de Sjögren(SS) que presentan alteraciones extraglandulares, y su repercusión en la calidad de vida. El SS es una enfermedad sistémica autoinmune y heterogénea, caracterizada por xeroftalmia, xerostomía con amplio espectro de signos y síntomas. La neuropatía periférica es lenta, insidiosa de difícil tratamiento, frecuentemente de tipo mixta. **Caso clínico:** Sexo femenino de 58 años de edad, con antecedentes de hipertensión arterial sistémica, hipotiroidismo, hiperglucemia en ayuno, miopía, presbicia, lumbalgia crónica y polineuropatía periférica idiopática. Presenta AntiSm, Antinucleares positivos, acompañado de xeroftalmos con prueba de Shirmer positiva. Colocación de Stent en carótida interna izquierda por oclusión del 97% por fibrodisplasia arterial. Dos años después presenta vértigo con cortejo vagal y marcha atáxica, con diagnóstico de cerebelitis secundaria a obstrucción de PICA del 15%. Hipoacusia, acúfeno, vértigo, inestabilidad. Evaluación audio-vestibular: Audiometría; hipoacusia superficial bilateral de tipo sensorial; corroborada por logaudiometría y PEATC. Timpanometría; curva A de Jerger derecha y As izquierda. Reflejos acústicos; contralaterales derechos presentes en 500Hz y 1000Hz, y en oído izquierdo de baja amplitud. Videonistagmografía sin alteraciones. Posturografía; patrón somatosensorial, cadera-tobillo, desplazado hacia adelante, asimetría de peso, latencias prolongadas. EMG y PESS: probable conducto cervical estrecho y polineuropatía sensitiva axonal. Laboratorio: DHL 207, proteína C reactiva 7.6, factor reumatoide 45. Sialogammagrafía: obstrucción moderada con poca respuesta a estímulo. Actualmente manejada con atenolol/clortalidona, candesartán, metformina, gabapentina, clonixinatodelisina/ciclobenzaprina, dexketo-

profeno, levotiroxina, hidroxicloroquina, duloxetina. Se diagnosticó Trastorno Multisensorial Secundario. **Conclusiones/Recomendaciones:** La paciente es candidata a iniciar terapia de rehabilitación vestibular con objetivos de disminuir la inestabilidad y el riesgo de caídas incorporando al paciente a sus actividades habituales lo antes posible. Para un tratamiento exitoso es necesario la identificación de la enfermedad en una fase temprana.

19TL. REHABILITACION DE LA RUPTURA ESPONTANEA BILATERAL DEL TENDON DEL CUADRICEPS REPORTE DE UN CASO. Leonardo Alemán Cruz. Director del Centro de Rehabilitación del CIS La Pradera, La Habana, Cuba.

Antecedentes: La ruptura espontanea bilateral del tendón del cuádriceps en una persona sana es una lesión extremadamente inusual. En nuestro caso clínico analizamos factores predisponentes, se describe el tratamiento rehabilitador y se evalúa la efectividad del mismo. **Descripción del caso clínico:** Presentamos el caso de un paciente masculino, de 65 años, músico, con antecedentes de condromalacia bilateral, en agosto del 2014 presenta ruptura espontanea bilateral del tendón cuádriceps, al bajar las escaleras, fue atendido en traumatología, se le realiza plastia bilateral del tendón del cuádriceps, a las tres semanas del postoperatorio presenta complicaciones cardiocirculatorias, retrasando el inicio de la rehabilitación. El paciente llega a nuestro servicio en abril de 2015, a la evaluación se constata limitación articular de rodillas, restricción para caminar y sentarse y disminución de la fuerza muscular. Se indica un programa de rehabilitación con una frecuencia diaria por 3 meses, que incluyo programa de ejercicios, oscilaciones profundas y estimulación eléctrica. La efectividad del tratamiento fue evaluado mediante goniometría, análisis de bioimpedancia eléctrica, test muscular. **Conclusiones/ Recomendación:** El tratamiento rehabilitador fue efectivo demostrado por el aumento del ángulo fase de 4.7° al inicio a 4.9° final, aumento de masa magra de 56.5 kg al inicio a 59.2 al final con equipo de bioimpedancia seca mBCA, aumento del ángulo articular flexión de rodillas (RD de 40° inicial a 80° final y RI de 30° a 85° final), aumento de la FM de los cuádriceps, nota de 3 al inicio y nota 5 al final. Recomendamos el uso de la bioimpedancia como instrumento de evaluación al inicio y al final de un programa de rehabilitación.

20TL. SÍNDROME POSTPOLIO: INFORME DE UN CASO EN HONDURAS, CENTRO AMÉRICA. Melvin Urbina Núñez,¹ Waldina Urrutia.² ¹Post Grado Medicina de Rehabilitación UNAH; ²Fisiatra Unidad de Medicina Física y Rehabilitación UNAH.

Antecedentes: El síndrome post polio se presenta en pacientes con antecedentes de cuadro agudo de polio paralítica, después de 15 años mínimos de estabilidad, en 40% de pacientes. **Criterios:** poliomielititis paralítica previa con

evidencia de pérdida de neuronas, periodo de recuperación parcial o completo, seguido por intervalo de 15 años o más de función neurológica estable, aparición gradual de nueva debilidad progresiva o fatiga muscular, síntomas persisten por lo menos un año. **Descripción del caso clínico:** Femenina, 65 años, atendida en Unidad Universitaria de Medicina de Rehabilitación (UUMR) Universidad Nacional Autónoma de Honduras, el 06-08-2015, referida por Otorrinolaringología por inestabilidad postural, manejada con betahistadina y cinaricina sin mejoría. Refiere 30 años de padecer mareos aumentando hace 1 año, exacerbándose con las posturas en bipedestación y durante el ejercicio, interfieren con sus actividades de la vida diaria (AVD), acompañado de náuseas, dolor en hombros mal definido, insomnio, disnea de medianos a grandes esfuerzos, fatiga y debilidad muscular generalizada, disfagia para sólidos. Antecedente de poliomielitis a los 6 meses de vida, con secuela: monoparesia en miembro inferior derecho (MID) y escoliosis. Al examen físico: marcha independiente amplia base de sustentación, steppage a derecha, expansibilidad pulmonar de 1 cm, Adams (+), fuerza muscular MID 2/5, tono disminuido MID; TAC tórax: escoliosis de doble curvatura 70° cobb; espirometría con FEV 56%; EMG: datos de denervación crónica en miembros inferiores de predominio derecho y aguda a derecha. Se ingresa con plan de terapia física para mejorar equilibrio, coordinación, mantener arcos, medidas de ahorro energético y ejercicios respiratorios. Se mantuvo 3 meses en terapia, logrando mayor tolerancia al ejercicio, fuerza en MID 3/5, no disfagia, persiste mareo, actualmente con plan de casa. **Conclusión/ Recomendación:** Se trata de síndrome post polio el cual debe ser diagnosticado para brindar correcto manejo y mejorar calidad de vida del paciente.

21TL. EVALUACIÓN DE LA RESPUESTA TERAPÉUTICA EN PACIENTES QUE PARTICIPAN EN LA ESCUELA DE RODILLA, INSTITUTO HONDUREÑO DE SEGURIDAD SOCIAL, TEGUCIGALPA, 2014. Jenny C. Zelaya,¹Sonia Flores,² Edna Maradiaga,³Médico Residente III Año, Postgrado de Medicina de Rehabilitación, Facultad de Ciencias Médicas UNAH; ²Departamento de Medicina de Rehabilitación, Instituto Hondureño de Seguridad Social (IHSS); ³Unidad de Investigación Científica, Facultad de Ciencias Médicas UNAH; Tegucigalpa.

Antecedentes: La prevalencia global de gonalgia en la población es de aproximadamente 19%. La intensidad del dolor aumenta con la edad y se asocia con discapacidad. **Objetivo:** Evaluar la respuesta terapéutica en pacientes con gonalgia que asisten a la Escuela de Rodilla, IHSS Tegucigalpa, Honduras, 2014. **Metodología:** Estudio descriptivo longitudinal. Se evaluaron tres momentos: Línea basal al iniciar la Escuela de Rodilla, al final de cuatro semanas de intervención con educación y ejercicio y cuatro semanas después. Se utilizó instrumento aplicado mediante entrevista, previo consentimiento informado escrito, para

registrar información sobre datos generales, conocimientos de atenuantes y exacerbantes del dolor, medición de discapacidad con Escala Internacional WOMAC adaptada a la CIF. **Resultados:** Se evaluaron 59 pacientes en primer momento, 25 en segundo momento y 14 en tercer momento. De los 14 pacientes con tres evaluaciones, 10 (71.4%) eran mujeres, 8 (57.1%) >60 años de edad. La pérdida de función en primera evaluación fue leve 7.1%(1), moderada 78.8% (11), severa 14.3% (2). En segunda evaluación fue leve 14.3% (2), moderada 78.8% (11), severa 7.1%(1). En tercera evaluación fue leve 85.7%(12), moderada 14.3% (2), y ninguna severa. En cuanto al conocimiento fue aumentando paulatinamente de un 7.1% (1), 35.7% (5) y 92.9% (13) en cada evaluación, respectivamente. **Conclusiones/ Recomendaciones:** El grado de discapacidad global fue decreciendo en cada una de las etapas. La Escuela de Rodilla mejora el manejo de la gonalgia. Se recomienda promover este programa en otros centros de consulta ambulatoria donde haya un especialista en medicina de rehabilitación.

22TL. IMPACTO DE LA TERAPIA ASISTIDA CON ANIMALES EN PACIENTES NEUROLÓGICOS. Karla Funes Chirinos,¹ Glenda Oliva,¹ Reyna M. Durón,^{2,3} ¹Médico General, Investigadora Asociada, Unidad de Investigación Científica, Fundación Lucas para la Salud, Tegucigalpa, Honduras, ²Docente Investigadora, Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad Tecnológica Centroamericana UNITEC, Tegucigalpa, Honduras, ³Neuróloga, Unidades de Investigación Científica, Fundación Lucas para la Salud y Clínica de Especialidades y Neurocentro, Tegucigalpa, Honduras.

Antecedentes. Se ha propuesto que la TAA (Terapia Asistida por Animales) podría mejorar la condición de pacientes con afecciones neurológicas, y se ha empezado a usar en Honduras. **Presentación de casos.** Siete pacientes de dos clínicas neurológicas con diagnóstico de Parálisis Cerebral (PC) más epilepsia (n=6) y Síndrome de Down (n=1) fueron referidos para TAA (tres a un programa privado de delfinoterapia en la isla de Roatán, Honduras y cuatro al programa de equino terapia de Arca de Esperanzas en Tegucigalpa). El rango de edad fue 2 a 26 años (2, 2, 5, 5, 7, 14 y 26 años). Todos habían recibido fisioterapia convencional más modificación del tratamiento antiepiléptico, excepto el paciente con Síndrome de Down, pues no tenía epilepsia. Se solicitó consentimiento informado verbal para este estudio piloto. Se documentó los hallazgos por neurólogo y la opinión de mejoría de los padres en 5 aspectos: motor, lenguaje, cognitivo, socio-emocional-conductual y control de crisis epilépticas, se les pidió calificar la mejoría de 0 (ningún efecto) a 5 (el mejor efecto). Se reportó mejoría al introducir la TAA en el 100% de los casos desde las primeras sesiones. De los pacientes con epilepsia y PCI, 6/6 tuvieron mejoría en el motor grueso, coordinación y espasticidad, 6/6 mejoría socio-emocional-conductual, mejorías de

conducta agresiva, ansiedad y su capacidad de relación con su entorno y 4/6 mejoría en lenguaje con aumento del número de palabras y 1/6 tuvo mejoría en el control de crisis. El paciente con Síndrome de Down mostró mejoría socio-emocional-conductual. **Conclusión.** Tanto médicos como familiares estuvieron de acuerdo que la TAA ayudó a la mejoría en los parámetros evaluados. Por el tamaño de la muestra no se pudo detectar diferencia entre el efecto de la delfinoterapia versus equino terapia. Se requieren estudios con mayor tamaño muestral para realizar inferencias.

23TL. EDUCACIÓN DIFERENCIAL EN LA FORMACIÓN DE PROFESIONALES DE SALUD: UNA EXPERIENCIA ACADEMICA, COLOMBIA, 2015-2017. Yenny Rodríguez Hernández,¹ Sandra Camargo Mendoza.² ¹Doctoranda en Educación Universidad Pedagógica Nacional, Magister en Educación Universidad Externado de Colombia, Fonoaudióloga Universidad Nacional de Colombia. ²Fisioterapeuta Escuela Colombiana de Rehabilitación. Bogotá, Colombia.

Antecedentes: El reconocimiento de las diferencias individuales permite diseñar programas de entrenamiento para sujetos con diferentes estilos cognitivos y realizar ajustes instruccional es para garantizar los logros académicos en la formación de profesionales de la salud. **Descripción de la experiencia:** Se presentan resultados preliminares. La experiencia se lleva a cabo en la Corporación Universitaria Iberoamericana, Bogotá, Colombia, y está conformada por tres micro-estudios. El primero de tipo descriptivo propone identificar y caracterizar el estilo cognitivo de los estudiantes de la Facultad de Salud (Febrero-Diciembre 2015, N=604); el segundo, de tipo exploratorio, propone identificar las relaciones entre estilo cognitivo, estilo de enseñanza, y logro académico en diferentes asignaturas de los planes de estudio (Febrero-Diciembre 2016, N=350); el tercero (proyecto de aula) pretende describir el efecto de una educación diferencial sobre el logro de competencias cognitivas y procedimentales propias de cada profesión (Febrero-Diciembre 2017, N=240). **Lecciones aprendidas:** Los dos primeros micro-estudios han aportado saberes relacionados con: a) los conocimientos que debe tener el profesional de la salud en su rol docente relacionados con la educación diferencial y su papel en el desarrollo de competencias cognitivas y procedimentales en Fisioterapia y Fonoaudiología, b) el uso de la metacognición como estrategia de aprendizaje que apoye la construcción de conceptos y el desarrollo de habilidades para evaluar, diagnosticar e implementar tratamientos, y c) la implementación de proyectos de aula como estrategia para desarrollar experiencias significativas que favorezcan el aprendizaje en los futuros terapeutas y como estrategia para cualificar la práctica pedagógica de los fonoaudiólogos y fisioterapeutas que ejercen un rol docente.

24TL. REHABILITACIÓN INTEGRAL DOMICILIARIA: UNA EXPERIENCIA INNOVADORA EN POS DE LA CALIDAD DE VIDA DEL PACIENTE. Lidian Delia Ledesma,¹ Jimena Palacio.² ¹Médica Especialista en Medicina Física y Rehabilitación, Servicio Domiciliario de Rehabilitación Integral; ²Estudiante cuarto año de la Licenciatura en Relaciones Internacionales, Universidad Empresarial Siglo 21. Estudiante del Programa de Formación Ejecutiva en Dirección y Gestión de Empresas de Salud del ICDA, Escuela de Negocios de la Universidad Católica de Córdoba. Gerente de Operaciones Rehabilitando, Servicio Domiciliario de Rehabilitación Integral; Córdoba, Argentina.

Antecedentes: Rehabilitar implica aplicar un conjunto de acciones para preparar o readaptar ala persona buscando que alcance el máximo desarrollo de sus capacidades. En Argentina, específicamente en la Provincia de Córdoba, históricamente dichas acciones fueron llevadas a cabo por profesionales en forma aislada y en instituciones de atención ambulatoria, sin que esto haya constituido una mejoría integral para el paciente; dejando a un alto porcentaje excluidos de acceder al tratamiento necesario, por no encontrarse en condiciones clínicas y funcionales que les permitieran trasladarse diariamente. **Descripción de la experiencia:** En el marco de la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, se constituyó en 2013 un equipo interdisciplinario integrado por Médicos Fisiatras, Kinesiólogos, Fonoaudiólogos, Terapistas Ocupacionales, Psicólogos, Psicomotricistas, Trabajadores Sociales, Sociopedagogos, Psicopedagogos, Estimuladores Visuales, Enfermeros, Nutricionistas, que hoy cuenta con 35 profesionales; conformando la primera institución específicamente dedicada a la Rehabilitación Integral Domiciliaria de Córdoba. Se atiende mensualmente de 9 a 12 pacientes en modalidad domiciliaria; siendo los eventos cerebrovasculares, trauma craneoencefálico, lesión medular, mielitis transversa, lupus sistémico eritematoso y encefalopatías seculares, las patologías más frecuentes. La selección de pacientes está dirigida a personas que se encuentran en el periodo subagudo, no encontrándose en condiciones de realizar tratamiento ambulatorio. El tratamiento domiciliario optimiza los recursos disponibles y previene deficiencias secundarias, acompañando y orientando al paciente y a su familia lo más tempranamente posible; contribuyendo a reducir las posibles secuelas y a lograr la mayor independencia y calidad de vida en su recuperación. **Lecciones aprendidas:** Se aportó una opción original en el campo de la medicina de la rehabilitación; se logró la protocolización de un planteo terapéutico completo, generando un avance en el enfoque ético de la rehabilitación. La experiencia ha comprobado las numerosas ventajas en el tiempo y la calidad de la recuperación funcional logradas con su aplicación.

25TL. COMPARACIÓN DEL EFECTO DE DOS TIPOS DE CORRIENTES DE ELECTROESTIMULACIÓN EN EL DESARROLLO DE LA FUERZA DEL CUÁDRICEPS EN MUJERES SEDENTARIAS UNIVERSITARIAS, PUEBLA, MÉXICO, 2015. Alexandro Santamaría,¹ Claudia E. Pacheco,¹ Jesús Hernández,³ Luisana Rivera.⁴ ¹Fisioterapeuta, Maestro en Ciencias del Deporte; ²Fisioterapeuta, Maestra en Ciencias de la Educación; ³Fisioterapeuta, Especialista en Fisioterapia del Deporte; ⁴Fisioterapeuta, Especialista en Fisioterapia Laboral; Instituto Profesional en Terapias y Humanidades (IPETH), Puebla, México.

Antecedentes: La electro-estimulación neuromuscular (EENM) desarrolla la fuerza muscular, para lo que es necesario variar la frecuencia, tiempo de impulso, de reposo, de aplicación. La EENM con corrientes Bifásicas y Rusas son las más utilizadas; sin embargo, no hay trabajos que muestren su comparación. **Objetivo:** Determinar el desarrollo de la fuerza del cuádriceps en mujeres sedentarias universitarias mediante la EENM de tipo Bifásica y de tipo Rusa. **Metodología:** Estudio cuasi-experimental. Dos grupos de intervención en mujeres estudiantessedentarias: Grupo 1, corrientes Bifásicas (onda cuadrada de 300 microsegundos con frecuencia de 120 Hz) y Grupo 2, corrientes Rusas (2500 de frecuencia modulada a 70 Hz), durante 12 sesiones, 2 sesiones/semana. La intensidad fue a 80% de sensación máxima percibida/sujeto. Se midió con prueba de salto vertical y salto longitudinal comparando intra y entre grupos, pre y post-tratamiento. Se utilizó programa Sigma Stat versión 2.03, t de Student y considerando valores de $p < 0.05$ para significancia estadística. Se obtuvo consentimiento informado escrito. **Resultados:** El promedio de edad en cada grupo fue 19.4 (± 1.5) y 20.6 (± 0.98) años, respectivamente. El promedio pre y post-tratamiento con corrientes Bifásicas fue -2.67 salto longitudinal y -6.00 salto vertical. Con corrientes Rusas, fue -2.87 y -5.93, respectivamente. La diferencia de promedios entre grupos para el salto longitudinal pre-tratamiento fue de 0.84 ($p < 0.05$) post-tratamiento de 0.89 ($p < 0.05$). Para el salto vertical pre-tratamiento fue 0.24 ($p < 0.05$) y post-tratamiento de 0.22 ($p < 0.05$). **Conclusiones/ Recomendaciones:** EENM con corrientes Bifásicas y Rusas desarrollaron la fuerza del cuádriceps e incrementaron en igual magnitud el salto vertical. Ninguna aumentó el diámetro transversal del cuádriceps. Son necesarios estudios que correlacionen el desarrollo de la fuerza mediante EENM con actividades deportivas y de la vida diaria en sujetos sanos y con patologías. Se recomienda realizar ensayos clínicos controlados y aleatorizados.

26TL. EXPERIENCIA DE AUTOEVALUACIÓN Y PLAN DE MEJORA DEL POSTGRADO DE MEDICINA DE REHABILITACIÓN, FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS (FCM), UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE HONDURAS (UNAH), 2014-2015. Leonardo R. Sierra, José E. Sierra. Médico Especialista en Medicina de Rehabilitación, Facultad de Ciencias Médicas, UNAH.

Antecedentes: La evaluación constante de las carreras universitarias es una parte esencial para mantener la pertinencia universidad-sociedad y lograr así la formación de los profesionales que el país necesita, para proponer el desarrollo del ser humano en los diferentes ámbitos.

Descripción de la experiencia: Durante el año 2014, la DICYP UNAH inició el proceso de autoevaluación de los postgrados clínicos de la FCM. Asignó tres expertos en el tema educativo que en coordinación con los docentes del Postgrado iniciaron el proceso en el cual se aplicaron cuatro instrumentos según su rol (Estudiantes, Graduados, Empleadores y Profesores) y se ponderó siguiendo los criterios establecidos en el modelo de calidad y Guía de Autoevaluación con fines de mejora de los Postgrado Académicos y Profesionalizantes de la UNAH, en cual se consideran cuatro dimensiones (docencia, investigación, vinculación universidad sociedad y gestión académica), 12 ámbitos, 36 componentes, 65 indicadores y 146 referentes mínimos. La calificación obtenida en la autoevaluación fue de 34.8%. Se procedió a un análisis y socialización del informe de la autoevaluación y posteriormente, junto con el personal de DICYP, se inició el Plan de Mejora el cual se finalizó en diciembre de 2015 y está en proceso de implementación. Uno de los aspectos más importante de este plan es la elaboración del nuevo diseño curricular del Postgrado.

Lecciones aprendidas: Por medio de la autoevaluación y la elaboración del plan de mejora se lograron identificar diferentes aspectos a fortalecer en el Postgrado. Aunque muchos de los referentes mínimos evaluados se venían cumpliendo, no se registraban los medios de verificación. Actualmente se han implementado buenas prácticas en la administración y gestión que contribuyan al mejoramiento progresivo del Postgrado de Medicina de Rehabilitación FCM UNAH.

27TL. GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA PARA LA REHABILITACIÓN DEL EPISODIO AGUDO DEL ATAQUE CEREBROVASCULAR ISQUÉMICO EN POBLACIÓN MAYOR DE 18 AÑOS.

Rodrigo Pardo Turriago,¹Carlos Fernando Grillo,²Juan Camilo Vargas,³Gabriel Fernando Torres,⁴Juliana Coral Casas,⁵Kelly Payares Álvarez,⁶Carlos Alberto Díaz Pacheco,⁷Ana Josefa Gamboa,⁸Jorge Augusto Díaz,⁹José Ricardo Urrego,¹⁰Jairo Alexander Moreno,¹¹Cesar Ricardo Huérfano.¹²¹NeurologoClínico, MSc Epidemiología Clínica, Universidad Nacional de Colombia;²MD, Ginecoobstetra, MSc Epidemiología Clínica, Universidad Nacional de Colombia;³Neurólogo Clínico, MSc Enfermedad Vascul ar Cerebral Clínica Marly;⁴Neurólogo Clínico, Hospital Santa Clara;⁵Neuróloga Clínica, Pontificia Universidad Javeriana;⁶Médica Fisiatra, Universidad de Antioquia;⁷Médico Radiólogo Intervencionista, Universidad de Antioquia;⁸Enfermera Profesional, Gerontóloga, Universidad Nacional;⁹Químico Farmacéutico, MSc Ciencias Económicas y Farmacología, Universidad Nacional de Colombia;¹⁰Químico Farmacéutico, MSc Epidemiología y Farmacología, Universidad Nacional de Colombia;¹¹Ingeniero industrial, MSc Ingeniería Industrial, Universidad Nacional de Colombia;¹²Químico Farmacéutico, MSc Ciencias Farmacéuticas, Universidad Nacional de Colombia; Medellín, Colombia.

Antecedentes: Esta Guía hace parte de un grupo de guías de práctica clínica desarrolladas por el Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia. **Descripción de la experiencia:**El equipo estuvo conformado por expertos temáticos, un investigador principal, siete del equipo desarrollador, cuatro en evaluación económica, tres en comunicaciones, una coordinadora de la guía de pacientes y una asistente administrativa.Los niveles de evidencia y la fuerza de las recomendaciones fueron graduadas con el sistema GRADE y para las preguntas se usó el sistema PICO. En rehabilitación la pregunta fueron: ¿Cuáles son las intervenciones más efectivas y seguras para la rehabilitación del paciente con Accidente Cerebro vascular (ACV) isquémico de origen arterial durante los primeros 15 días posteriores al inicio de síntomas? Se hicieron las recomendaciones validadas por expertos temáticos y metodológicos y se calificaron como: fuerte a favor, débil a favor, fuerte en contra y débil en contra. Recomendaciones: alimentación temprana (menor de 1 semana) y uso de la sonda nasogástrica convencional en quienes no sea factible el inicio de vía oral; suplementación nutricional; uso de intervenciones comportamentales y uso de estimulación física (térmica o táctil) como parte de terapia para la deglución; uso de rehabilitación física; el inicio temprano de la rehabilitación (<72 horas); rehabilitación temprana en casa; uso de terapia de restricción inducida del movimiento para el miembro superior no parético; uso de intervenciones en cuidado de la higiene oral (uso de cepillo y enjuague bucal). **Lecciones Aprendidas:** El ACV

presenta una incidencia creciente y los países en vía de desarrollo son cada vez más vulnerables a su carga por sus costos sociales y económicos; las reducciones en la morbi-mortalidad podrían asociarse a un importante impacto al generar recomendaciones con el mejor estándar de calidad con el propósito de mejorar el pronóstico y sus desenlaces en salud.

28TL. EVALUACION DE LA RESPUESTA TERAPEUTICA DE LA PLATAFORMA COBS FEEDBACK ASOCIADA A ESTÍMULOS ELÉCTRICOS EN LA REHABILITACIÓN DE LA PARÁLISIS CEREBRAL.

Yamilé Sánchez Castillo,¹Vianka Cisneros Perdomo,¹ Carlos E. Díaz Morales,²Dianelis Hernández Chijols,²Pedro Luis Pazo Mollineda,² Yulmis Rodríguez Borgues.³¹Especialista de Segundo Grado en Medicina Física y Rehabilitación (MFR), Profesor Auxiliar; ²Licenciado en Tecnología de la Salud Perfil MFR, Profesor Asistente; ³Especialista de Primer Grado en MFR; Hospital Julio Díaz; La Habana, Cuba.

Antecedentes: La Plataforma Cobs Feedback es un equipo de respuesta informativa y entrenamiento que puede ser utilizada en el diagnóstico precoz, la evaluación y la rehabilitación de los trastornos del equilibrio; muy frecuentes en niño con Parálisis Cerebral (PC). **Objetivo:** Evaluar la respuesta terapéutica de la Plataforma Cobs asociada a la estimulación eléctrica neuromuscular para mejorar el equilibrio de los pacientes con PC, Hospital Julio Díaz, febrero-diciembre 2013. **Metodología:** Estudio cuasi-experimental, con un grupo intervención y dos grupos control. Grupo 1, Intervención (n=10), aplicación de 20 sesiones de entrenamiento en plataforma COBS simultaneo a estímulos eléctrico farádico con pulsos de 1mseg con 20 mseg de pausa y trenes de pulso de 1 seg y 3 segpausa, en la región del tibial anterior; Grupo 2, Control 1 (n=10), estímulos eléctricos farádicos más el programa de rehabilitación según protocolo de actuación del Servicio; Grupo 3, Control 2 (n=15), aplicación del programa de actuación del Servicio. Se aplicaron escalas de Ashworth y GrossMotor Function al inicio y final del tratamiento.Los resultados obtenidos antes y después en cada grupo se compararon mediante Prueba de Rangos con Signo de Wilcoxon, declarando como diferencia significativa un valor de $p \leq 0.10$. Se obtuvo consentimiento informado de familiares. **Resultados:** Edad media (años) de Grupos 1 y 2, 8.1; Grupo 3, 8.3. La variable más afectada fue porcentaje de carga a la izquierda, Grupo 1 (0.003); Grupo 2 (0.07); Grupo 3 (0.002) ($p \leq 0.1$). El porcentaje de carga a la derecha ($p=0.002$), el índice de coordinación ($p=0.004$) y simetría ($p=0.015$), varió significativamente en Grupo 1. **Conclusiones/Recomendaciones:** La intervención de plataforma Cobs demostró una respuesta terapéutica buena. Es necesario realizar un ensayo clínico controlado y aleatorizado para determinar la eficacia de esta intervención.

29TL. REEDUCACIÓN DEL EQUILIBRIO DE PACIENTES CON HEMIPLEJIA CON EL USO DEL THERA TRAINER BALO 524.

Yamilé Sánchez Castillo,¹ Vianka Cisneros Perdomo,² Carlos E. Díaz Morales,³ Dianelis Hernández Chijols,⁴ Pedro Luis Pazo Mollineda.⁵
¹Especialista de Segundo Grado en Medicina Física y Rehabilitación (MFR), Profesor Auxiliar; ²Especialista de Segundo Grado en Medicina Física y Rehabilitación (MFR), Profesor Auxiliar ³Licenciado en Tecnología de la Salud Perfil MFR, Profesor Auxiliar; ⁴Licenciado en Tecnología de la Salud Perfil MFR, Profesor Asistente; ⁵Licenciado en Tecnología de la Salud Perfil MFR, Profesor Asistente. Hospital Julio Díaz; La Habana, Cuba.

Antecedentes: TheraTrainer Balo es equipo ideal para el trabajo del equilibrio y coordinación, permitiendo evaluar y entrenar a los pacientes con hemiplejia de manera segura y eficaz. **Objetivo:** Evaluar la respuesta terapéutica del TheraTrainer Balo en la reeducación del equilibrio de pacientes con hemiplejia, Hospital Julio Díaz, julio 2014-junio 2015. **Metodología:** Estudio cuasi-experimental, grupo de intervención y grupo control. El universo estuvo constituido por todos los pacientes ingresados en Servicio de Lesión Cerebral con diagnóstico de hemiplejia de causa vascular. Muestra 25 pacientes, 40-70 años de edad, asignados aleatoriamente al Grupo Intervención, n=13 y Grupo Control n=12. El programa de rehabilitación se utilizó según el protocolo de actuación del servicio para el grupo control y a los pacientes del grupo estudio se les adicionó el programa de entrenamiento con TheraTrainer Balo; 20 sesiones de tratamiento. Se aplicaron escalas Barthel y Ashworth antes y después de la intervención. Los resultados se compararon mediante Prueba de Rangos con Signo de Wilcoxon. **Resultados:** Predomino el grupo 40-49 años en el grupo intervención 27% y 50-59 años en grupo control 23%; predominó sexo femenino en ambos grupos 27%. La escala de Ashworth tuvo una media 2.6 para el grupo estudio y de 2.8 para el control; la media del índice de Barthel para ambos grupos fue de 49.5. Las variables intentos fallidos y grados de desplazamiento fueron las más afectadas. **Conclusiones/Recomendaciones:** Los pacientes tratados con TheraTrainer Balo 524 tuvieron una buena respuesta terapéutica al asociar el mismo al tratamiento convencional. Recomendamos continuar el estudio con un ensayo clínico controlado y aleatorizado para determinar la eficacia terapéutica del programa propuesto.

30TL. REPERCUSIÓN DE LA REHABILITACIÓN EN LA CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES CON SECUELAS DE EVENTOS CEREBROVASCULARES, LA HABANA, CUBA.

Leovy Edrey Semino García,¹ Ivone Navarro González.¹ Especialista en Medicina Física y Rehabilitación; Hospital de Rehabilitación Julio Díaz. La Habana, Cuba.

Antecedentes: Pacientes con accidente cerebrovascular (ACV), tienen como denominador la dependencia en las

actividades de la vida diaria (AVD), lo que supone un impacto en la calidad de vida. **Objetivo:** Evaluar la repercusión de un programa de rehabilitación en el estado funcional y calidad de vida en pacientes con accidente cerebrovascular, de tres Salas de Rehabilitación Integral del municipio Valencia, Carabobo, República Venezuela, **Metodología:** Se realizó estudio cuasi-experimental, a pacientes después de un ACV. Se incluyeron pacientes con secuela motora, después del mes y hasta un año del ictus, seleccionados por muestreo aleatorio simple al azar. Se les aplicó programa de rehabilitación, un test y post test, con el Índice de Barthel (IB) y la escala de consecuencias del ictus de 16 ítems (ECI-16). Fueron informados de los objetivos y procedimientos de la investigación y del carácter voluntario para participar. **Resultados:** Se evaluaron 88 pacientes, edad promedio 67.2 años, sexo masculino para 53.4% (47), 78.4% (69) ACV isquémico. Los principales antecedentes patológicos fueron Hipertensión Arterial 80.7% (71) y dislipidemias 67% (59); 90.9% (80) tenía al menos un antecedente. Los principales síntomas invalidantes fueron parálisis (100.0%), trastornos del lenguaje y posturales (69.3% y 65.9%, respectivamente). Al final del tratamiento el 82.9% (73) alcanzó la categoría de dependencia leve e independencia por Índice de Barthel, 60.2% (53) alcanzó un grado dificultad nula o leve en la evaluación final de la ECI-16, de ellos el 86.7% (46) comenzó su tratamiento antes de 180 días. **Conclusiones/ Recomendaciones:** El tratamiento rehabilitador mejoró el estado funcional y la calidad de vida en los pacientes que sufrieron ACV. Se recomienda realizar un ensayo clínico controlado y aleatorizado para determinar eficacia. Se sugiere utilizar la ECI-16 como instrumento de evaluación en las historias clínicas de los pacientes con ACV.

31TL. SÍNDROME DE GUILLAIN BARRE EN NIÑOS, REVISIÓN DE LA LITERATURA, ENFOQUE DIAGNÓSTICO Y REHABILITACIÓN.

Sandra Bibiana Avendaño Avendaño. Residente Medicina Física y Rehabilitación. Universidad Militar Nueva Granada. Bogotá, Colombia.

Antecedentes: aunque síndrome de Guillain Barre ha sido bien estudiado, carácter autoinmune, se desconoce el enfoque rehabilitador principalmente en algunas de sus variantes y que llegan a ser más comunes en niños. A pesar que el (SGB) es descrito como un polirradiculoneuropatía desmielinizante inflamatoria, en niños llega a presentarse como una variante axonal con peor pronóstico rehabilitador. Involucra un grupo heterogéneo de entidades clínicas. **Descripción:** Paciente de 8 años, funcionalidad previa completa. Cuadro de 72 horas de debilidad, progresiva asociada a hiporreflexia, hipotonía de predominio en miembros inferiores, sensibilidad conservada, no bípeditación, ni marcha, no compromiso respiratorio. Se hospitaliza en cuidados intermedios, se inicia inmunoglobulina. Valoración fisiatría: debilidad proximal y distal, hiporreflexia, hipotonía, sensibilidad conservada, no sedente ni bípedo. Hughes: 4. Se inicia rehabilitación indicando terapia física para

prevenir retracciones, conservar arcos de movilidad, cambios posicionales cada 2 horas, evitar pie caído, terapia ocupacional para estimulación neurosensorial, y trabajo en posicionamiento e independencia, psicología para trabajo con padres y afrontamiento de su patología. 23/12/14: neuroconducción y electromiografía: estudio anormal, compatible con poli neuropatía axonal motora aguda de las 4 extremidades, posible variante AMAN (neuropatía axonal motora aguda). Última valoración marzo de 2016, paciente con recuperación de fuerza muscular distal en miembros superiores, además de recuperación de la motricidad fina, en miembros inferiores hiporreflexia aquiliana y fuerza de dorsiflexores 3/4, resto normal, actualmente estudiando y con adecuado apoyo familiar y social. **Conclusión:** La paciente a pesar de cursar con una variante de difícil pronóstico, logra la recuperación motora casi completa con algo de debilidad en dorsi-flexores del tobillo, realiza marcha sin asistencia, todo esto nos muestra que el proceso de rehabilitación, es efectivo en la recuperación de los pacientes con SGB, a pesar del pronóstico descrito en la literatura.

32TL. MANIFESTACIONES EXTRAINTESTINALES EN ENFERMEDAD CELIACA, PRESENTACIÓN DE UN CASO. Verónica Matassa de Vaccaro, Silvia Verdú. Médica Fisiatra. Hospital de Rehabilitación Manuel Rocca; Buenos Aires, Argentina.

Introducción: la enfermedad celíaca (EC) tiene origen autoinmune, se presenta en pacientes genéticamente susceptibles y cuyo desencadenante es la ingesta de gluten. Las manifestaciones extra intestinales frecuentes son: anemia, coagulopatías, enfermedades óseas y de piel, otras enfermedades autoinmunes, síndromes psiquiátricos y neurológicos. **Presentación:** mujer, 60 años, ingresó para su rehabilitación luego de 4 meses de internación por múltiples recurrencias infecciosas. Al ingreso se presentaba vigil, respondía órdenes simples y complejas hasta 2 comandos, cuadriparesia severa, hipotrofia muscular generalizada, dolor generalizado a la movilización, déficit de sensibilidad profunda en miembros inferiores, arreflexiva patelar y aquiliana. Antecedentes de epilepsia, enfermedad celíaca y bipolaridad. Funcionalmente: sin equilibrio corto, rolados asistidos, falta de fuerza en prensiones y pinzas, dependiente en actividades de la vida diaria (AVD). El laboratorio mostró descenso de B12 sérica, descenso de proteínas totales, anemia y plaquetopenia, se le dio tratamiento dietario por enfermedad celíaca, anemia y proteínas, se agregó a la medicación anticonvulsiva, hierro, calcio, vitamina B12, Mg, vit D y alendronato. Psiquiatría medicó con quetiapina. La Resonancia Magnética Nuclear mostró atrofia a nivel frontal y calcificaciones. EMG poli neuropatía mixta simétrica. Se trató con pregabalina 150mg por dolor neuropático. A los 9 meses fue dada de alta realizando marcha con trípode intra domiciliaria, logrando independencia en AVD con adaptaciones. **Concluimos:** el padecer EC de la niñez, con diagnóstico tardío y falta de tratamiento hizo que presentara

un cuadro tan complejo. La rehabilitación fue exitosa siendo necesario controlar y tratar la enfermedad de base.

33TL. SIALORREA NEUROGÉNICA INFANTIL EN PARALISIS CEREBRAL INFANTIL Y EL MANEJO CON LA TOXINA BOTULÍNICA. Verónica Matassa,¹ Daina Lange.²

¹Médica Especialista en Medicina Física y Rehabilitación; Hospital de Rehabilitación Manuel Rocca; Centro de Rehabilitación Redes; Centro de Rehabilitación la Ventana; ²Licenciada en Fonoaudiología; Centro de Rehabilitación Redes; Buenos Aires, Argentina.

Antecedentes: La sialorrea es un síntoma potencialmente incapacitante, puede conducir a alteraciones funcionales, psicológicas y sociales, que afectan tanto al paciente como a sus cuidadores. La sialorrea anterior, afecta la socialización, constituyéndose como una barrera para el contacto físico e impactando sobre la calidad de vida. Interfiere en el lenguaje, el habla y la comunicación. La sialorrea posterior, se asocia a trastornos severos de la deglución, constituyendo un riesgo de aspiración. En la parálisis cerebral infantil (PCI), la sialorrea se produce fundamentalmente por disfunción neuromuscular/sensorial. Existen tratamientos farmacológicos orales con efectividad no concluyente y efectos adversos importantes. Otros tratamientos son los quirúrgicos y la aplicación de Toxina Botulínica. **Descripción de la Serie de Casos Clínicos:** Presentamos tres casos de niños de 10 años de edad con diagnóstico de PCI tratados con toxina botulínica. Dos niños con cuadriparesia espástica y otro con diparesia espástica, con puntaje en la Escala de severidad y frecuencia de sialorrea de 9. Se optó por la toxina botulínica tipo A, onabotulinum, en glándula parótida. Se utilizaron 30UI en cada glándula ubicándolas por reparos anatómicos, en forma ambulatoria con anestesia local en crema. Se obtuvo en ambos niños con cuadriparesia espástica un resultado en la escala de severidad y frecuencia de sialorrea de 5 y en niño con diparesia espástica de 6, evaluados a los 10 y 30 días luego de la colocación. **Conclusiones/ Recomendaciones:** El manejo con técnica adecuada de toxina botulínica en pacientes con sialorrea severa resultó en una buena respuesta y de bajo costo por realizarse en forma ambulatoria.

34TL. ESTUDIO DESCRIPTIVO TRANSVERSAL DE FRECUENCIA EN DOLOR CRÓNICO NO ONCOLÓGICO EN PERSONAS CON DISCAPACIDAD QUE CONCURREN A INSTITUCIONES DE LA CIUDAD DE BUENOS AIRES Y GRAN BUENOS AIRES. Verónica S. Matassa; Médica Especialista en Medicina Física y Rehabilitación. Centro de Rehabilitación Redes y La Ventana; Hospital Manuel Rocca; Buenos Aires, Argentina.

Antecedentes: El dolor crónico no oncológico (DC) es considerado un problema de salud pública, con una prevalencia de 10-25% en población general <65 años y

de hasta 50% en >65 años. El 10% de pacientes con DC desarrollan dolor neuropático(DN). **Objetivo:** Establecer la proporción de casos de DC y DN en personas con discapacidad en distintos grupos etarios, por patología funcional y etiología, Buenos Aires, Enero 2015-Mayo 2016. **Metodología:** Estudio descriptivo transversal realizado en cinco centros de atención, públicos y privados, con pacientes ambulatorios e internados. Se utilizó Criterios IASP para definir DC; escalas EVA, FLACC, FACE Scale; DN-4 y encuesta a cuidadores en los niños. Se calcularon medias globales y por clasificación funcional. Se utilizó Epidat 4.1 para análisis de frecuencia. Las escalas fueron realizadas por médicos fisiatras. Se obtuvo consentimiento informado. **Resultados:** Fueron enrolados 344 pacientes, 179 adultos y 165 niños. Se identificaron 134 casos DC (75%) y 45 DN (25%) en adultos y 35 casos DC(21%) 3 DN (2%) en niños. En pacientes 1-18 años la patología más frecuente entre pacientes con DC fue Parálisis Cerebral Espástica; DN se observó en algunos casos de luxación de cadera. En >18 años la mayor frecuencia de DC fue encontrada en Cuadriparesia/plejía y Hemi y diparesias/plejías. En DN, mayor frecuencia fue en lesiones medulares, esclerosis múltiple y stroke. **Conclusiones/Recomendaciones:** La frecuencia de DC y DN fue mayor en personas con discapacidad, comparado con datos de prevalencia en la población general de European Federation IASP Chapter (20%). Un elevado porcentaje de pacientes presenta DC. En niños la frecuencia de DC fue similar a datos de población general. Es necesario reconocer/conocer lo que definido por IASP constituye la enfermedad de mayor prevalencia a nivel mundial y así instrumentar los tratamientos requeridos y mejorar la calidad de vida de nuestros pacientes.

35TL. ANÁLISIS DE COSTO-UTILIDAD DE LA CUENCA DE APOYO EN EL TENDÓN PATELAR COMPARADA CON LA DE CONTACTO TOTAL PARA PACIENTES AMPUTADOS POR DEBAJO DE RODILLA, MEDELLÍN, COLOMBIA, 2015. Mateo Ceballos,¹ Laura Sánchez,² Luz Helena Lugo,³ Luis Esteban Orozco,⁴ Juan Pablo Valderrama.⁵ Economista, Instituto de Evaluación Tecnológica en Salud-IETS, Bogotá D.C.; Grupo Rehabilitación en Salud, Universidad de Antioquia, Medellín; ²Economista, MSc en Economía, Departamento de Economía y Grupo de Economía de la Salud, Universidad de Antioquia, Medellín; ³Médica Fisiatra, MSc en Epidemiología Clínica, Grupo Rehabilitación en Salud, Universidad de Antioquia y Departamento de Medicina Física y Rehabilitación, Clínica Las Américas, Medellín; ⁴Economista, Grupo de Economía de la Salud, Universidad de Antioquia y Escuela de Economía y Finanzas, Universidad Eafit, Medellín; ⁵Médico Fisiatra, Orthopraxis S.A.S, Medellín; Colombia.

Antecedentes: El diseño de cuencas puede afectar significativamente tanto la movilidad como la percepción de bienestar en pacientes amputados por debajo de rodilla. **Objetivo:** Determinar la relación costo-utilidad de una cuenca

de apoyo en el tendón patelar (PTB) comparada con una de contacto total (TSB) en pacientes amputados por debajo de rodilla desde la perspectiva de una institución prestadora de servicios de salud en Medellín, Colombia. **Metodología:** La calidad de vida de las alternativas se estimó a partir de la aplicación en 2015 del EQ-5D, el WHO-DAS versión 2,0 y una encuesta diseñada por los autores a pacientes atendidos en una institución de salud especializada en prescripción de prótesis en pacientes amputados; años 2012 y 2014. Se aplicó encuesta de calidad de vida. El EQ-5D permite calcular años de vida ajustados por calidad. Se identificaron las principales características socio-demográficas de los pacientes, y condiciones específicas de salud y su relación con el uso de la prótesis. Los precios de las cuencas se determinaron a partir de consultas a varias instituciones de salud que las prescriben en el país. Se utilizó una disposición a pagar de 3 veces el PIB per cápita del país, que para el 2014 fue de 22.508 USD. Se realizaron análisis de sensibilidad determinísticos y probabilísticos. **Resultados:** Se evaluaron 113 pacientes, 45 (39.8%) utilizaban cuenca tipo PTB y 68 (60.2%) una TSB. Se calculó una relación incremental de costo-efectividad de 19.702 USD por año de vida ajustado por calidad ganado. La disposición a pagar elegida, la probabilidad de que la cuenca de contacto total sea costo-efectiva fue 55.1%. **Conclusiones/Recomendaciones:** Para el grupo de pacientes analizado, la cuenca TSB resultó ser una estrategia costo-efectiva comparada con una de apoyo PTB. La elección del tipo de cuenca debe involucrar la valoración clínica de las características individuales de cada paciente.

36TL. REHABILITACIÓN PROTÉSICA PARA LA PERSONA CON AMPUTACIÓN DE MIEMBRO INFERIOR EN COLOMBIA. Luz Helena Lugo Agudelo,¹ Jesús Plata Contreras,² Fabio Alonso Salinas,³ Juan Pablo Valderrama,⁴ Alonso Castaño González,⁵ Ana María Posada,⁶ Juan Manuel López.⁷ Coordinadora Grupo de Rehabilitación en Salud, Universidad de Antioquia; ²Profesor Titular, Universidad de Antioquia; ³Médico Fisiatra, MSc Ciencias Clínicas Universidad de Antioquia; ⁴Médico Fisiatra, MSc Ciencias Clínicas Universidad de Antioquia; ^{5,6,7}Estudiantes de Postgrado Medicina Física y Rehabilitación, Universidad de Antioquia; Medellín, Colombia.

Antecedentes: El contar con una Guía de Práctica Clínica (GPC) para la prescripción de las prótesis en amputados de miembros inferiores, fortalece la atención de rehabilitación de un país. **Descripción de la experiencia:** Se conformó un grupo interdisciplinario desarrollador de la Guía (GDG). Se definieron las preguntas PECOT (Población, Exposición, Comparación, Desenlaces, Tiempo), se hicieron búsquedas sistemáticas y síntesis de evidencia y se evaluó la calidad del cuerpo de la misma con GRADE (The Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation). Se realizaron las recomendaciones validadas por expertos temáticos, metodológicos, un grupo de apoyo

y de pacientes. La recomendaciones se calificaron como: fuerte a favor, débil a favor, fuerte en contra, débil en contra. Se realizaron las siguientes recomendaciones: 1) Uso de prótesis postoperatoria inmediata; 2) Uso de plantilla y ortesis en amputación parcial del pie; 3) Un pie SACH en personas con bajo nivel de actividad (K1-K2); 4) Pie articulado o de respuesta dinámica en niveles de actividad K3-K4; 5) Cuenca de contacto total en los amputados por debajo de la rodilla; 6) Adaptación individualizada en el sistema de suspensión; 7) Adaptación de una rodilla monocéntrica con bloqueo manual o freno de carga en amputados con nivel de actividad K1 o K2; 8) Rodilla policéntrica de control de fluidos en los niveles K3 y K4; 9) Adaptación de una rodilla policéntrica mecánica en desarticulados de rodilla con niveles de actividad K1 o K2; 10) Una rodilla Policéntrica de control de fluidos en niveles K3 o K4. **Lecciones aprendidas:** Esta guía presenta recomendaciones basadas en la evidencia para los profesionales de salud y tomadores de decisiones que participan en la prescripción y en las autorizaciones de las prótesis en el sistema de salud colombiano.

37TL. DISCAPACIDAD Y REHABILITACIÓN: CAPACIDAD DE RESPUESTA INSTITUCIONAL EN HONDURAS, 2013-2014. Ana J. Jiménez Dilworth,¹ Wilmer Castellanos Dubón,² Leonardo Sierra,³ Sonia Flores,⁴ Lucia Zúñiga,⁵ Edna Maradiaga,⁶ Jackeline Alger,⁷ Mauricio Gonzales,⁸ Manuel Sierra.⁷ ¹Médico Residente Postgrado de Medicina de Rehabilitación 2012-2014, Facultad de Ciencias Médicas (FCM), Universidad Nacional Autónoma de Honduras (UNAH), Tegucigalpa. Actualmente Centro de Rehabilitación Integral Teletón; Tegucigalpa; ²Médico Residente Postgrado de Medicina de Rehabilitación 2012-2014, FCM UNAH, Tegucigalpa. Actualmente Centro de Rehabilitación Integral Teletón, San Pedro Sula; ³Médico Fisiatra; Postgrado Medicina de Rehabilitación FCM UNAH; ⁴Medico Fisiatra, Unidad de Medicina Física y Rehabilitación, Instituto Hondureño de Seguridad Social, Tegucigalpa; ⁵Medico Fisiatra, Hospital Bendaña, San Pedro Sual; ⁶MD, MSc, Unidad de Investigación Científica (UIC), Facultad de Ciencias Médicas (FCM) UNAH; ⁷MD, PhD, UIC FCM UNAH; ⁸Licenciado en Informática, UIC FCM UNAH; Tegucigalpa; Honduras.

Antecedentes: La capacidad de respuesta institucional a la discapacidad incluye aspectos legales, infraestructura, equipos/insumos y capacitación del personal. **Objetivo:** Determinar la capacidad de respuesta institucional de la red de servicios de salud pública de Honduras a la discapacidad, 2013-2014. **Metodología:** Estudio descriptivo transversal que incluyó las Unidades de Salud (US) correspondientes a las áreas de influencia de Médicos en Servicio Social (MSS), FCM UNAH. Se utilizó un instrumento para registrar información sobre infraestructura, aditamentos/insumos y capacitación del personal. Se creó una base de datos EpiInfo versión 3.5.4. Los resultados se presentan como frecuencias y porcentajes de las variables estudiadas. **Resultados:** Los 296 MSS incluidos evaluaron 189 US distribuidas en

17 departamentos, correspondiendo a 144 (76.2%) centros de salud, 12 (6.3%) clínica materno – infantil, 23 (12.2%) hospitales, 10(5.3%) otro. De los aspectos relacionados a infraestructura, solamente 1(0.5%) US contaba con los 7 elementos evaluados; contaban con rampas de acceso 29.6% (56), aceras 72.0% (136), pasillos con medidas 57.1% (108), puertas con medidas 79.4% (150), baño con soporte en paredes 2.1% (4), pasillos con pasamanos 5.8% (11). Contaban con sillas de ruedas, bastones y andadores 25.4% (48), señalización 4.2% (8). Contaban con programas de prevención de la discapacidad 4.2% (8), personal graduado en rehabilitación 3.2% (6). El 6.9% (13) de las US informaron que el personal había recibido algún entrenamiento sobre rehabilitación. **Conclusiones/ Recomendaciones:** La capacidad de respuesta institucional biomédica a la discapacidad es escasa, con inexistente abordaje psicosocial, siendo los factores contextuales y en este caso los ambientales una barrera para la integración de las personas con discapacidad. Es necesario promover el desarrollo e implementación de una estrategia definida de cómo enfrentar integralmente el problema creciente de discapacidad en Honduras.

38TL. RESULTADOS DE UN PROGRAMA DE TERAPIA FÍSICA Y OCUPACIONAL EN ADULTOS MAYORES. Enma Molina,¹ Claudia Martínez,¹ Lidia Peralta,² Vilma García.³ ¹MD Fisiatra, Unidad Universitaria de Medicina de Rehabilitación, UNAH;² Terapeuta Funcional, Unidad Universitaria de Medicina de Rehabilitación, UNAH; ³MSc. Psicóloga, Unidad Universitaria de Medicina de Rehabilitación, UNAH. Tegucigalpa, Honduras.

Antecedentes: En ancianos los programas de rehabilitación no han de orientarse exclusivamente a las secuelas de trauma o enfermedad, sino implementarse como medida preventiva de discapacidad y dependencia debida a involución senil o caídas. **Objetivos:** conocer los beneficios de un programa piloto de terapia física y ocupacional en el funcionamiento físico y cognitivo en adultos mayores que asisten a Unidad Universitaria de Medicina de Rehabilitación (UUMR) mayo-diciembre 2015. **Metodología:** estudio serie de casos de un programa de dos meses de duración, dos veces por semana para educación y entrenamiento en hábitos para envejecimiento exitoso. Previo y dos meses después del programa se valoró: nivel de actividad física, limitaciones en actividad y restricción en la participación, escala Tinetti modificada, Mini-Mental, escala Yeasavage, análisis de marcha en entrenador BIODEx, prueba de riesgo de caída y de integración sensorial del equilibrio en sistema de balance BIODEx. Ficha de seguimiento incluía datos de apego al programa y beneficio percibido. Consentimiento informado escrito. **Resultados:** Se siguieron 5 hombres y 16 mujeres. Edad media 70.5 años. Sedentarismo inicial 67%, al seguimiento 57%. El 85.7% (18) de los usuarios percibieron que el ejercicio beneficia su salud o estado de ánimo. Inicialmente limitaciones en actividad y restricciones

en la participación más frecuentes fueron realizar los quehaceres del hogar, andar y desplazarse por el entorno 28.6%; al seguimiento limitaciones realizar los quehaceres del hogar 14.3%, andar 19% y desplazarse por el entorno 23.8%. Depresión leve en 3 participantes, 2/3 normalizaron. Tres participantes con déficit cognitivo leve, uno normalizó. Mejoría en velocidad y longitud del paso; promedio del índice de estabilidad general al inicio y al control fue de 1.52 y 1.23, puntuación en escala de Tinetti 29.38 y 30.62. Prueba de integración sensorial con resultados heterogéneos. **Conclusiones/Recomendaciones** Programas educativos multidisciplinares parecen mejorar la calidad de vida de adultos mayores.

39TL A PROPÓSITO DE UN CASO. MIELITIS TRANSVERSA, TEGUCIGALPA, HONDURAS. Javier O. Molina,¹ Luis Fernando Naranjo,² ¹Médico Residente de Segundo Año, Postgrado de Medicina Física y Rehabilitación. ²Médico Especialista Medicina Física y Rehabilitación. Tegucigalpa, Honduras.

Antecedentes: La mielitis transversa es una inflamación de la médula espinal, que causa síntomas agudos o subagudos sensitivos, motores y autonómicos. Estadística global 15%-30% de los casos son idiopáticos. Causas secundarias comunes incluyen una reacción autoinmune después de una infección o la vacunación, la enfermedad desmielinizante adquirida, enfermedad autoinmune sistémica, y procesos paraneoplásicos. CASO CLINICO. Masculino 25 años, peso 151 libras, atendido el 26 de mayo de 2016 en Hospital General San Felipe, consulta externa de medicina física y de rehabilitación, referido de Centro de Salud de Esparta, Atlántida, habiendo sido manejado ambulatoriamente del 11 al 24 de mayo del 2016 con sospecha de miopatía por 11 días. Presentaba disminución de la fuerza, parestesias y dolor en miembros pélvicos de predominio derecho. Hemograma del 17 de mayo 15,850 células con neutrofilia, hemoglobina 15.10 gr/dL, plaquetas 226,000. Proteína C negativa, factor reumatoide negativo, antiestreptolisinas negativo. En Hospital de Especialidades San Felipe se encontró con déficit motor en miembros pélvicos: fuerza -3 en el lado derecho y -4 a izquierda, sin alteración de esfínteres. Fue manejado ambulatoriamente con tratamiento rehabilitador a partir del 26 de mayo del 2016, con diagnóstico de neuropatía en estudio. Se realizó neuroconducción y electromiografía reportados como normales. Derivado a neurología del Hospital Escuela Universitario donde fue evaluado, encontrando nivel sensitivo dorsal en T9; se diagnosticó mielitis transversa, no fue posible realizar resonancia indicada. Se trató con pulsos de metil-prednisolona 1 gr por 3 días. Hubo mejoría clínica significativa. Paciente no volvió a evaluación por neurología, se habló vía celular con madre quien refiere que paciente se encuentra sin déficit neurológico, sin alteraciones en la mar-

cha. **CONCLUSIONES/RECOMENDACIONES:** Diagnóstico y tratamiento oportuno tanto farmacológico como rehabilitador pudieron evitar secuelas importantes en este paciente, que posteriormente hubiesen afectado su calidad de vida a nivel personal y laboral.

40TL. REPORTE DE FAMILIA: DISTROFIA MUSCULAR OCULOFARÍNGEA, AÑO 2016, TEGUCIGALPA, HONDURAS. Alejandra Marcela Molina,¹Sofía Dubón Murcia,¹Nelson Alexander Betancourt Velásquez,² Iris S. Murillo Portillo.³ ¹Médico Especialista en Neurología, UNAH; ²Médico Residente 1er Año, Postgrado de Neurología, Facultad de Ciencias Médicas, UNAH; ³Médico Residente 2do Año, Postgrado de Medicina de Rehabilitación, Facultad de Ciencias Médicas UNAH; Tegucigalpa, Honduras.

Antecedentes: La Distrofia Muscular Oculofaríngea (DMOF) es una enfermedad poco frecuente, autosómica dominante claramente definida. Sin embargo, puede presentarse de forma recesiva en algunos casos. Existe mayor tendencia en familias de ascendencia franco-canadiense. Actualmente la distribución mundial es en al menos 33 países; en Honduras no se habían descrito casos. **Descripción de serie de casos:** Se trata de dos hermanos: Masculino de 44 años de edad y Femenina de 41 años. Con inicio de síntomas en diferentes etapas de su vida con mayor afección en el paciente masculino cuyos síntomas comenzaron en el transcurso de 2 años antes de asistir a la consulta externa de Neurología/Rehabilitación. En los dos casos el inicio fue la afección de músculos extraoculares y luego la debilidad de tipo proximal en cintura pélvica y miembros superiores que no impide la marcha, acompañado de afecciones cardíacas en uno de los casos. Con estudios complementarios que se realizaron al paciente masculino, CPK total con resultado normal, se practicó estudio de conducción nerviosa y electromiografía con resultado anormal con patrón miopático con afección de musculatura proximal y de cara de predominio ocular. Nasofibrolaringoscopia normal, ecocardiograma con hipertrofia ventricular izquierda concéntrica ligera, insuficiencia mitral. Se le inició manejo con L-carnitina y esteroides en el caso del paciente masculino a un mes con mejoría de fuerza muscular; permanece estable, sin cambios clínicos. **Conclusiones/Recomendaciones:** Las complicaciones de la DMOF incluyen asfixia, regurgitación, aspiración y neumonía, las cuales son las principales causas de muerte. La esperanza de vida no parece ser acortada, aunque si la calidad de vida. Es necesario el diagnóstico precoz para recibir el tratamiento adecuado farmacológico y rehabilitador.

41TL. ALTA PREVALENCIA DE DISCAPACIDAD ASOCIADA A ENFERMEDADES CRÓNICAS NO TRANSMISIBLES EN ADULTOS MAYORES, HONDURAS 2014-2015.

Melissa A. Mejía,¹ Paola M. Rivera,¹ Melvin Urbina,¹ Leonardo Sierra,² Sonia Flores,³ Claudia Martínez,² Saira Rapalo,³ Lucía Zúñiga,⁴ Jackeline Alger,⁵ Mauricio Gonzales,⁶ Edna Maradiaga.⁷ ¹Médico Residente, Postgrado de Medicina de Rehabilitación, Facultad de Ciencias Médicas (FCM), UNAH, 2013-2015; ²Fisiatra, Postgrado de Medicina de Rehabilitación, FCM UNAH; ³Fisiatra, Unidad de Medicina Física y Rehabilitación, Instituto Hondureño de Seguridad Social; ⁴Fisiatra, Policlínica Bendaña, San Pedro Sula; ⁵MD, PhD, Unidad de Investigación Científica (UIC), FCM UNAH; ⁶Licenciado en Informática, UIC FCM UNAH; ⁷MD, MSc, UIC FCM UNAH.

Antecedentes: El fenómeno de envejecimiento poblacional conlleva un aumento de discapacidad en adultos mayores (AM). **Objetivo:** Determinar prevalencia de discapacidad y factores asociados en sujetos ≥ 60 años, zonas de influencia Médicos en Servicio Social (MSS) UNAH, 2014-2015. **Metodología:** Estudio descriptivo transversal de asociación sobre personas AM con discapacidad permanente ≥ 1 año; tamaño muestral $n=2,000$. Búsqueda activa en comunidades seleccionadas aleatoriamente, aplicando dos instrumentos previo consentimiento informado escrito. Se utilizó Clasificación Internacional Funcionamiento, Discapacidad y Salud (CIF) y Cuestionario WHODASII (OMS) para evaluar últimos 30 días. Se creó base datos Epi-Info versión 7.0, análisis univariado y asociación (OR, IC95%, $p < 0.05$). **Resultados:** Se incluyeron 107 MSS (19.5%) con información validada de 5,126 AM, identificando prevalencia de 51.2% (2,627); edad promedio 73.6 años (rango 60-106), mujeres 62.6% (1,645), escolaridad ≤ 6 años 90.6% (2,380); antecedente de hipertensión arterial 59.3% (1,558), artropatía 42.3% (1,111), diabetes mellitus 20.3% (533); grado de severidad leve 72.1% (1,893), moderado 22.1% (581), severo 5.7% (151) y completo 0.1% (2). Discapacidad adquirida 91.9% (2,415); mayor afectación en función esquelética (72.6%) y estructuras relacionadas al movimiento (75.5%). Capacidad de moverse limitada en 93.4% (2,454); 86.7% (2,279) debió invertir dinero propio y familiar en su salud. Mujeres presentaron $>$ riesgo de afectación en funciones cardiovascular, hematológica, metabólica, endocrina, esqueléticas y piel/faneras y estructuras cardiovascular, digestiva, metabólica, endocrina y relacionadas al movimiento ($p < 0.05$). Los hombres presentan mayor afectación en funciones respiratoria, genito-urinaria y reproductora y estructuras respiratoria y genito-reproductoras ($p < 0.05$). Factores mayormente asociados a discapacidad: edad ≥ 70 años (OR 2.3, $p = 0.00$), enfermedad crónica (OR 4.1, $p = 0.00$), caída < 12 meses (OR 2.1, $p = 0.00$), violencia (OR 3.4, $p = 0.00$). **Conclusiones/Recomendaciones:** La alta prevalencia de discapacidad en AM en Honduras está asociada a condiciones a las enfermedades crónicas que son prevenibles/modificables. Es imperativo crear y ejecutar programas de envejecimiento

saludable incluyendo acciones de rehabilitación basada en la comunidad.

42TL. REHABILITACION DE SINDROME DE WALLEBERG: PRESENTACION DE CASO CLINICO, HOSPITAL ESCUELA UNIVERSITARIO, TEGUCIGALPA.

Arlyn Rossela Barrientos Matamoras,¹ Ingrid Margarita Ramos Salas,¹ José Elpidio Sierra.² ¹Médicos Residentes II Año; ²Médico Especialista en Medicina Física y Rehabilitación; Postgrado de Medicina Física y Rehabilitación, Facultad de Ciencias Médicas, UNAH, Tegucigalpa, Honduras.

Antecedentes: El síndrome de Wallenberg o síndrome bulbar lateral, es el más frecuente dentro del tallo cerebral. Se ha descrito como consecuencia de una oclusión de la arteria cerebelosa posteroinferior; se considera que la arteria vertebral y sus ramas perforantes son las arterias más implicadas. El diagnóstico se confirma por resonancia magnética.

Descripción del Caso Clínico: Paciente masculino, 57 años de edad, procedente de la Aldea Mateo, Francisco Morazán, antecedentes de hipertensión arterial y diabetes mellitus con apego al tratamiento. El 30 de diciembre de 2015 presentó súbitamente vértigo y pérdida de la fuerza en hemicuerpo izquierdo dificultando la marcha, acompañándose de disfagia. Ingresado en Hospital Escuela Universitario (HEU) realizándose examen de resonancia magnética informando lesión isquémica en territorio de arteria cerebelosa posteroinferior. Interconsultado al Servicio de Rehabilitación el 9 de enero de 2016 donde se inició manejo de cavidad oral (estimulación del reflejo nauseoso, terapia sensitivomotora, ejercicios linguales), rehabilitación vestibular y marcha, en sesiones 3 veces por semana y manejo interdisciplinario (Foniatría y Neurología). Fue dado de alta con sonda nasogástrica y a nivel de silla de ruedas y continuó su rehabilitación en Consulta Externa del HEU. Mediante la Clasificación Internacional de Funcionamiento (CIF), tiene discapacidad grado IV en andar, comer y beber. 5 meses después, paciente marcha con bastón de 4 puntos (discapacidad grado II), sin discapacidad para beber y comer. **Conclusiones/Recomendaciones:** La rehabilitación temprana de los eventos cerebrovasculares y el trabajo en equipo conllevan mejores resultados en los pacientes mejorando así la independencia en sus actividades diarias y repercutiendo en una mejor calidad de vida.

43TL. EVALUACION DE LA RESPUESTA A UNA INTERVENCIÓN FISIOTERAPÉUTICA EN DEPORTISTAS CON ESGUINCE DE TOBILLO, UNAN-MANAGUA.

Marlon Sánchez Mayorga; Licenciado en Fisioterapia, Máster en Métodos de Investigación Científica. Departamento de Becas, Clínica Universitaria, UNAN Managua, Nicaragua.

Antecedentes: Estudios realizados en Madrid-España (2007), mostraron que durante el período de entrenamiento, la Fisioterapia produjo reducción significativa del dolor

en tobillo y disminución de incidencia de lesiones. **Objetivo:** Evaluar la respuesta a una intervención fisioterapéutica en deportistas con esguince de tobillo, Clínica Médica Instituto Nicaraguense de Deporte y Clínica Médica de la UNAN-Managua, Septiembre 2013-Enero 2014. **Metodología:** Se incluyeron deportistas de diferentes disciplinas, diagnosticados con esguince de tobillo grado I y II, etapa sub-aguda. Cuatro grupos de tratamiento: A= Compresas húmedas calientes (C.H.C.), Ultrasonido y Electroestimulación TENNS); B= C.H.C., Ultrasonido y Electroestimulación TENNS, Vendaje Neuromuscular; C= C.H.C., Técnicas Artroquinemáticas, Vendaje Neuromuscular; D= Vendaje Neuromuscular y Ultrasonido; aplicados 60 minutos/día. Para evaluar la respuesta terapéutica se realizó valoración musculoesquelética y de marcha. Se obtuvo consentimiento informado escrito. **Resultados:** Se incluyeron 20 pacientes, 5 en cada grupo;

edad 21-26 años 10 casos, sexo masculino 16, procedencia zona urbana 17, esguince grado I 19, esguince de tobillo por fútbol 7. Al mismo tiempo se encontraron esguince pie derecho 10 casos, inflamación de 1cm a más 12 casos, dolor moderado e intermitente 8 casos, deportista que no podían correr 18 casos, deportistas que no podían saltar 17 casos, positivos en test de cajón anterior 15 casos, movimiento activo limitado en 18 caso, con debilidad y dolor en 18 y en las fases de la marcha 9 casos no realizaban fases de la marcha como choque de talón, balanceo y empuje. **Conclusiones/Recomendaciones:** Se identificó similar respuesta terapéutica entre grupos A y B, presentando mejor respuesta en comparación a los grupos C y D. Es necesario realizar un ensayo clínico controlado y aleatorizado para determinar la eficacia de la intervención.