

Vigésimo Aniversario  
Unidad de Investigación Científica UIC  
1988 -2008



Universidad  
Nacional  
Autónoma  
de Honduras



Facultad  
de  
Ciencias  
Médicas

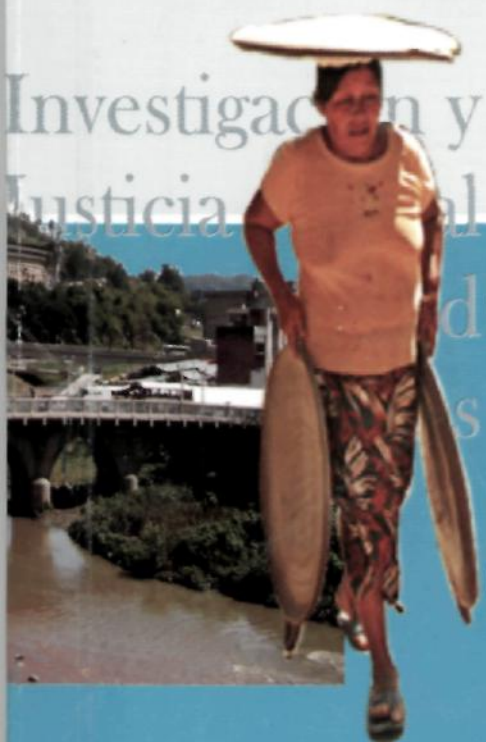


Unidad  
de  
Investigación  
Científica

Programa Científico y  
Compendio de Resúmenes

# XV Jornada Científica II Congreso de Investigación de las Ciencias de la Salud

“Msc. EVA LUZ DE ALVARADO”



## Investigación y Justicia Social para la salud en Honduras



Facultad de Ciencias Médicas, Tegucigalpa  
25-26 Septiembre 2008

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE HONDURAS  
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS  
UNIDAD DE INVESTIGACIÓN CIENTÍFICA**

**XV JORNADA CIENTÍFICA Y H CONGRESO DE INVESTIGACIÓN  
DE LAS CIENCIAS DE LA SALUD  
25 Y 26 DE SEPTIEMBRE**

**PROGRAMA CIENTÍFICO Y  
SUPLEMENTO DE RESÚMENES**

*INVESTIGACIÓN Y JUSTICIA SOCIAL PARA LA SALUD EN  
HONDURAS*

MSc Eva Luz de Alvarado (QDDG)

**Tegucigalpa, M.D.C., Honduras  
Septiembre 2008**

## PROGRAMA CIENTÍFICO

Septiembre 25-26, 2008

XV Jornada Científica y II Congreso de Investigación de las Ciencias de la Salud  
Facultad de Ciencias Médicas, Universidad Nacional Autónoma de Honduras

<b>Horario</b>	<b>Septiembre 25 Jueves</b>	<b>Horario</b>	<b>Septiembre 26 Viernes</b>
9:00 a.m. - 11:00 a.m.	<b>Panel Foro</b> Violencia, derechos y Salud en Honduras. <i>R Custodio, A Reyes, F Ramírez, A Álvarez, R Fonseca</i>	8:30 a.m. - 10:00 a.m.	<b>Mesa Redonda</b> Educación en Parasitología. <i>RG de Kaminsky, C A Javier, J Alger, J Pineda, C Torres.</i>
1:00 p.m. - 3:00 p.m.	<b>Panel Foro</b> Acceso universal a TARV, servicios de atención integral y de prevención a poblaciones difíciles de alcanzar en Honduras. <i>J Fernández, X Bú, R Pinel, EJ Medina.</i>	10:30 a.m. - 12:30 p.m.	<b>Mesa redonda</b> La investigación en el postgrado en salud pública de la UNAH como estrategia de vinculación con las necesidades de la sociedad. <i>ME Caceres, HA Escalante, J Sierra, A Ageitos, Carvajal, E Alduvín.</i>
3:00 p.m. - 5:00 p.m.	Trabajos Libres	1:00 p.m. - 3:00 p.m.	<b>Simposio</b> Retos Actuales de las Enfermedades infecciosas virales y bacterianas en Honduras: Recomendaciones. <i>M Rivera, D Padgett, M Sierra.</i>
		3:00 p.m.- 4:00 p.m.	Trabajos Libres

## CONTENIDO

PROGRAMA CIENTÍFICO .....	2
CONTENIDO .....	3
PALABRAS DEL COORDINADOR GENERAL.....	4
NORMAS GENERALES.....	7
RESEÑA DE UNA MUJER Y SU LEGADO EN LA FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS: MSc EVA LUZ SÁNCHEZ DE ALVARADO .....	9
ACTIVIDADES SOCIOCULTURALES.....	11
PROGRAMA DE EVENTOS ESPECIALES.....	12
PROGRAMA CIENTÍFICO.....	13
RESÚMENES.....	19
CONFERENCIAS.....	19
EXPERIENCIAS .....	29
TRABAJOS LIBRES .....	36
LISTADO DE TÍTULOS DEL TRABAJO LIBRE / CONFERENCIA / EXPERIENCIA POR ORDEN ALFABÉTICO Y TIPO DE TRABAJO PRESENTADO .....	59
LISTADO DE AUTORES ORDENADOS ALFABÉTICAMENTE Y TÍTULOS DEL TRABAJO LIBRE/CONFERENCIA/EXPERIENCIA PRESENTADOS .....	61
LISTADO DE INSTITUCIONES PARTICIPANTES ORDENADAS ALFABÉTICAMENTE, POR TIPO DE TRABAJO LIBRE / CONFERENCIA / EXPERIENCIA PRESENTADOS .....	63
INVITACIÓN.....	66
INSTRUCCIONES PREPARACIÓN DE RESÚMENES (Trabajos Libres y Conferencias) .....	67
INSTRUCCIONES PARA PREPARACIÓN DEL RESUMEN (Conferencias y Trabajos Libres) .....	67
RESUMEN DE TRABAJOS LIBRES Y CONFERENCIAS .....	69
CUERPO DEL RESUMEN .....	70
PATROCINADORES.....	71

## **PALABRAS DEL COORDINADOR GENERAL**

La investigación realizada en la Facultad de Ciencias Médicas (FCM) debe generar no solo nuevo conocimiento, sino un pensamiento crítico-reflexivo, una posición ética- legal y competencias en el personal docente, asistencial y en los estudiantes, a través de la incorporación de la investigación en el Plan Académico de todas las carreras y postgrados de la FCM y como eje transversal en todos los procesos de enseñanza-aprendizaje de los departamentos y unidades de las carreras y post-gradados. Desde 1993 la Facultad de Ciencias Médicas ha enarbolado anualmente la bandera de la investigación en cada Jornada Científica para promover espacios de diálogo institucional y nacional y presentar los resultados de las investigaciones realizadas, aportando evidencia para la toma de decisiones e influir en políticas que beneficien a la población del país.

"Investigación y justicia social para la salud en Honduras" es el lema de nuestra Jornada Al entrar a un nuevo milenio, es desconcertante ver como la pobreza y la inequidad social son los principales determinantes de las condiciones de salud de la mayoría de la población mundial. Cerca de 840 millones de personas en el mundo padecen de hambre y desnutrición y 75% de las riquezas se concentran en 4% de la población. Las 500 personas más ricas del mundo tienen ingresos superiores a los 416 millones más pobres. Más de 1,000 millones de personas viven con menos de un dólar al día y otros 1,500 millones con uno o dos dólares al día Es decir, más de 40% de la población mundial vive diariamente en una economía de supervivencia Unos 2,600 millones de personas carecen de agua potable y servicios sanitarios; 2,000 millones no tienen energía eléctrica, y 115 millones menores permanecen sin escolarizar. Un total de 24,000 personas mueren por día y 11 niños menores de 5 años mueren por minuto a causa de la desnutrición. En América Latina hay 224 millones de pobres y 100 millones de personas viven en la miseria total.

"Investigación y justicia social para la salud en Honduras" es un lema altamente relevante para nuestra realidad. La justicia social implica que las acciones del gobierno, en particular, debieran ser evaluadas por el grado en que aseguran el bienestar de todos los ciudadanos, especialmente de los más vulnerables. La transición epidemiológica que experimenta el país condiciona un patrón de enfermedades infecciosas y crónicas como primeras causas de morbilidad y mortalidad, que se ven agravadas por los índices crecientes de pobreza y de desigualdad social. Cerca de un tercio de los hondureños viven en extrema pobreza y ésta se acentúa más en zonas rurales, en grupos étnicos y en las mujeres. La violencia es una de las primeras causas de mortalidad en la población económicamente activa El femicidio y el infanticidio han alcanzado niveles alarmantes en nuestra sociedad.

En este contexto nacional, la XV Jornada Científica y II Congreso Nacional de Investigación de las Ciencias de la Salud rinde un homenaje postumo a la MSc Eva Luz de Alvarado. Como docente investigadora de la Facultad de Ciencias Médicas, la Lic. Eva Luz hizo de la investigación una plataforma de lucha en favor de los más vulnerables.

Los investigadores e investigadoras somos siempre retados a que nuestras investigaciones respondan a los problemas prioritarios de salud, a las necesidades del sistema de salud, a las necesidades institucionales y a la factibilidad técnica y financiera. A través de la generación de un pensamiento crítico-reflexivo y de información estratégica para la toma de decisiones, la investigación puede ser un instrumento poderoso de transformación social en beneficio de nuestra población.

Manuel Sierra, MD, PhD

Coordinador General

Comité Organizador de la XV Jornada Científica y II Congreso de Investigación de las Ciencias de la Salud

Unidad de Investigación Científica

Facultad de Ciencias Médicas

Universidad Nacional Autónoma de Honduras

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE HONDURAS**

**AUTORIDADES DE LA FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS**

DECANO: DR.RENATO VALENZUELA CASTILLO

SECRETARIA: LIC TRINIDAD DE JESÚS VASQUEZ

**UNIDAD DE INVESTIGACIÓN CIENTÍFICA**

**XV JORNADA CIENTÍFICA Y II CONGRESO NACIONAL**

**DE INVESTIGACIÓN DE LAS CIENCIAS DE LA SALUD.**

**25-26 DE SEPTIEMBRE 2008**

**COMITÉ ORGANIZADOR**

**Coordinador General**

Secretaría

Manuel Sierra Santos

Jackeline Alger

**Comité Científico**

Denis Padgett-Coordinador

Eleonora Espinoza

Jackeline Alger

**Comité Financiero**

Edna Maradiaga

**Comité Socio Cultural**

Coordinadora: Elizabeth Paguada

Tania Licona

**Comité de Publicidad**

Gustavo Moneada

Comité de Apoyo Logístico

Coordinador: Iván Espinoza

Luis Aranda Amalia Castro

Osorio Benicia García García

Ruth Romero Jorge Flores

## NORMAS GENERALES

A continuación se describen las normas generales para el comportamiento de los participantes, expositores, moderadores, coordinadores de salón y patrocinadores.

### Participantes

1. Cumplir con el horario establecido, asistiendo a la hora exacta
2. Portar el gafete durante toda la actividad del evento y acatar las instrucciones del Centro Nacional de Educación Médica Continua para acreditar su participación.
3. Permanecer en la sala de conferencias una vez que se inició la jornada,
4. Se recomienda apagar o programar en modo vibratorio los aparatos de telefonía celular y buscar personas durante las conferencias para no interrumpir las presentaciones.
5. Por un ambiente saludable, se espera que los asistentes no fumen en las instalaciones del evento.
6. Hablar en voz baja, si fuera necesario, dentro de la sala de conferencias y/o en los pasillos adyacentes.

### Expositores:

1. Solicitar con anticipación el apoyo audiovisual requerido para su presentación y hacer las pruebas necesarias con tiempo de anticipación que permita resolver problemas de incompatibilidad.
2. Proveer al moderador del salón, quien se avocará al expositor, los datos relevantes resumidos de su *curriculum vitae*.
3. Presentarse al menos 30 minutos antes de la hora de su exposición en el Salón correspondiente.

### Moderadores

1. Contactarse con los expositores de la sesión asignada por lo menos dos horas antes del horario establecido.
2. Asegurarse de que todas las necesidades de equipo audiovisual requerido por los expositores sean satisfechas.
3. Obtener de los expositores los datos resumidos relevantes del *curriculum vitae* para ser utilizados en la presentación de las conferencias.
4. Durante la sesión científica, presentará a los integrantes de la mesa y/o al conferencista, señalando lo más relevante de su hoja de vida.
5. Llevar el control del tiempo de exposición de cada conferencia, utilizando las luces de alerta: La luz verde corresponde al tiempo de exposición, la luz amarilla a los últimos cinco minutos (preguntas y respuestas) y la luz roja indica que el tiempo finalizó.
6. Preparar en forma conjunta con el expositor y con la delicadeza del caso, preguntas clave para la participación de la audiencia y/o para despejar algunas interrogantes importantes que escapen a la mayoría de los participantes.



### Coordinadores de Salón

1. Coordinar actividades con el moderador.
2. Encargarse de las actividades logísticas relacionadas con el salón de exposiciones: control de luces, micrófonos, equipo audiovisual, puntero, etc.

### Patrocinadores

1. Cumplir con el horario con el horario establecido para la exhibición de material de promoción de la salud y equipo comercial.
2. Portar un gafete que los identifique con la institución a quien representan durante todas las actividades del evento.
3. Por un ambiente saludable, se espera que los Patrocinadores no fumen en las instalaciones del evento.
4. Hablar en voz baja, si fuera necesario, en los pasillos adyacentes a la Sala de Conferencias.

## **RESEÑA DE UNA MUJER Y SU LEGADO EN LA FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS: MSc EVA LUZ SÁNCHEZ DE ALVARADO**



### **Etapa 1937-1970**

Eva Luz se formó como enfermera en la Escuela Nacional de Enfermería; obtuvo su grado de Licenciatura y su Maestría en Psiquiatría y Salud Mental en la Universidad del Valle, Cali, Colombia. Al regresar al país, se desempeñó en diferentes cargos en el Ministerio de Salud.

### **Etapa 1971-2006**

Eva Luz inició esta etapa de su vida en enero de 1971, era una mujer joven, viuda, con tres hijos que iniciaba un nuevo trabajo en la UNAH, en el Departamento de Educación de Enfermería. Nunca se imaginó que se quedaría 35 años y que estos serían un verdadero marmoto de generación de procesos de trabajo, de producción científica, de luchas políticas, gremiales, sociales, por mencionar algunos. Es verdaderamente admirable como esta mujer logró tanto en la Facultad de Ciencias Médicas y en otros ámbitos en los que se involucró. Fue docente destacada en áreas de psiquiatría, administración e investigación. Fue directora del Departamento de Educación de Enfermería (1971-1980) y de la Unidad de Tecnología Educativa (1989-93). Estuvo en cargos de elección como Secretaria de la Junta Directiva y Vicedecana de la FCM, (1983-1989 y 1989-92, respectivamente). Fue profesora y asesora de investigación en el Posgrado de Salud Pública (1994-2006). Asesoró múltiples trabajos de investigación tanto de pregrado como de postgrado. Participó en innumerables procesos relevantes para nuestra Universidad como: Revisión curricular de enfermería y de medicina, procesos de evaluación y acreditación, definición y elaboración de políticas en educación, investigación, desarrollo de recursos humanos, tecnología educativa e informática. Fue una destacada investigadora lo que le permitió escribir múltiples artículos, ponencias, y textos sobre cómo hacer y enseñar esta disciplina.

Lo importante y lo que deseamos destacar es que Eva Luz hizo esto siempre con un espíritu de triunfadora y con un gran compromiso con la humanidad, la universidad y su país, así como otros del continente americano. Para ella nada era difícil ni imposible, siempre dispuesta a aceptar nuevos retos. Le parecía que lo que hacía estaba bien hecho, no obstante esto no le impedía aceptar sugerencias y de vez en cuando, ser humilde y aceptar que se equivocó.

En este período también se interesó y destacó en otros espacios: luchó por sus creencias y planteamientos gremiales y para facilitar sus aportes fue presidenta del Colegio de Enfermeras Profesionales de Honduras (1971-72) y Presidenta del Tribunal de Honor (2001-03) del mismo.

### **Etapa 2006-2008**

Eva Luz se jubiló de la UNAH en agosto del 2006, no obstante continuó apoyando estudiantes del Postgrado de Salud Pública en la elaboración de tesis en calidad de asesora independiente. También dedicó una importante parte de este tiempo a la preparación de la tercera edición del libro metodología de la investigación. Por otra parte fortaleció y profundizó su desarrollo espiritual y labor social a través de grupos organizados de la Iglesia Católica. Asimismo se dedicó a fortalecer y disfrutar la vida de familia con sus hijos, nueras, nietos y nietas, sobrinos y sobrinas; y a compartir más intensamente con sus amistades.

En esta etapa de la vida, Eva Luz se sintió feliz, rodeada de familia, amistades, compañeros y compañeras y muy conciente y satisfecha de todos sus logros en la vida; por los cuales tuvo innumerables reconocimientos, desde la primaria cuando ganó la medalla de oro como mejor alumna en su escuela, y así en cada etapa de su vida hasta un reconocimiento por su contribución al desarrollo de la profesión de enfermería apenas 4 días antes de su muerte.

Su vida y su trabajo nos deja múltiples enseñanzas; su muerte también, pues a pesar de todos sus éxitos, luchas y esfuerzos, sentimos que no hizo suficiente inversión en su salud y la enfermedad le ganó la batalla, llevándole a una muerte relativamente temprana. De haber hecho lo contrario aún estaría con nosotros, disfrutando de muchos años más de placeres y aportes a la sociedad.

En su paso por la vida, Eva Luz tocó muchas vidas y continuará tocándonos mientras esté en nuestras mentes y corazones y mientras las futuras generaciones conozcan sus contribuciones.

## ACTIVIDADES SOCIOCULTURALES

<b>FECHA/LOCAL/HORA</b>	<b>ACTIVIDAD</b>
Auditorio Jorge Haddad	
Jueves 25 de septiembre	
8:50 a.m. - 9:15 a.m.	Popurrí Musical, Coro Escuela Nacional de Música.
11:20-1 1:30 a.m.	Participación Grupo de Cuerdas, Escuela Nacional de Música.
4:00 p.m	Participación Grupo de Ballet
	Participación del coro de la Escuela Normal Mixta "Pedro Nufio"
	Expo-venta de libros médicos todo el día
Viernes 26 de septiembre	
12:00 m.	Participación de la Marimba de la Escuela Normal Mixta "Pedro Nufio"
5:00 p.m	Peña artística: Estudiantes y docentes FCM

## **PROGRAMA DE EVENTOS ESPECIALES**

**Jueves 25 de septiembre, 2008**

### **PROGRAMA CEREMONIA INAUGURAL**

Lugar: Facultad de Ciencias Médicas, Auditorium Jorge Haddad

Horario: 8:30 am - 9:20 am.

Maestro de Ceremonia Elizabeth Paguada, MSc

1. Himno Nacional de Honduras, Coro Escuela Nacional de Música
2. Palabras de Bienvenida Dra Edna Maradiaga, Jefatura de la UIC
3. Palabras Alusivas a la Jornada Científica, Dr. Manuel Sierra, Coordinador General Comité Organizador
4. Palabras de Inauguración. Dr. Renato Valenzuela, Decano de la Facultad de Ciencias Médicas
5. Popurrí Musical, Coro Escuela Nacional de Música

### **Programa Homenaje Postumo a MSc Eva Luz de Alvarado**

Lugar: Facultad de Ciencias Médicas, Auditorium Jorge Haddad

Horario: 11:10 am -12:10 p.m

Maestro de Ceremonia: Gustavo Moneada, MD, PhD

1. Cuarteto de Cuerdas, Escuela Nacional de Música
2. Reseña histórica de MSc Eva Luz de Alvarado MSc Elia Pineda
3. Presentación de Placa de reconocimiento a familiares
4. Cuarteto de Cuerdas, Escuela Nacional de Música
5. Agasajo

### **Viernes 26 de Septiembre 2008 PROGRAMA CEREMONIA DE CLAUSURA**

Lugar: Facultad de Ciencias Médicas, Auditorium Jorge Haddad

Horario: 4:00 p.m

Maestro de Ceremonia: MSc. Iván Espinoza

1. Palabras de Clausura Dr. Manuel Sierra, Coordinador General Comité Organizador
2. Participación grupo de cuerdas, Escuela Nacional de Música
3. Peña artística: Estudiantes y docentes de la Facultad de Ciencias Médicas

PROGRAMA CIENTÍFICO

Jueves 25 de septiembre — Jornada matutina

Hora	Actividad / Tema	Responsable	Lugar
7:30 a.m. - 8:00 a.m.	Inscripción	UIC	AUDITORIUM DR. JORGE HADDAD Q.
8:30 a.m. - 9:00 a.m.	<p><b>Programa de Inauguración</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Palabras de Bienvenida <b>Dra. Edna Maradiaga</b>, Coordinadora Unidad de Investigación Científica</li> <li>• Palabras Alusivas a La Jornada Científica, <b>Dr. Manuel Sierra</b>, Coordinador General</li> <li>• Palabras de Inauguración, <b>Dr. Renato Valenzuela</b>, Decano de la Facultad de Ciencias Médicas</li> </ul>	Moderador (a): Elizabeth Paguada, MSc	AUDITORIUM DR. JORGE HADDAD Q.
9:00 a.m. - 11:00 a.m.	<p><b>Foro: Violencia, derechos y salud en Honduras</b></p> <p>1C. Salud y Derechos Humanos en Honduras, <b>Dr. Ramón Custodio</b></p> <p>2C. La violencia y sus consecuencias en la salud de la población Hondureña, <b>Dr. Américo Reyes y Dr. Francisco Ramírez</b></p> <p>3C. Estadísticas de la violación a los derechos humanos, o muertes por violencia, <b>Dr. Arturo Álvarez</b></p> <p>4C. Violencia contra la mujer y el femicidio en Honduras, <b>CDM</b></p> <p>Preguntas</p>	Moderador (a): Gustavo Moncada, MD, PhD	AUDITORIUM DR. JORGE HADDAD Q.
11:00 a.m. - 12:00 m.	<p><b>HOMENAJE A LA LIC EVA LUZ DE ALVARADO</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Palabras de Bienvenida al acto especial de Homenaje, <b>Dr. Manuel Sierra</b>, Coordinador General</li> <li>• RESEÑA BIOGRAFICA, Lic. Elia Pineda y Lic. María Elena Cáceres</li> <li>• Presentación de Placa de Reconocimiento a familiares, <b>Dr. Renato Valenzuela</b>, Decano de la Facultad de Ciencias Médicas</li> </ul>	Moderador (a): Gustavo Moncada, MD, PhD	AUDITORIUM DR. JORGE HADDAD Q.
12:00 m. - 12:30 p.m.	Refrigerio	UIC	

Horario	Salón "A"	Salón "B"
	<p>Henríquez, José Antonio Mejía, José A. Samra.</p> <p>3T. Características clínico-epidemiológicas de la diarrea por rotavirus en el Hospital Materno Infantil durante el año 2007. <u>Christopher Fajardo</u>, Orlando Rivera, Sandra Tovar, Aida Henríquez, Jankel Rubio, Elena Castellanos, Viena Rivas.</p> <p>4T. Revisión casos clínicos, fibroadenoma de mama en el Hospital Escuela, año 2007. <u>Yeni Paredes Irias</u>, Tani Licona Rivera.</p> <p>5T. Síndrome del nevo basocelular. Serie de casos. <u>Cinthia Espinoza</u>, Nancy Matute, Miriam Gonzalez, Benilda Martel</p> <p>6T. Caracterización clínica y epidemiológica de los casos de leishmaniasis visceral atendidos en el Hospital Escuela, Tegucigalpa, Honduras, 2000-2008. <u>Mirza Lara</u>, José Samra, Marco T Luque, Jackeline Alger</p> <p>Preguntas</p>	<p>realizados en la aplicación del UNGASS / Periodo de cobertura: Enero de 2006 – Diciembre de 2007. Bu X, Gradelhy J, Martinez L, Mejía L, Molinero R, Paredes M, <u>Sierra M</u>, Stella A, Zepeda K</p> <p>14T. Estudio centroamericano de vigilancia de comportamiento sexual y prevalencia de VIH/ITS en poblaciones vulnerables, ECVC - PLUS: análisis de la tendencia de la prevalencia de VIH en trabajadoras del sexo (TS) y en hombres que tienen sexo con otros hombres (HSH) en Honduras. Alvarez B, Aragón M, Edwards R, Gupta S, Lara B, Morales S, Paredes C, Paredes M, <u>Sierra M</u></p> <p>15T. Características generales del binomio paciente - cuidador atendidos en la Asociación Hondureña de Alzheimer: datos preliminares. <u>Heike Hesse</u>, Roberto Padilla, Eleonora Mejía, Marco Burgos, Virginia García de Aviléz, Ángel Pineda Madrid, Gladys Gaviria, María José Quiñónez.</p> <p>16T. Vigilancia de medicamentos (farmacovigilancia) en los sistemas de trabajo. Resultados preliminares. <u>Lino Carmenate Milián</u>, Mario Francisco Rodríguez Núñez, Melvín Humberto Bardales Hernández, Ernesto Benítez Hechavarría.</p> <p>17T. Evaluación económica de tratamientos médicos en Honduras. Resultados preliminares. <u>Lino Carmenate Milián</u>, Mario Francisco Rodríguez Núñez, Melvín Humberto Bardales Hernández, Ernesto Benítez Hechavarría.</p> <p>Preguntas</p>

Horario	Salón "A"	Salón "B"
8:30 a.m. – 10:00 a.m.	Moderadora: Rina G. de Kaminsky, PhD  <b>Mesa Redonda: La enseñanza en la Facultad de Ciencias Médicas: el ejemplo en parasitología</b>	Moderadora: Elizabeth Paguada, MSc  Trabajos Libres : Área Escuela de Enfermería
8:30 a.m. - 8:35 a.m.	10C. Introducción a la Mesa Redonda sobre la Educación en Parasitología. <b>Dra. Rina G. de Kaminsky</b> , AHPA, IAV, Facultad de Ciencias Médicas	18T. Uso de estimulantes y tranquilizantes en estudiantes de cuarto y quinto año de la carrera de medicina, Tegucigalpa, Honduras. <u>Juana Carolina Buchanan</u> , Sandra Pillon.
8:35 a.m. - 8:50 a.m.	11C. La importancia de las ciencias básicas como puente en el entendimiento de la patología humana. <b>Dr. Carlos A. Javier</b> , IAV, SHEL	19T. Drogas, mujeres y violencia en Honduras. Estudio piloto multicéntrico. CICAD-SENAD. <u>Juana Carolina Buchanan</u> , Myrna L. Vásquez de Cruz, Rosa Camila Matute, Ondina Maribel Salgado, Alfonsyna de Abarca.
8:50 a.m. - 9:05 a.m.	12C. La necesidad de fortalecer el laboratorio como herramienta de enseñanza – aprendizaje de la parasitología. <b>Dra. Jackeline Alger</b> , IAV, SHEL, AHPA, Facultad de Ciencias Médicas.	20T. Programa familias fuertes. Experiencia en Honduras. <u>Lynda Harrison</u> , Myrna Vásquez, Olga Almendares; Lilia Meza; Aracely Santos; Lourdes Díaz Canaca; Martha García; Rosa Camila Matute, Ligia Holcomb, Karen Saenz.
9:05 a.m. - 9:20 a.m.	13C. Las tecnologías de información y comunicación en el aprendizaje de la Parasitología. <b>Dr. Jesús Pineda</b> , FCM.	21T. Enseñanza de la salud sexual y reproductiva en la Facultad de Ciencias Médicas, Universidad Nacional Autónoma de Honduras. <u>María de Lourdes Amador</u> .
9:20 a.m. - 9:35 a.m.	14C. ¿Afecta la actitud del docente?. <b>Dra. Claudia Torres</b> , Centro Universitario de Estudios Generales (CUEG), UNAH.	
9:35 a.m. - 10:00 a.m.	Discusión. Conclusiones y recomendaciones. Rifa de libros entre los asistentes. Reconocimiento a los participantes.	Preguntas
10:00 a.m. – 10:30 a.m.	Refrigerio (UIC)	Refrigerio (UIC)
10:30 a.m. – 12:30 p.m.	Moderadora: Astarté Alegría, MSc  15C. <b>Mesa redonda Maestría en Salud Pública:</b> “La investigación en el postgrado en salud pública de la UNAH como estrategia de vinculación con las necesidades de la sociedad”  • <b>María Elena Caceres</b> • <b>Héctor Armando Escalante</b> • <b>Jorge Sierra Barahona</b> • <b>Avelino Ageitos Carvajal</b> • <b>Emilia Lorenza Alduvin Sainz</b>	Moderador: Denis Padgett, MD, MSc  Trabajos libres Área temática:  22T. Malaria y embarazo en Honduras: informe de un caso complicado procedente de la Mosquitia atendido en el Hospital Escuela, Tegucigalpa. <u>Rubén Fernandez</u> , <u>Relina Melendez</u> , Nolvía Aguilar, Mario Castillo, Carlos Durón, Jackeline Alger, Armando Flores, Armando Berlioz, Gabriela Mendoza, Fatima Agüero, Coris Salinas.  23T. Malaria por <i>Plasmodium falciparum</i> : caso clínico complicado con buena respuesta terapéutica atendido en el Hospital Escuela, febrero 2008. <u>Cristy Sierra</u> , Osmin Tovar, Jackeline Alger.



Horario	Salón "A"	Salón "B"
		<p>24T. Leishmaniasis cutánea en Honduras: informe de dos casos atendidos en el Hospital Escuela. <u>Nancy Matute</u>, Cinthya Espinoza, Miriam Gonzalez, Jackeline Alger, Elnor López Lutz, Denis Padgett</p> <p>25T. Evaluación de los efectos adversos del nifurtimox en el tratamiento de la enfermedad de Chagas en pacientes atendidos en el Hospital Escuela, Tegucigalpa, Honduras, 2006-2008. <u>Orfa Cesia Reyes</u> Ochoa, Jackeline Alger, Tito Alvarado, Jackeline González, Denis Padgett, Concepción Zúniga</p> <p>Preguntas</p>

### Viernes 26 de septiembre -- Jornada vespertina

Horario	Salón "A"	Salón "B"
1:00 p.m. - 3:00 p.m.	<p>Moderador: SHEI</p> <p><b>Simposio sobre enfermedades infecciosas. Sociedad Hondureña de Enfermedades Infecciosas e Instituto de Enfermedades Infecciosas y Parasitología Antonio Vidal.</b> Retos Actuales de las Enfermedades infecciosas Virales y Bacterianas en Honduras: Recomendaciones. Maribel Rivera, Denis Padgett, Manuel Sierra</p>	<p>Moderador: Obdulio Tinoco, MD</p> <p><b>Bloque ORL</b></p> <p>1E. Rinosinusopatía. Roberto Obdulio Tinoco, <u>Tania Licon</u>.</p> <p>2E. Estenosis laringotraqueal. <u>Carlos Enrique Guillén Ayala</u>.</p> <p>3E. Diagnóstico y tratamiento actualizado de faringitis estreptocócica aguda. <u>Ramón Mauricio Loredo R.</u>, Rainer Alfredo Gaitan</p> <p>4E. Trauma nasal: manejo. Linda Flor Peña Alvarado. Post Grado de Otorrinolaringología. Hospital Escuela, Tegucigalpa</p> <p>29T. Mucosele frontal recurrente: presentación de un caso clínico. <u>Benjamín Cano Paca</u>, Tulio Pompeyo Murillo, Carlos Guillen, Wendy Geraldina Tenorio Moncada</p> <p>30T. Encefalocele caso clínico. <u>Santiago Montoya Fuentes</u>, Benjamín Cano, Nelson Mauricio Perdomo.</p> <p>Preguntas</p>
3:00 p.m. - 3:45 p.m.	<p>Moderadora: Eleonora Espinoza, MD, MSc</p> <p>Trabajos libres: Área temática Psiquiatría</p> <p>26T. Evaluación de las actitudes alimentarias y la satisfacción corporal en una muestra de adolescentes. <u>RS Lopes</u></p> <p>27T. Características de la evolución terapéutica del paciente epiléptico con diagnóstico de depresión en el Hospital Psiquiátrico "Dr. Mario Mendoza"</p>	<p>Moderador: Gustavo Moncada, MD, PhD</p> <p>Trabajos libres: Área temática: Fisiología.</p> <p>5E. Cronomedicina. <u>Lino Carmenate Milián</u>.</p> <p>6E. Fisiopatología del sueño: la importancia del abordaje electrofisiológico. <u>Lino Carmenate Milián</u>.</p> <p>7E. Vigilancia epidemiológica de la salud</p>

	<p>Aarón Rodríguez.</p> <p>28T. Frecuencia y características del espectro bipolar en familiares de niños y adolescentes con trastorno de déficit de atención e hiperactividad atendidos en el servicio de psiquiatría infantil y de la adolescencia del Hospital Psiquiátrico "Dr. Mario Mendoza" José Luis Cruz Flores.</p>	<p>en el trabajo. <u>Patricia Monge</u>, Lino Carmenate Milián</p>
4:00 p.m.	<p>Moderador: Iván Espinoza, MD, MSc</p> <p>Clausura</p>	

## RESÚMENES

- C Conferencias
- E Experiencias
- T Trabajos Libres

### CONFERENCIAS

*Foro: Violencia, derechos y salud en Honduras*

- 1C. SALUD Y DERECHOS HUMANOS EN HONDURAS. Ramón Custodio. Comisionado Nacional de Derechos Humanos.
- 2C. LA VIOLENCIA Y SUS CONSECUENCIAS EN LA SALUD DE LA POBLACIÓN HONDUREÑA. Américo Reyes<sup>1</sup> y Francisco Ramírez<sup>2</sup>, postgrado de Psiquiatría, Universidad Nacional Autónoma de Honduras, Tegucigalpa. Psiquiatra Hospital Regional de Occidente.

La violencia se define como el uso intencional de la fuerza o poder físico, de hecho o como amenaza, contra uno mismo, otra persona un grupo o comunidad, que tenga posibilidades de causar lesiones, muerte, daños psicológicos y trastornos del desarrollo o privaciones.

La organización mundial de la salud (OMS) elaboró una tipología de la violencia para caracterizar los diferentes tipos de violencia y los vínculos entre ellos. La clasificación que se propone divide la violencia en tres categorías: violencia contra si mismo (autoinflingida), violencia interpersonal (familiar y comunitaria) y la violencia colectiva (social, política, y económica). La naturaleza de los actos violentos puede ser: física, sexual, psíquica y privaciones o descuido.

Según la OMS en el año 2000 aproximadamente 1.6 millones de personas en todo el mundo murieron por actos violentos; de estos 815,000 fueron suicidios; 520,000 homicidios y 310,000 por conflictos bélicos.

El promedio de la tasa mundial de homicidios en los últimos 10 años fue 8.8 por 100,000 y de 19.3 habitantes a nivel de Latinoamérica. En Honduras en el año 2007 la tasa fue de 51 por 100,000 habitantes.

La violencia es multifactorial y no ha sido considerada como un problema de salud pública. La pobreza extrema es el factor letal más implacable del mundo y el mayor inductor de enfermedades en la tierra. Para algunas personas la perspectiva de una vida más larga no es un premio sino un castigo. La pobreza puede condicionar a: enfermedad mental, desastres, violencia, suicidio, desintegración familiar, abuso de sustancias y enfermedades físicas.

Las víctimas de la violencia pueden presentar lesiones físicas o psíquicas. Hay que señalar que actualmente hay pruebas de que enfermedades importantes de la edad adulta como cardiopatía isquémica, cáncer, enfermedad pulmonar crónica, síndrome de colon irritable y fibromialgias están relacionadas con experiencias de maltrato en la niñez. El mecanismo evidente que explica esos resultados es la adopción de factores de riesgo vinculados con el comportamiento tales como el tabaquismo, abuso de alcohol, alimentación deficiente y la falta de ejercicio. Asimismo se demuestran daños psíquicos a corto y largo plazo presentando síntomas y patologías psiquiátricas graves como depresión, ansiedad, abuso de sustancias psicotrópicas, agresividad, deficiencias cognitivas, trastornos de estrés post traumático, alteraciones del sueño y comportamientos suicidas entre otros.

En nuestro país contamos con todas las condiciones y tipos de violencia, y estamos expuestos a desarrollar estas afecciones físicas y mentales por los altos índices de violencia e inseguridad ciudadana que prevalecen.

Es necesario activar recursos para contener las amenazas, prevenir y contener la violencia Por esta razón se deben realizar planes a corto, mediano y largo plazo para prevenir la violencia y crear programas de intervención física y psicológica en personas sobrevivientes de actos violentos.

3C. ESTADÍSTICAS DE LA VIOLACIÓN A LOS DERECHOS HUMANOS, O MUERTES POR VIOLENCIA. Arturo Álvarez. Dirección General de Medicina Forense, Ministerio Público.

4C. VIOLENCIA CONTRA LA MUJER Y EL FEMICIDIO EN HONDURAS. Regina Fonseca. Centro de Derechos de la Mujer

*Foro: Acceso universal a TARV, servicios de atención integral y de prevención a poblaciones difíciles de alcanzar en Honduras.* 5C. CONDICIONES DE VIDA DE LAS POBLACIONES DÍFICILES DE ALCANZAR EN HONDURAS, EN EL CONTEXTO DE LA EPIDEMIA VIH/SIDA. Jorge A, Fernández V. Dirección General de Promoción de la Salud, Secretaría de Salud de Honduras.

Los grupos de población de difícil acceso van desde los marginados por la indigencia, los pobres, pobres, que en el país constituyen más del 50% de la población general, a colectivos que por razón de edad (niños, ancianos), de género (mujeres en condición de desventaja ante los varones, madres solteras), étnica (garifunas, lencas y demás minorías étnicas), por limitaciones psicofísicas (discapacitados), desplazados por fenómenos naturales o provocados por la sociedad (migrantes, damnificados, otros), orientación o actividad sexual (homosexuales, trabajadoras sexuales), riesgo social (niños de la calle, pandilleros, privados de libertad, consumidores de drogas duras y alcoholismo severo), subempleos de baja consideración social (pepenadores de la basura), salud precaria (enfermedades crónicas de grave afectación tal el caso de las degenerativas, infecciosas crónicas como tuberculosis y sida, neoplásicas, desnutrición, psiquiátricas, entre otras); educación (analfabetismo) o actividades ilícitas (tráfico de drogas o personas). Son colectivos sociales que fácilmente sufren embates de estigmatización, discriminación y exclusión por el *establishment* social dominante, que marca la moral social de lo aceptable y lo rechazable. Al análisis de la situación de salud de acuerdo a las condiciones de vida, ha sido uno de los modelos utilizados para valorar los colectivos sociales, que desde la perspectiva ética de la salud pública deben recibir la atención prioritaria. Otro modelo (economicista), lo hace desde la figuración del costo de la canasta básica familiar y del nivel del salario (por encima o por abajo del salario mínimo). Como quiera que sea, en la perspectiva de la epidemia de VIH/sida, la gran mayoría de personas afectadas sufre de carencias y restricciones socioeconómicas que colocadas en al menos cinco indicadores de calidad de vida, nos refleja las condiciones de dificultades que se suman al coste social de rechazo y exclusión. Así, observamos que: (1) el nivel de educación se ubica en los estratos más bajos de formación académica, (2) la vivienda es reducida e incómoda, (3) con servicios básicos de agua y saneamiento muy precarios, (4) ubicada en barrios marginales de las grandes ciudades, con riesgo a desastres naturales, y, (5) el ingreso económico familiar es muy reducido lo que limita el acceso a comida, movilización, ropa, medicamentos y otras necesidades elementales del diario vivir. El mandato ético en salud es el de dar extrema prioridad a estos grupos de enorme vulnerabilidad social, con riesgos que

suman para adquirir más fácilmente problemas de salud asociados al VIH (ITS, tuberculosis, desnutrición, otros), a efectos de mitigar el sufrimiento y la angustia que sufren cotidianamente.

#### 6C. SALUD Y DERECHOS HUMANOS PARA EL ACCESO UNIVERSAL A TARV, SERVICIOS DE ATENCIÓN INTEGRAL Y DE PREVENCIÓN EN POBLACIONES DIFÍCILES DE ALCANZAR EN HONDURAS. Xiomara Bú. Foro Nacional de SIDA.

Los valores superiores de dignidad, libertad, igualdad y justicia han sido los ejes fundamentales donde se ha centrado la reivindicación de los derechos humanos, revistiendo contenidos diferentes dentro del contexto histórico, y en muchos de ellos bajo la aspiración del bien común, garantizando el goce y disfrute de los mismos.

Bajo la concepción de los derechos humanos, desde una perspectiva humanista, hoy más que nunca, se requiere el abordaje de la problemática social generada por la epidemia del VIH y Sida, así como, la deconstrucción en el mundo de las creencias y saberes donde se han instalado de manera irreflexiva los prejuicios y dogmas que en el contexto social o bien se instalan como obstáculos o son el reservorio para el germen del estigma y la discriminación. La dimensión de lo humano en toda su expresión y diversidad, requiere de carácter urgente, la recuperación de su dimensión de sujeto histórico-sujeto de derechos mediante el reconocimiento de las personas, sin distinción de ninguna naturaleza; la recuperación de su razón de ser en el contexto social, donde cada una, tienen una razón de ser en el "cosmos" como hacedores de su propia vida, siempre y cuando, el contexto socio-cultural y económico, contribuya a su realización y no a su exclusión.

El derecho a la salud y las características de la inherencia a la persona humana, así como el reconocimiento de la diversidad, no puede ser concebida, ni contextualizado desde el ideal ya no existente de un "estado de bienestar", y mucho menos desde una concepción monolítica y fragmentada en que se concibe desde la sociedad civil. En el escenario actual el Estado no puede generar, articular, coordinar y proveer las nuevas respuestas sociales que la sociedad requiere y mucho menos acceder aquellas poblaciones en las cuales la infraestructura les ha excluido de todo vínculo con la sociedad política, o bien, en el mundo de la exclusión donde las personas son expropiadas de la Patria Y como lo hemos señalado anteriormente, si la sociedad civil se retrata a través de: la falta de cohesión, fragmentación e instalación en contextos de vulnerabilidad; tejido cultural deficitario a la base de las inequidades, desigualdades sociales, exclusiones sociales y presión de modelos económicos excluyentes del sujeto humano y permeado por la inseguridad humana y la amenaza de muerte; débil capacidad de negociación, gestión y enfoque crítico contra el status, difícilmente pueden sumarse a la respuesta y mucho menos recuperar el ideario de la solidaridad y la tolerancia para evitar la exclusión de sus pares, reduciéndolos a objetos de "compasión" o de asistencia coyuntural. En ambos retratos Estado y Sociedad Civil, la aspiración a la atención integral, no es pensable y mucho menos realizable sobre todo cuando el tejido que subyace se fundamenta en principios regulados por el mercado o por la evidencia empírica que reclama el positivismo en nuestro tiempo.

Superar estos retratos invita a instalar una dimensión ética que permita recuperar las miradas integrales ante los fenómenos sociales y reconocer la riqueza de lo multicultural, así como, el valor de la persona humana en su hacerse y en su presencia en la sociedad. Esto exige la recuperación de sus propios espacios y su participación en la construcción del país que anhelamos, sin embargo esta no es una visión abstracta, es la visión de la ciudadanía en la comunidad (municipios), donde modifica la imagen del Estado dispensador de servicios

sociales y lo transforma en un agente que potencia, articula procesos en los cuales la protección social y la calidad de vida de las personas y las familias son tareas compartidas por ellas. En otras palabras El Estado necesita la participación comunitaria, bajo la figura "metafórica" de vasos comunicantes, donde el proceso del conocimiento, de la preservación de la vida, del cuidado, de la autogestión y sobre todo la solidaridad permite incluir al ciudadano más pobre y más excluido del goce y disfrute de los derechos humanos. Finalmente solo en este tipo de reconstrucción social podemos acceder al disfrute y goce de los derechos en forma progresiva bajo el marco de convenios internacional y el propio orden jurídico nacional, recupera que el fin primordial del Estado es la persona humana

#### 7C. MODELOS DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y RETOS PARA EL ACCESO UNIVERSAL A TARV, ATENCIÓN INTEGRAL Y DE PREVENCIÓN EN POBLACIONES DIFÍCILES DE ALCANZAR EN HONDURAS. Rolando Enrique Pinel Godoy. Secretariado Técnico, Mecanismo de Coordinación de País, Fondo Mundial.

Honduras es signatario de acuerdos internacionales para alcanzar los objetivos de desarrollo del milenio (ODM) que establecen entre otros un compromiso de brindar acceso universal a la atención y prevención en materia de VIH/SIDA. Estos compromisos adquiridos se reflejan en metas específicas a alcanzar (definidas en el III Plan Estratégico de lucha contra el SIDA, PENSIDA III) las cuales deben alcanzarse con criterios de calidad. En el caso de la prevención el país se compromete en sus modelos a seguir los principios de la prevención efectiva: Todos los programas de prevención deben tener como base fundamental la promoción, protección y respeto de los derechos humanos incluyendo la equidad de género, deben ser adaptados diferenciadamente a la realidad local, las acciones deben ser basadas en evidencia, deben ser integrales, sostenibles, con una gran cobertura e intensidad para hacer una diferencia y con la participación de los implementadores. En relación a la facilidad de ubicar a las poblaciones difíciles de alcanzar (llamadas "poblaciones ocultas" y que generalmente tienen una razón para serlo y desear estar ocultas), o tomando el concepto del mercadeo social de que nadie es imposible de alcanzar, se requiere de esfuerzos mayores, creatividad y más recursos para alcanzar dichas poblaciones. En el caso de la Atención, se establece que los servicios deben ser accesibles, costeables, integrales, equitativos y sostenibles a largo plazo. El objetivo de la conferencia es analizar cómo se entregan estos servicios en poblaciones difíciles de alcanzar. Ante este reto es importante ubicamos desde qué perspectiva definimos las poblaciones difíciles de alcanzar. En relación al acceso a los servicios, debemos tomar en cuenta la habilidad y capacidad del servicio de alcanzar las poblaciones, si el servicio está o no disponible para estos grupos, o si las poblaciones no accedan los servicios cuando éstos están disponibles. Lo importante es evitar el concepto de homogeneidad de estos grupos para dar soluciones universales y no específicas a cada grupo. En el PENSIDA III las intervenciones se enfocan en grupos de poblaciones específicas establecidas bajo criterios de priorización definidos en el documento (prevalencia del VIH, vulnerabilidad entre otros). Sin embargo, existe una falta de información para priorizar algunas otras poblaciones que podrían estar en la categoría de poblaciones difíciles de alcanzar. En cuanto a los modelos, PENSIDA ITI presenta un análisis de lo que el país propone en su planteamiento estratégico y los modelos con que se están implementando las acciones de Prevención y Tratamiento. Conclusión: En relación a este tema es urgente garantizar, bajo el liderazgo de la Comisión Nacional del SIDA (CONASIDA), la operativización del PENSIDA III que incluya la realización de un profundo análisis (con un

fuerte componente de investigación operativa) para definir quiénes son las poblaciones difíciles de alcanzar, las razones por las cuales son difíciles de alcanzar y sus características, y así poder definir acciones estratégicas nacionales de cómo alcanzarlas. Es importante definir, establecer y vigilar el cumplimiento de estándares de calidad como eje transversal en los modelos de atención y prevención para lograr un acceso universal que tenga el impacto esperado.

#### 8C. LIMITANTES Y DESAFÍOS EN LOS MODELOS DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y RETOS PARA EL ACCESO UNIVERSAL A TARV, ATENCIÓN INTEGRAL Y PROGRAMAS DE PREVENCIÓN EN POBLACIONES DIFÍCILES DE ALCANZAR EN HONDURAS. Edgardo Javier Medina Sandoval. Asociación KUKULCAN.

**El Concepto:** El Acceso Universal se refiere a un abordaje amplio e integrado de una respuesta nacional más consistente frente al VIH, que alcance a todos los que necesitan de informaciones y servicios a fin de realizar objetivos específicos nacionales de prevención, de tratamiento y asistencia hasta fines del 2010. El Acceso Universal debe considerar las resoluciones y las declaraciones existentes y debe ser implementado en el ámbito de los "Tres Unos", de la declaración de la ONU, de los Objetivos del Milenio, de la declaración sobre Ayuda - OCDE/Paris, de las recomendaciones del Global Task Team y utilizar las directrices técnicas existentes en prevención, tratamiento, asistencia para fortalecer la armonización y el alineamiento de apoyos para una respuesta nacional eficaz al efecto del sida. Limitantes y desafíos hacia el Acceso Universal en Honduras: **Limitante: Estigma, Discriminación, Homofobia y otras, como Barreras Socio-Culturales: Desafíos:** Crear políticas públicas para prevenir todas formas de Discriminación e intolerancia en el ámbito de VIH en Honduras, basada en los tratados internacionales suscritos por Honduras. Armonizar la sociedad civil con trabajo exitoso en VIH con las comunidades religiosas hacia un enfoque más humano y menos dogmático. Diseño e implementación de campañas antidiscriminatorias y anti homofóbicas. **Limitantes: falta de Voluntad Política: Desafío:** Fortalecer las instancias nacionales en materia de respuesta como ser: La CONASIDA, mas incluyente, con mayor poder político y autonomía institucional. El Mecanismo Coordinador de País del Proyecto de Fondo Mundial de Honduras mas ejecutivo y menos retorico. **Limitantes: Deficiencia y desbalance presupuestario: Desafío:** Asegurar recursos suficientes en el presupuesto nacional hacia una respuesta multisectorial tomando en cuenta: La Actualización en el análisis de la inversión en VIH en el país. Incidir políticamente en los tomadores de decisión del Estado para incrementar y distribuir mejores los recursos hacia una inversión nacional por la salud integral. Despolitizar el tema de adquisición de medicamentos cuando la necesidad demanda una emergencia nacional para el acceso a éstos por desabastecimiento. **Limitante: Falta de Líneas de base: Desafío:** Honduras debe contar con un sistema de monitoreo y evaluación única en la gestión y acción de la respuesta por VIH/SIDA, priorizando: Asegurar asistencia técnica para la creación del sistemas de un monitoreo y evaluación en el país. Armonización de modelos ya implementados por la sociedad civil organizada de Honduras en el ámbito del VIH. Establecimiento y/o fortalecimiento de líneas de base, partiendo de un criterio de focalización que aborde las poblaciones en condiciones de vulnerabilidad o difícil de alcanzar. **Limitante: en Atención Integral. Aspectos Comunes. Desafíos:** Servicios no preparados para atención sin estigma y discriminación. Faltan de profesionales capacitados (número de Infectólogos en el país y otros profesionales especializados en el ámbito del VIH y en poblaciones difíciles de alcanzar y por lo tanto escasos equipos interdisciplinarios para la atención integral médico-social. Información

insuficiente sobre Derechos Humanos en el personal de Salud. Problemas administrativos de gestión para suministros (falta planificación). Costos de medicamentos. Acceso limitado a pruebas diagnósticas. Falta de monitorización de la respuesta en atención.

9C. PRIORIZACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN PARA LA SALUD: UN RETO PARA LA FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS Y UNA NECESIDAD PARA EL PAÍS.

Jackeline Alger, Edna Maradiaga, Gustavo Moneada, Elizabeth Paguada, Manuel Sierra. Unidad de Investigación Científica, Facultad de Ciencias Médicas, Universidad Nacional Autónoma de Honduras, Tegucigalpa, Honduras.

La investigación en salud contribuye a la comprensión de los problemas sanitarios y sus determinantes, así como al fortalecimiento del diseño e implementación de programas eficaces y eficientes de prevención y control. En vista de las restricciones en el financiamiento disponible para la investigación en salud, es necesario desarrollar un proceso racional de establecimiento de prioridades. Por otro lado, se ha señalado que con frecuencia las prioridades para la investigación en salud del sector público y las inversiones para el desarrollo social, son determinadas desconociendo los problemas prevalentes y su magnitud. La investigación para la salud ha sufrido de un severo desequilibrio, identificado con la expresión "Brecha 10/90", que denuncia que menos del 10% del presupuesto gastado anualmente en investigación para la salud, sector público y privado, se dedica al 90% de los problemas de salud en el mundo. Una de las formas más importantes para abordar y corregir la Brecha 10/90 es estableciendo las prioridades que determinan cómo se deben utilizar los fondos de investigación en salud. Sin embargo, no hay una forma simple para establecer prioridades de investigación y el establecimiento de criterios de priorización se torna entonces tan crítico como llevar a cabo la investigación misma. Existe una serie de instrumentos y metodologías para priorizar, a través de los cuales se estima la magnitud del problema, la identificación de brechas en el conocimiento sobre las formas de abordarlo y la investigación necesaria para su control. Los criterios comunes para la elección de prioridades incluyen la posibilidad de abordar el problema a través de la investigación, la factibilidad y costo de la investigación y los posibles resultados, y el impacto y costo-efectividad de las intervenciones que resultan de la investigación. Uno de estos métodos es el conocido como el Método de la Matriz Combinada (MMC), El MMC incorpora criterios y principios de diferentes métodos de priorización y los relaciona a través de la matriz, con los factores y los actores que juegan un papel prominente en el estado de salud de una población. Un eje de la matriz relaciona carga de enfermedad, factores determinantes, costo-efectividad y flujo de financiamiento, mientras que el otro eje incluye el comportamiento individual y comunal, otros sectores que influyen en la salud, y el impacto gubernamental, así como las políticas macroeconómicas. Dentro de la política de investigación de la Facultad de Ciencias Médicas (FCM) de la UNAH (2008), se ha establecido que la FCM priorizará el desarrollo de proyectos de investigación, tomando en cuenta la disponibilidad de elemento humano calificado en investigación y de recursos humanos y financieros en el contexto de la realidad nacional e institucional, sin menoscabar la libertad de investigación, y que esta priorización deberá de desarrollarse en función de los problemas prioritarios de salud del país, necesidades institucionales y factibilidad técnica y financiera, a través de un proceso ampliamente participativo y periódico con los departamentos y unidades de las carreras y postgrados de la FCM. La priorización, utilizando cualquier método, debe contribuir a identificar las prioridades en salud basadas en la evidencia asegurando que la investigación sea conducida hacia las áreas más importantes y a menudo más descuidadas que afectan a la comunidad o al país.



*Mesa Redonda: La enseñanza en la facultad de ciencias medicas: el ejemplo en parasitología. Asociación Hondureña de Parasitología (AHPA); Instituto de Enfermedades Infecciosas y Parasitología Antonio Vidal (LA V; Sociedad Hondureña de Enfermedades Infecciosas (SHEI); Facultad de Ciencias Médicas, Universidad Nacional Autónoma de Honduras (FCM UNAH).*

10C. INTRODUCCIÓN A LA MESA REDONDA SOBRE LA EDUCACIÓN EN PARASITOLOGÍA. Riña G. de Kaminsky. AHPA, IAV, FCM UNAH.

La primera Mesa Redonda sobre la Enseñanza de la Parasitología en Honduras, realizada durante el III Congreso Nacional de Parasitología y XVIII Semana Científica de la Universidad Nacional Autónoma de Honduras en septiembre de 2006, ofreció conclusiones importantes: alumno, centro del proceso enseñanza-aprendizaje; responsabilidad asumida por el alumno en su aprendizaje es básica y crítica; ganancia de conocimiento por intervención y participación activa del alumno en un Seminario, aplicable a todas las áreas del conocimiento humano; y el aprendizaje significativo que integra y relaciona la nueva información con los conocimientos previos resumiendo analogías y elaborando conceptos e inferencias. Esta segunda Mesa Redonda insiste en preocupaciones prácticas aún no atendidas: mejor infraestructura de laboratorios en los años clínicos; mejor supervisión durante las rotaciones; formación de docentes en áreas especializadas como Parasitología; docentes involucrados en la investigación práctica o básica de problemas de salud nacional o regional; participación del alumno en la investigación del docente; ganancia de idiomas que aumenten el beneficio del acceso y mejor uso en la informática moderna, como ejemplos. Se espera que se discutan temas similares en Congresos o Jornadas posteriores de la Facultad de Ciencias Médicas en la procura siempre de la mejora académica para afrontar los desafíos en salud propuestos en las Metas de Salud del Milenio.

11C. LA IMPORTANCIA DE LAS CIENCIAS BÁSICAS COMO PUENTE EN EL ENTENDIMIENTO DE LA PATOLOGÍA HUMANA. Carlos A Javier. IAV, SHEI.

Medicina es el arte y ciencia para sanar las enfermedades y comprende una amplia variedad de prácticas que han evolucionado para mantener y restaurar la salud por medio de la prevención y tratamiento de los padecimientos. Hay muchas formas de buscar la salud de las personas, algunas de ellas son prácticas empíricas, remanentes de prácticas antiguas usadas como actividades rituales, otras son formas tradicionales de tratar los problemas de salud en diversas regiones del mundo. En alguna forma, estas prácticas están encontrando algunos puntos de coincidencia con la medicina contemporánea de carácter científico basada en la experimentación y en la demostración o evidencia de sus conceptos y asistida en los últimos tiempos por el gran desarrollo que ha tenido la tecnología. Si tomamos como punto de partida la medicina griega, que sirvió de base para el desarrollo de un enfoque racional de la medicina actual, esta práctica ha evolucionado de ser eminentemente un arte a convertirse en una actividad que cada vez incorpora mas a la ciencia en sus fundamentos. El estudio científico de la naturaleza de la enfermedad, sus causas, procesos, desarrollo y consecuencias constituye la ciencia llamada Patología, que también se ha desarrollado a través de los tiempos. El basamento científico de la patología son las llamadas ciencias básicas de la Medicina, que en sus formas más primordiales incluyen la Química, la Física, la Matemática, la Estadística, la Biología y varias de su ramas como la Genética y la Biología Molecular, sin desmerecer la Informática, las Ciencias Sociales y las Humanidades. Sin embargo, es mas aceptado que el cuerpo del conocimiento medico científico lo conforman valias disciplinas cuyo estudio es

indispensable y lo constituyen la Anatomía, Embriología, Histología, Citología, Bioquímica, Fisiología, Farmacología, Virología, Microbiología, Parasitología, Inmunología, Neurobiología y Psicología. En el desarrollo de esta charla trataré de demostrar la importancia del estudio de las ciencias básicas para el entendimiento de la Patología y la necesidad de fortalecer este proceso en la formación del médico.

12C. LA NECESIDAD DE FORTALECER EL LABORATORIO COMO HERRAMIENTA DE ENSEÑANZA - APRENDIZAJE DE LA PARASITOLOGÍA. Jackeline Alger, IAV, SHEI, AHPA, FCM UNAH.

Se reconoce que la práctica de laboratorio es un componente fundamental de la enseñanza-aprendizaje de las ciencias. A través del análisis de un componente o la reproducción de un evento mediante el uso de material de laboratorio se alcanzan objetivos relacionados con el aprendizaje de conocimiento conceptual y procedimental, la promoción de la capacidad de razonamiento y el desarrollo de actitudes, por ejemplo la valoración de los juicios basados en evidencia. Desde el Servicio de Parasitología del Departamento de Laboratorios Clínicos del Hospital Escuela, hemos observado la carencia de conocimiento sólido de patología clínica. Los estudiantes de pregrado y postgrado de la Facultad de Ciencias Médicas que visitan nuestro Servicio generalmente desconocen los fundamentos de la evidencia clínica y epidemiológica de la solicitud de exámenes, las características de la muestra clínica y la interpretación de los resultados. Actualmente la enseñanza de la Parasitología a través de la práctica de laboratorio en la Carrera de Medicina se imparte en el 3er año en la asignatura de Microbiología Básica (8 unidades valorativas, 2 correspondientes a práctica) y en el 5to año a través de 10 clases teóricas (10 horas) y 2 prácticas de laboratorio (4 horas) en la asignatura de Pediatría. La práctica de laboratorio en el 5to año inició en 1997. Inicialmente se recibían hasta 8 alumnos, 3 veces por semana en sesiones de 3 horas de duración. En los últimos años, con igual infraestructura, las prácticas se realizan 2 veces por semana y los grupos se constituyen de hasta 20 alumnos. El laboratorio se divide en 3 estaciones con objetivos instruccionales diferentes. La Estación 1 se dedica a relaciones hospedero-parásito (helminths y protozoos); la Estación 2 se dedicaba a la aplicación de métodos de laboratorio para desarrollo de habilidades manuales pero se modificó debido a limitaciones logísticas y actualmente se dedica a criterios macroscópicos diferenciales (helminths y vectores); la Estación 3 se dedica a la diferenciación microscópica de ejemplares patógenos (nematodos y cestodos). De 1997 a la fecha no se ha evaluado la ganancia en conocimientos traducida a cambio de comportamiento. Para que la práctica de laboratorio en la enseñanza de la parasitología en la Carrera de Medicina cumpliera sus objetivos, debería de contarse con suficiente tiempo y recursos (infraestructura y humano) para su desarrollo. Por ejemplo, las 10 clases teóricas impartidas en el 5to Año de la Carrera de Medicina deberían de acompañarse cada una de un laboratorio a continuación y la Facultad de Ciencias Médicas debería contar con profesionales formados en parasitología y con un laboratorio docente equipado y adecuado al número de estudiantes. Tomando en cuenta el perfil epidemiológico de Honduras y la prevalencia de las enfermedades e infecciones parasitarias en la población general, es evidente la necesidad de fortalecer la enseñanza de la parasitología médica.

13C. LAS TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y LAS COMUNICACIONES EN EL ESTUDIO Y APRENDIZAJE DE LA PARASITOLOGÍA. Jesús Alberto Pineda MD, MPH. Director Académico de Formación Tecnológica, UNAH, Tegucigalpa, Honduras.

Una de las características de la sociedad del siglo XXI es la gestión del conocimiento y la incorporación de las tecnologías de la información y las comunicaciones (TICs) en el campo profesional y personal. El acceso a sistemas informáticos resuelve parcialmente la desigualdad social de la exclusión y permite la alfabetización digital, hasta el punto de que "uno de los indicadores de calidad de la educación en los países desarrollados tecnológicamente debe ser la forma en que la escuela aborda y reduce la creciente *brecha digital*, o división social entre quienes saben y no saben utilizar las nuevas tecnologías para mejorar sus relaciones sociales y laborales" (Bautista, 2004). La gestión del conocimiento necesita, talentos humanos preparados con competencias en el manejo de las TICs dentro de los distintos espacios de trabajo que son necesarias para desenvolverse en esta sociedad. En conclusión, es importante que los centros educativos faciliten el acceso a las herramientas indispensables para que los estudiantes desarrollen las competencias necesarias para integrarse en un ambiente tecnológico cambiante. La modalidad virtual de educación a distancia genera procesos de transformación en el funcionamiento, organización y gestión de las universidades tradicionales. Estos cambios presentan aristas problemáticas y puntos críticos en los tres componentes básicos de este sistema educativo profesores, alumnos, entorno de aprendizaje. El concepto innovador sobre enseñanza-aprendizaje, en la utilización de todos los recursos informáticos, puede proporcionarse en una plataforma virtual y el establecimiento de una comunicación frecuente, en tiempo real o diferido, entre profesores y alumnos. La adquisición del conocimiento entonces, se basa en el desarrollo de actividades, no solo en la memorización del mismo; la participación en foros de debate y chats, la asistencia a videoconferencias y la realización de trabajos, que son los componentes fundamentales de la asignatura de parasitología.- La coincidencia en el espacio y el tiempo entre el profesor y el estudiante no es absolutamente necesario para que se alcancen los objetivos de aprendizaje planteados. La aparición y el desarrollo de nuevas TICs, el desarrollo de la Web como medios de establecer relaciones enseñanza-aprendizaje, ofrecen nuevas oportunidades que se pueden aprovechar como complemento o sustitución parcial de la enseñanza tradicional, la evaluación de los progresos de los estudiantes se realiza mediante procesos de auto evaluación y evaluación continua con un componente importante de formación; los alumnos pueden redimensionar su proceso educativo puesto que conocen el nivel alcanzado a lo largo del desarrollo de la asignatura. El establecimiento de de bancos de información, imágenes digitalizadas, como solución a la imposibilidad de realizar las clases prácticas juegan un papel decisivo en los procesos de identificación y clasificación de objetos y fenómenos presentes en imágenes obtenidas por diferentes equipos e instrumental de laboratorio. En algunos programas de computación resaltan elementos que enriquecen el trabajo con las imágenes digitalizadas tales como: imágenes en diferentes aumentos y la presentación de textos actualizados procedentes de Internet. Esto permite potenciar la interacción profesor -estudiante de manera de fortalecer sus capacidades y el fin de la educación, la transformación por el aprendizaje.

14C. ¿AFECTA LA ACTITUD DEL DOCENTE? Claudia S. Torres. Departamento de Letras, UNAH, Tegucigalpa, Honduras.

Por muchos siglos la educación ha implicado varios aspectos de la vida del ser humano, por lo que la actitud positiva del docente es fundamental para los procesos de aprendizaje que en la actualidad se enfocan en "aprender a aprender." La asunción principal es que todos aprenden, solo que a algunos les cuesta más que a otros. Una teoría educativa tiene carácter científico cuando establece procesos de auto-corrección y se valora por su propia práctica. Mientras algunos docentes poseen actitudes positivas hacia el aprendizaje, para muchos estudiantes en el mundo entero la realidad refleja una mera transmisión de conocimiento. Se desarrollan

pocas prácticas creativas que generen conocimiento. Se proponen acciones que lleven al cambio: reflexión sobre la práctica, participación en la formulación de nuevas propuestas, conocimiento profundo de la teoría, comprensión de los procesos para la construcción del conocimiento científico, el rol histórico, la psicología social y cognitiva, la antropología cultural y la lingüística, las evaluaciones cuantitativas y cualitativas, el uso crítico de las tecnologías nuevas y de las tradicionales, motivación y entrenamiento especializado. El docente debe cambiar de actitud para generar conocimiento y no remitirse a solo transmitir conocimiento.

***Mesa redonda Maestría en Salud Pública:***

15C. LA INVESTIGACIÓN EN EL POSTGRADO EN SALUD PÚBLICA COMO ESTRATEGIA DE VINCULACIÓN CON LAS NECESIDADES DE LA SOCIEDAD. María Elena Caceres Monteemos, Héctor Armando Escalante, Jorge Sierra Barahona, Avelino Ageitos Carvajal, Emilia Lorenza Alduvin Sainz. Postgrado de maestría en Salud Pública, Facultad de Ciencias Médicas, Universidad Nacional Autónoma de Honduras.

Latinoamérica en general, así como Honduras, han tenido en los últimos años avances en materia de cumplimiento del Derecho a la Salud y la atención a las necesidades de salud de sus sociedades; sin embargo se dista mucho aún de alcanzar niveles aceptables de equidad. En el contexto de la mundialización, en los últimos años se han venido implementando una serie de medidas que ponen en entredicho los alcances logrados y aumentan las deudas pendientes con la sociedad. Tales brechas se materializan en el abordaje que a través de los sistemas de salud se brinda a la sociedad. El Postgrado en Salud Pública ha identificado dentro de sus líneas de investigación, cuatro temáticas que, a su vez, están vinculadas a proyectos nacionales e internacionales con actores clave, tanto gubernamentales como de la sociedad civil organizada y usuarios que expresan necesidades de tipo social y de salud. Las temáticas identificadas se formulan, así mismo, con interrogantes a ser investigadas: 1) *Cuál es el desempeño del Recurso Humano de la Secretaría de Salud y de miembros de la sociedad civil organizada en relación con los principios y elementos constituyentes de la Atención Primaria en Salud?*, 2) *Cuáles son las implicaciones de la implementación de la normativa de propiedad intelectual en el acceso de la población a medicamentos?*, 3) *Cuál es la situación nacional del Recurso Humano en salud?* 4) *Cuál es el nivel de conocimientos e intervenciones educativas con enfoque de Salud Internacional y problemática de Drogas?* Estos proyectos de investigación se constituyen en estrategias de Investigación/Vinculación con la Sociedad a nivel internacional como participación en iniciativas latinoamericanas convocadas y auspiciadas por Agencias de Cooperación Multilateral y Escuelas de Salud Pública de Latinoamérica y el nivel nacional a través de una vinculación estrecha con la Secretaría de Salud, y otras instituciones del sector salud y académico. La participación de los maestrandos en las actividades de investigación y su relación con miembros de la sociedad, organizada o usuaria, garantizan la construcción de procesos sostenibles que permitan la generación de evidencia e incidencia para el mejoramiento de las condiciones de equidad y de Derecho a la Salud en un marco de justicia social.

***Simposio sobre enfermedades infecciosas. Sociedad Hondureña de Enfermedades Infecciosas (SHEI) e Instituto de Enfermedades Infecciosas y Parasitología Antonio Vidal (IAV), Tegucigalpa, Honduras.***

## 16C. RETOS ACTUALES DE LAS ENFERMEDADES INFECCIOSAS VIRALES Y BACTERIANAS EN HONDURAS: RECOMENDACIONES. Denis Padgett, Maribel Rivera, Manuel Sierra SHEI, IAV, Tegucigalpa, Honduras.

Para finales del siglo XX se habla en un momento que las enfermedades infecciosas en el mundo dejarían de ser un problema dado el avance en las vacunas y los antibióticos, En este razonamiento no se toma en cuenta a los actores principales que son los microorganismos; los que ante la presión de los ecosistemas, mutan para sobrevivir, manteniéndose a nivel mundial las enfermedades infecciosas como la causa más común de morbilidad y mortalidad. En Honduras, la situación no es diferente las enfermedades infecciosas se encuentran entre las primeras diez causas de morbilidad y mortalidad. Tanto en la comunidad como en los hospitales la salud pública tiene que lidiar con las endemias de agentes infecciosos locales como con los problemas internacionales, por la facilidad de los medios de comunicación, hospitales con pacientes cada día más graves y la posibilidad de atención especializada pero invasiva en las unidades de cuidados intensivos, mayor sobrevida en pacientes con cáncer, inmunosupresos y otros que en el pasado no tenían esperanza. Las infecciones virales afectan especialmente a la población pediátrica, con un amplio espectro de presentación que puede ir desde la ausencia de síntomas hasta compromiso sistémico grave; en ocasiones con desenlace fatal. Aunque algunos virus afectan por igual sin importar nivel socioeconómico, su impacto dependerá del manejo oportuno de las complicaciones, tales como la deshidratación secundaria a la diarrea por rotavirus; la insuficiencia respiratoria debida a neumonía ó bronquiolitis causadas por el virus sincitial respiratorio, adenovirus ó influenza entre otros; las secuelas neurológicas debidas a meningoencefalitis viral. Algunos virus han sido erradicados mediante el uso de vacunas (viruela a nivel mundial, sarampión y polio en las Américas). Las parasitosis están íntimamente asociadas a la pobreza, a la desnutrición y a la falta de educación, viviendas adecuadas y agua potable. Las infecciones bacterianas constituyen un desafío debido a la emergencia de cepas multirresistentes nivel comunitario y mucho más a nivel hospitalario por la gran presión que sobre ellas se ejerce con el abuso y uso inadecuado de antibióticos y que aunque tuviéramos nuevos de nuevos agentes antibacterianos con mayor potencia no darían respuesta al problema, ya que la solución está en las medidas de prevención y de control donde la principal es tan sencilla que es difícil discernir porque no se aplica el lavado de manos.

### EXPERIENCIAS

#### 1E. RINOSINUSOPATIA. Roberto Obdulio Tinoco, Tania Licon. Servicio y postgrado de Otorrinolaringología, Hospital Escuela, Honduras.

La mucosa nasosinusal constituye por su localización, la primera y una de las más importantes barreras de protección del organismo frente a las agresiones externas. La continuidad de la mucosa nasal con los senos paranasales, determina que ha menudo la patología se convierta en una rinosinusitis. Rinitis virales, Coriza o catarro común (más de 100 riño virus), Influenza (tipos a,b,c), Parainfluenza (tipos 1,2, 3,4), Adenovirus (tipos 1, 2, 3, 4, 5, 6), bacterianas, micóticas. Febrículas, estornudos, obstrucción nasal, secreción nasal, malestar general, tos seca o productiva, resolución de 4 a 10 días. Hallazgos físicos: Fiebre 37.5 a 38oC, cornetes hipertróficos hiperemicos, secreción clara, conjuntivas hiperemicas, nasofaringe y faringe congestionada Diagnóstico: Historia clínica, Exámenes de rutina, Recuento celular moco nasal, Cultivo de secreción nasal, Rx de senos paranasales y de nasofaringe, Prueba de Rinne y Weber, audiometría Tratamiento: Ambiente confortable, reposo en cama, si hay fiebre, antipiréticos solo por fiebre mayor de 37.5, Oximetazolina y

Efedrina nasal prn 5 días, simpaticomiméticos 60 mgs tid prn, líquidos orales abundantes, vitamina C, no antialérgicos, ni antibióticos. La rinitis se complica cuando pasado el cuarto día hay aumento de fiebre, deterioro general, secreción nasal purulenta bilateral, otalgia, tos productiva, severa obstrucción nasal. Antibiótico terapia: Amoxicilina/ac.clav. 500mg/125tid.oral 10 días; Ceftriaxona 1 gmoim. diario por dos o tres días, luego pasar a terapia oral; Cefuroxima 250 mg.bid oral. Por 10 días; Amikacina. 500 mg.i.m. c/12-24 hrs. en combinación con terapia oral (2-3 días); Claritromicina 250-500mgs. Bid oral x 7 días; Azitromicina. 500 mgs. diarios via oral x 5 días. Oximetazolina 3 a 6 gotas nasales tid. Max. 7 días. Suero salino. Matricam; Pseudoefedrina 60 mgs. Tid via oral 5 a 10 días; Diclofenac 50 mg tid oral o 75 mg. Lm.; Ibuprofeno 400mg tid oral; Dexametasona 4-8mgs. I.m por 24 hrs. o prednisona 10 a 20mgs, vía oral diarios, son los descongestivos y antiinflamatorios recomendados. Ex. Físico: Cometes hipertróficos, cubiertos de pus saliendo del meato medio o de la región fronto etmoidal, el conducto nasolacrimal puede estar afectado en el meato inferior y comprometer el ostium nasolacrimal con una dacriocistitis. El torus tubario puede estar afectado y comprometer el oído medio o bien dejando ver descargas mucopurulentas en nasofaringe. En lactantes y niños la etmoiditis aguda es muy frecuente después de un cuadro gripal, en el ángulo interno del ojo se puede observar un abultamiento abscedado. Las inflamaciones de los senos paranasales son muy similares en cuanto a etiología, fisiopatología, patología y clínica, con frecuencia constituyen una extensión de un proceso catarral nasal. Es una afección muy frecuente, en el adulto el seno maxilar es el que con más frecuencia se infecta y en lactantes y niños los senos etmoidales. La sinusitis maxilar se instaura a menudo después de un resfriado común; cuando deberían presentarse signos y síntomas de remisión, aparecen cefaleas localizadas en los sitios que corresponden a los senos paranasales, hay sensación de plenitud que aumenta al agacharse. La rinorrea se torna unilateral, obstrucción nasal localizada en el sitio afectado, secreción purulenta, la percusión frontomaxilar suele ser dolorosa La sinusitis frontal aguda solo es posible en niños mayores de 12 a 14 años, debido al desarrollo a esa edad. En este caso igual que los anteriores, hay cefalea frontal, secreción purulenta en lo profundo de la nariz, fuerte enrojecimiento de los cornetes medios y superiores y fuerte dolor a la percusión en la región frontal. La sinusitis esfenoidal es muy rara, el dolor se refleja en la región coronal y occipital, la secreción la encontraremos en la retrofaringe como descargas posteriores. Para el diagnóstico son necesarios; Anamnesis y examen físico, se confirma con Rx de senos paranasales, mentonasoplaca o Waters y frontonasoplaca o Caldwell, TAC o resonancia magnética, exámenes de laboratorio, eosinófilos, IgE, heces, orina, glicemia, eritrosedimentación, proteína C reactiva, cultivo de la secreción nasal. Las bacterias aisladas; *Haemophilus influenzae*, *Streptococcus pneumonie*, *Streptococcus pyogenes*, *Branhamella catarralis*, Klebsiellas. Tratamiento; Las penicilinas semisintéticas son muy eficaces, seguidas de las eritromicinas en casos de alergias o intolerancias a las primeras o bien la sensibilidad bacteriológica que nos reportan. En casos de hongos debe identificarse y darse el tratamiento específico considerando la alta toxicidad de los antimicóticos, generalmente se encuentra el *Aspergillus* spp, *Histoplasma* que se manejan con Itraconazole y con Anfotericina B. Los antiinflamatorios, Diclofenac, Indometacina, esteroides parenterales y orales, descongestivos tipo oximetazolina o efedrina por 5 días, nebulizaciones o duchas nasales con Oximetazolina o Efedrina mas suero salino durante una semana. La no respuesta al tratamiento médico, amerita revisar los hallazgos y la terapia para reiniciar el tratamiento con el infectólogo o el alergólogo, informándole a su médico de cabecera o médico referente antes de proceder a conductas quirúrgicas.

## 2E. ESTENOSIS LARINGOTRAQUEAL Carlos Enrique Guillen Ayala Servicio y postgrado de Otoninolarinología, Hospital Escuela, Honduras.

La estenosis laringotraqueal (ELT) es un estrechamiento parcial o completo de la vía aérea superior que condiciona disnea. Puede ser congénita o adquirida. La ELT es un problema de manejo complejo, y pocas instituciones a nivel mundial logran casuísticas exitosas. Estenosis congénitas. Es secundaria a una inadecuada re canalización del lumen laríngeo. Dependiendo del grado de canalización: Atresia laríngea completa, Atresia laríngea incompleta, Estenosis, Membrana laríngea. Los síntomas dependen del grado de estrechamiento subglótico. Los casos más severos son sintomáticos al nacimiento, mientras que los moderados o leves se hacen evidentes, al aumentar la actividad física y los requerimientos ventilatorios. Diagnóstico; Endoscopia flexible para evaluar la movilidad de las cuerdas vocales y la rígida para valorar el grado de obturación mecánica **Pronóstico.** Son menos severas que las adquiridas, pueden manejarse más conservadoramente. Los casos leves se manejan por observación y controles periódicos. Los casos severos se pueden tratar con dilataciones y reconstrucciones. Estenosis Adquiridas. Trauma laríngeo externo. Común en accidentes de tránsito, más comúnmente con el "trauma del cordel de ropa" que puede causar fractura laríngea y separación tirotraqueal o cricotraqueal. Trauma internos. La mayoría de los traumas laríngeos son internos secundarios a una intubación endotraqueal prolongada que representa el 90% de los casos. La incidencia es entre 0.9- 8.3% una clara mejoría a la tasa de los 60 y 70 que era de 12 al 20%. Clasificación se usan tres clasificaciones. Por porcentaje de obstrucción del lumen laríngeo (Cotton 1984), Clasificación de estenosis subglótica posterior (Bogdasarian y Olsen, 1980), Estadio según localización y extensión (McCaffrey, 1992). Historia Clínica Los síntomas capitales son disnea y estridor laríngeo en un paciente con antecedente de intubación endotraqueal o patologías laringotraqueales. **Examen Clínico.** Laringoscopia indirecta, Nasofibroscopia flexible, Microlaringoscopia directa. Estudio por imágenes. Radiografía lateral cervical de partes blandas, TAC laríngea, Resonancia magnética, Videostroboscopia, Estudios de presión y flujo glótica Espirometría Según su estadio se procede a la corrección quirúrgica: Expansión o Resección. El objetivo es conseguir la decanulación del paciente para que ya no dependa de la traqueotomía. Contraindicaciones quirúrgicas: Inadecuada función pulmonar, Patología glótica y traqueal muy extensa, Insuficiencia cardiaca congestiva o hipertensión arterial incontrolables que pueden exacerbarse por el uso de esteroides. Reflujo gastroesofágico significativo que pueda producir Aspiración o laringo espasmo. Conclusiones; Cada paciente debe ser individualizado. Algunos se podrán tratar con procedimientos endoscópicos con Láser CO2. La elección entre cirugía expansiva o la resección depende de una serie de factores, y siempre existe el riesgo de una re estenosis. Cosas importantes; Acción temprana de las fracturas laríngeas, Evitar cricotiroidotomías y traqueotomías altas, Evitar la resección extensa de cartílago traqueal, al realizar la traqueotomía, Usar la cánula más pequeña posible, Evitar la cirugía endoscópica laríngea agresiva especialmente en la comisura anterior, La intubación y la endoscopia deben ser realizadas suavemente. Reconocer y evitar todos los factores que pueden contribuir a que una intubación endotraqueal pueda lesionar la endolaringe.

## 3E. DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO ACTUALIZADO DE FARINGITIS ESTREPTOCÓCICA AGUDA. Ramón Mauricio Loredó R. Rainer Alfredo Gaitan. Servicio y postgrado de Otorrinolaringología, Hospital Escuela, Honduras.

La Faringitis aguda (F.A) es un proceso inflamatorio de la orofaringe causado principalmente por infecciones, las cuales pueden ser bacterianas, virales, fúngicas. En E.U.A

mas de 10 millones de pacientes son diagnosticados con faringitis aguda, las causas virales son más de la mitad de los casos. **Diferentes tipos de bacterias** también son capaces de causar F.A y de estas los Estreptococos del grupo A beta hemolíticos (E.G.A.B.H) es el mas común e importante. Riño virus, Parainfluenza Influenza tipos A y B ,Coronavirus ,V.I.H ,Adenovirus ,Epstein-Barr virus ,Herpes simplex virus tipos 1 y 2 .Citomegalovirus. Streptococos del grupo A p Hemolítico *Corynebacterium difteriae*, *Neisseria* , *Treponema pallidum*. La Frecuencia: es de 5-10% en adultos y 30- 40% en niños. *S. Pyogenes* es un grupo de estreptococos beta hemolítico del grupo A. Este produce muchas toxinas y enzimas responsables para su patogénesis, incluyendo la streptolisina O y S; Deoxy ribonucleasas A, B, C, Y D Hyaluronidasa, Streptokinasa, y toxinas pirogénicas. El factor de mayor virulencia para el estreptococo del grupo B es la proteína M la cual se localiza en la periferia de la pared celular. Expresiones de la Proteína M se requieren para la infección invasiva En un huésped susceptible la reacción cruzada de anticuerpos a ciertas epitopes de proteína M juegan un papel en el desarrollo de las secuelas no supurativas. La toxina eritrogenica la cual causa un rash de la fiebre escarlata, es producida por ciertos tipos de cepas de *estreptococcus pyogenes* los cuales han sido lisogenizados por un bacteriófago que lleva el gene para esta exotoxina. **Hallazgos físicos** Eritema e inflamación de la úvula y faringe Amígdalas aumentadas y pueden tener parches grises exudados blanquecino. Petequias en paladar agrandamiento, sensibilidad de nodulos linfáticos cervicales anteriores El Score de Centor (la Sociedad Americana de Enfermedades Infecciosas lo recomienda como alternativa de estrategia diagnostica, sin uso de cultivo faríngeo). Historia de Fiebre, adenopatía cervical anterior, exudados amigdalinos, ausencia de tos; la presencia de 3 o 4 de estos criterios tiene un valor predictivo positivo de un 40-60%, la ausencia de 3 o 4 tiene un valor predictivo negativo de 80%. Prueba de anticuerpos Estreptocócicos. Las pruebas más comúnmente usadas son: (AS.O) Antí estreptolisinas O. Anti Desoxirribonucleasa B (anti DNasa B). El diagnostico definitivo se realiza mediante el apropiado cultivo de la secreción por cultivo faríngeo como patrón estándar. **Complicaciones:** 25 -40 % de las entidades cardíacas en los países en desarrollo son de origen reumático. Tratamiento: La Penicilina Benzatinica es el tratamiento de elección vía intramuscular y la penicilina V en vía oral. Pueden usarse la amoxicilina, cefalosporinas, eritromicina en los alérgicos a penicilina. La clindamícina o acido clavulanico en los pacientes que presentan múltiples síntomas a repetición. El retraso de la obtención del cultivo en 48 hrs no aumenta el riesgo para fiebre reumática y se dice que un retraso de hasta 10 días sin tratamiento no afecta para dicha complicaciones reumáticas.

#### 4E. TRAUMA NASAL: MANEJO. Linda Flor Peña Alvarado. Servicio y postgrado de Otorrinolaringología, Hospital Escuela, Honduras

El manejo del trauma nasal tiene como objetivo: restaurar la apariencia satisfactoria, restaurar la vía aérea nasal, restaurar el septum hacia la línea media, preservar la integridad de la válvula nasal, prevenir la estenosis, eliminar la interferencia con el crecimiento. Epidemiología: Ocupan el 3º lugar entre las fracturas del esqueleto humano, después del trauma clavicular y de mano. Y ocupa el primer lugar en trauma facial (14-50%), la relación Hombre: mujer es de 2:1. El promedio de edad es de 15 a 30 años. En 30% es suficiente la reducción cerrada Si el edema es importante se pospone el tratamiento 3 a 6 días. Una desviación externa de los huesos nasales puede deformar, aplanar y ensanchar la nariz. **Etiología:** Lesiones personales, 34%, accidentes de tránsito 28%, deportes 23%. Proyecciones radiológicas: Water, Perfilograma nasal 47% de datos radiológicos son falsos negativos. Reducción cerrada: Se puede hacer en los primeros días. Las fracturas



desplazadas lateralmente se reducen mediante presión digital externa hacia la línea media. Por lo general las fracturas nasales alineadas no requieren taponamientos. Los taponamientos se retiran 2 a 3 días después. Reducción abierta: Implica una exposición amplia del tabique nasal y porciones de los huesos nasales. Puede requerir fijación con alambres, suspensión externa o una fijación perforante. Es necesaria valoración neurológica, oftalmológica y rinología, antes de cualquier tipo de reconstrucción. Las fracturas inestables se tratan con soportes de silicón, que pueden fijarse con hilo de alambre. Los soportes se dejan 1 a 2 semanas. En los seres humanos, debido a la naturaleza especial del flujo sanguíneo a la nariz y su área circundante, existen riesgos de que una infección pueda extenderse al cerebro. El área comprendida entre los bordes de la boca y el puente de la nariz, incluida la nariz y el maxilar se conoce como el triángulo de la muerte. Clasificación (Rohrich) 1-Fractura simple unilateral. 2-Fractura simple bilateral 3-Fractura conminuta 4-Fractura compleja: con hematoma septal (Huesos y septo) con laceraciones nasales 5-Fracturas nasorbitoetmoidales. Es importante la evaluación clínica del paciente. **Complicaciones tempranas:** Hematoma Septal, Edema, Equimosis, Epistaxis, Infección, Rinorraquia, Enfisema de cara y cuello. **Complicaciones tardías:** Fibrosis subpericondrial, Sinequias, Obstrucción del Vestíbulo Nasal, Osteítis Residual, Ligera falla de consolidación. **Hematomas nasales:** Son producidos por traumatismos sobre todo los que se acompañan de fracturas del tabique cartilaginoso. Los vasos pericondricos que los riegan se laceran y la acumulación local de sangre eleva el pericondrio sobre el cartílago. **Complicaciones:** Abscesos, Erosión del cartílago, Resorción del cartílago del tabique. Los hematomas con abscesos del tabique pueden producir perforaciones septales al resorberse el cartílago. **Tratamiento:** Consiste en incisión y drenaje. Anosmia postraumática La frecuencia de anosmia posterior a traumatismo craneales es de 5 - 7%. Casi la mitad de los casos se relaciona con accidentes de tránsito. Las contusiones faciales originan mas hiposmia que anosmia, y el sitio más común de lesión es el sistema olfatorio es el área que se encuentra encima de la lamina cribiforme.

5E. CRONOMEDICINA Lino Carménate Milián, Departamento de Ciencias Fisiológicas, Facultad de Ciencias Médicas, Universidad Nacional Autónoma de Honduras.

La cronobiología es la ciencia que estudia la organización temporal de los procesos biológicos (físicos, mentales y comportamentales) que ocurren en los seres vivos, los mecanismos que los originan y sus alteraciones. Su aplicación en las ciencias médicas ha permitido explicar el proceso del ciclo vital humano, aumentando el entendimiento de los procesos fisiopatológicos, la confiabilidad y aplicabilidad de los estudios de laboratorio, contribuyendo a aumentar la eficacia y eficiencia de los tratamientos médicos. La existencia de sistemas innatos reguladores que se basan en el funcionamiento de marcapasos u osciladores endógenos cuya función principal es regular la recurrencia de sucesos a intervalos más o menos regulares a pesar de la ausencia de fluctuaciones periódicas del medio externo determina que muchas funciones presenten ritmos biológicos con frecuencias diferentes clasificadas en relación a su frecuencia de repetición comparado con 24 horas (ritmos circadianos). Se han descrito más de cien funciones con periodos circadianos destacándose: niveles hormonales en sangre, presión sanguínea, frecuencia cardiaca, temperatura corporal, propensión al sueño, cambios conductuales (estado de ánimo, tiempo de reacción, velocidad de procesamiento y desarrollo de las tareas de aprendizaje). El ciclo diario de sueño-vigilia es uno de los ritmos circadianos de mayor expresión en el hombre y se ha determinado que sirve como base anatomofuncional para la regulación de otras variables fisiológicas. El núcleo supraquiasmático (NSQ), situado en la parte anterior e inferior del hipotálamo, en las paredes del tercer ventrículo y por detrás del quiasma óptico es considerado el principal estructura

anatómica del sistema circadiano humano y de algunos animales. Su función es ejercida a través de un circuito de aferencias y eferencias sensoriales y nerviosas mediadas por neurotransmisores como el Ácido Gammaaminobutírico (GABA), el péptido intestinal vasoactivo, la vasopresina y la somatostatina. El bienestar psíquico, biológico y social del hombre está asociado con la sincronización normal de los ritmos circadianos. El control del mismo es endógeno sin dejar de ser modificado por el medio ambiente de acuerdo a los principios homeostáticos. La desincronización ocurre cuando el ritmo circadiano va más allá de su rango homeostático, lo cual se conoce como fase de cambio. Si la fase de cambio se impone de forma crónica, la desincronización continuada del ritmo circadiano conduce a un estado de enfermedad caracterizado por signos de deterioro en diversas funciones, como los trastornos extrínsecos del sueño, las alteraciones de la memoria y la atención, disforia, astenia e irritabilidad que pueden repetirse con periodicidad y asociarse con complicaciones depresivas. La cronomedicina provee estrategias útiles para mejorar el rendimiento en las actividades del personal de salud a partir de sus aplicaciones como la cronofarmacología y la cronoterapéutica. Las investigaciones y aplicaciones sugieren que muchos fármacos modifican sus efectos según la hora de administración por lo que se establece la necesidad de variar los regímenes de tratamiento médicos en relación al ritmo de ciertas funciones y procesos fisiopatológicos con lo que se ha logrado mejorar los métodos de prevención en salud. Estas estrategias se han aplicado a un gran grupo de fármacos como corticoesteroides, antidiabéticos, antineoplásicos, antidepresivos, analgésicos, antiasmáticos, anestésicos locales, antihistamínicos H1 y H2, antiinflamatorios no esteroides, boqueadores beta, antagonistas del calcio, aminoglucósidos, entre otros.

6E. FISIOPATOLOGÍA DEL SUEÑO: LA IMPORTANCIA DEL ABORDAJE ELECTROFISIOLÓGICO. Lino Carménate Milián. Departamento de Ciencias Fisiológicas, Facultad de Ciencias Médicas, Universidad Nacional Autónoma de Honduras.

Fisiopatología del sueño: La importancia del abordaje electrofisiológico. El hombre siempre ha tenido interés por conocer las funciones más ocultas del sueño, en especial de las ensoñaciones a las cuales se le ha dado todo tipo de interpretaciones y significados. El sueño es una alteración fisiológica de la conciencia, que tiene un carácter cíclico y temporal, y es completa, rápida y fácilmente reversible con un estímulo adecuado. Por el gran número de funciones que presenta es periódicamente necesario al organismo y su ritmo o ciclicidad es relativamente independiente de las condiciones externas, siendo considerado el ciclo sueño-vigilia como el principal patrón de ritmo circadiano en el humano y en muchas especies animales. La fisiología normal del sueño es compleja por la gran cantidad de estructuras anatómicas, sistemas de neurotransmisores y manifestaciones sensorimotora que intervienen. Esta puede ser alterada por un gran número de factores internos y externos, por lo que se presenta una elevada incidencia y prevalencia de trastornos y enfermedades que pueden afectar a personas de todas las edades. Las alteraciones y enfermedades relacionadas con el sueño, deben dividirse en dos grandes grupos que determinará la manera de prevenir, diagnosticar o tratar a los mismos, estas son las enfermedades primarias del sueño y las enfermedades que secundariamente afectan al sueño. La relativa constancia intra e inter persona del comportamiento de las tres variables fundamentales estudiadas durante el sueño (Electroencefalograma (EEG), Electrooculograma (EOG), Electromiograma (EMG)) determina una estructura normal que se ha denominado Arquitectura del Sueño Normal, dependiente de la edad de la persona. En términos generales se caracteriza por la alternancia cíclica entre sueño de Movimientos Oculares Rápidos (MOR, eng. REM) y sueño de No

Movimientos Oculares Rápidos (NMOR, eng. NREM), normalmente de 4 a 6 ciclos en una noche y una proporción relativa constante entre las diferentes fases. Existen otro grupo de variables que indican la influencia de los cambios funcionales durante el sueño sobre casi todos los órganos y sistemas, como el caso de los sistemas respiratorio, genital, cardiocirculatorio, nervioso, hemolinfopoyético y endocrinometabólico. Mientras mayor número de variables puedan ser analizadas, más fácil, certero y confiable será el diagnóstico positivo o diferencial de los trastornos y enfermedades. Cuando existe alguna alteración de los elementos que participan en la generación, mantenimiento o supresión del sueño, entonces se afectaran las variables mencionadas y la arquitectura se ve afectada, mostrando en muchos casos patrones específicos de variaciones. El registro y análisis de variables electrofisiológicas se ha convertido en unos de los elementos fundamentales del diagnóstico, considerándose la prueba de oro en algunos trastornos y enfermedades como la narcolepsia, algunos tipos de epilepsias relacionadas con el sueño, los síndromes de apneas de sueño, el ronquido y otros. La creación de instituciones especializadas en el estudio del sueño, en especial de sus características electrofisiológicas, ha significado importantes cambios para los involucrados destacándose, el trabajo en equipos multidisciplinarios, el entendimiento de los mecanismos fisiopatológicos básicos, la disminución del tiempo en los diagnósticos, el aumento en la eficacia de los tratamientos y las posibilidades de implementar medidas de prevención.

#### 7E. VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA DE LA SALUD EN EL TRABAJO.

Patricia Monge, Lino Carménate Milián. . Universidad Nacional de Costa Rica,

Departamento de Ciencias Fisiológicas, Facultad de Ciencias Médicas, Universidad Nacional Autónoma de Honduras.

La vigilancia epidemiológica de la salud en el trabajo es definida por la Organización Internacional del Trabajo (OIT) como un proceso sistemático y continuo de recopilación, análisis, interpretación y difusión de datos para el monitoreo de problemas relacionados con la salud, por lo que se prefiere denominarlos "Sistemas de vigilancia epidemiológica" (SVE). Este concepto contempla paralelismos con los planteamientos de gestión de la calidad en que se involucran conceptos de "planificación, ejecución y evaluación de programas de salud en el trabajo". Se han definido elementos indispensables para diseñar e implementar un SVE: definición de caso, definición de la población bajo vigilancia, establecimiento de la sistematización o flujo de información, condiciones de confidencialidad y planteamiento de la diseminación de la información recopilada. También se han establecido diferentes atributos que deben estar presentes desde la fase del diseño: simplicidad, flexibilidad, calidad de los datos, aceptabilidad, sensibilidad, valor predictivo positivo, representatividad, estabilidad y ser oportuno. Los SVE pueden establecerse tanto en los sistemas de trabajo, como a nivel comunitario, nacional o internacional. Pueden diseñarse para vigilar causas o factores de riesgos (exposiciones) o enfermedades (efectos); y ser específicos para uno o varios tipos de eventos. Pueden establecerse a partir de fuentes primarias, así como de fuentes recopiladas para otros fines (ej. Registros médicos, de incapacidades, de mortalidad, monitoreo de calidad de agua, etc.). Considerando tres condiciones esenciales de los Sistemas de Trabajo: a) la relación entre los riesgos profesionales con factores relativamente circunscritos elevando la posibilidad de prevención (identificación y control de riesgo), b) el gran número de factores y condiciones de riesgos con una amplia variabilidad e interrelación entre ellos y c) la relativa mayor vulnerabilidad de los procesos fisiológicos y homeostáticos durante la realización de trabajo, establecen la importancia y las grandes oportunidades de éxito de la Vigilancia en Salud de los Trabajadores. El desarrollo de procesos que integren Sistemas de Análisis de la

Situación de Salud (SASS) y Sistemas de Vigilancia en Salud de los Trabajadores (SVST) para determinar la relación causa - efecto permitirán establecer Sistema de Gestión y Control de Riesgos Profesionales (SGCRP) eficaces y eficientes. El éxito de un sistema de vigilancia depende de la cooperación a largo plazo entre personas de los diferentes niveles en la empresa o institución que están involucrados en diversas formas en el proceso. Por lo que es recomendable tener en cuenta el balance de los requerimientos, no sobrecargarlo y asegurar la retro-alimentación de las personas que están siendo "vigiladas" y principalmente de las que participan en la ejecución del sistema. Es importante lograr un equilibrio entre las necesidades de información y los límites de factibilidad para la recolección de los datos.

## TRABAJOS LIBRES

- 1T. ESTUDIO CLÍNICO Y EPIDEMIOLOGICO DE LOS FACTORES INVOLUCRADOS EN LA SEPSIS DE LOS LACTANTES INGRESADOS EN EL HOSPITAL ESCUELA DURANTE EL MES DE JUNIO DE 2008. Carol Zúniga. Nancy Gutiérrez, José A. Samra. Postgrado de Pediatría, Universidad Nacional Autónoma de Honduras.

**Antecedentes.** Mundialmente se reportan elevadas tasas de morbilidad y mortalidad por sepsis en lactantes. **Objetivo.** Determinar los factores epidemiológicos, el comportamiento clínico y el abordaje terapéutico de los pacientes ingresados con el diagnóstico de sepsis en la sala de lactantes del Hospital Escuela. Metodología, un estudio observacional transversal descriptivo realizado del 26 de mayo al 20 de junio de 2008. La información se obtuvo a partir de la revisión de los expedientes clínicos, obteniéndose al final una población de 34 pacientes, con diagnóstico de sepsis. Resultados, demostraron que los más afectados de acuerdo a la edad y sexo fueron los lactantes menores de 6 meses de edad en un 58.8 %, con mayor incidencia en el grupo de 0 a 3 meses (32.4%). Con predominio del sexo masculino en 58.8 %. Se encontró que 70.6 % de los lactantes adquirió la infección en la comunidad y 29.4 % en un hospital. Al valorar el estado nutricional de cada lactante 32 % presentaban algún grado de desnutrición. A 38.5 % de los lactantes no se les efectuó el diagnóstico oportuno de sepsis al ingreso. El 44.1 % poseen factores de riesgo asociados a sepsis. El foco de entrada más frecuente en la infección fue el respiratorio (47 %), con diagnóstico de neumonía (29.4 %). Los hallazgos clínicos y laboratoriales predominantes son fiebre (97.06 %), leucocitosis (76.47%), rechazo al alimento (58.82%). El 85.7 % de los lactantes se encontraban en un estadio clínico de sepsis y 4.8 % en estadio de shock séptico tardío. Para detectar el agente patógeno el estudio bacteriológico realizado fue el hemocultivo en 55.9 %, y de estos 88.2 % no hubo crecimiento de bacterias. El tratamiento antimicrobiano más utilizado fue 73.5 % cefalosporinas y 38.2 % penicilina. El 79.4% de los lactantes con sepsis tenían menos de 7 días de hospitalización. Conclusiones. Los lactantes con sepsis ingresados en el Hospital Escuela pertenecen al sexo masculino, con edad entre 1-6 meses, con foco de infección adquirido en la comunidad y con diagnóstico patológico de neumonía. Estos pacientes presentan un estado nutricional adecuado, pocos antecedentes patológicos descritos y un buen peso al nacer. Las manifestaciones clínicas y laboratoriales encontradas en los lactantes con sepsis por frecuencia son: fiebre, leucocitosis, rechazo a alimentarse, neutrofilia y taquipnea La complicación más frecuente es la Insuficiencia Respiratoria Aguda La prueba de laboratorio más utilizada en el diagnóstico de sepsis en nuestro hospital es el hemocultivo, sin embargo su valor predictivo positivo resulta muy bajo. La PCR y el hemograma son las pruebas complementarias más utilizadas en nuestro hospital. Los lactantes menores de 3 meses reciben generalmente dos antibióticos (una penicilina y un aminoglucósido) para el

tratamiento de su sepsis, en cambio los niños mayores solo utilizan una cefalosporina de tercera generación, excepto cuando el foco infeccioso es nosocomial.

2T. SÍNDROME DE PRADER WILU. Ruth Funes, Virna Rivas, María Gabriela Donaire, Aida Henríquez, José Antonio Mejía, José A. Samra. Postgrado de Pediatría, Universidad Nacional Autónoma de Honduras.

**Presentación del caso clínico.** Se trata de paciente pediátrica de la consulta externa de Endocrinología, I. L. M. A., femenina, 9 meses, mestiza, procedente de la Aldea de Orica, Saba, Colón, que ingresó a la Sala de Lactantes, Hospital Materno Infantil, expediente No. 2176495, con cuadro caracterizado por aumento de peso simétrico, con tendencia centrípeta e incremento de peso acelerado, llegando a pesar 10.6 Kg. Se acompaña de polifagia excesiva e irritabilidad. Además presenta poliuria y tendencia al sueño. Por aparatos presenta secreción nasal y tos húmeda intensa Temblor generalizado de miembro inferior derecho e hipotonía generalizada desde nacimiento. Con antecedentes natales y neonatales de recién nacido a término por cesárea, presentación pélvica, APGAR normal, peso al nacer 3,180 g (AEG), talla y perímetro cefálico desconocido, dificultad para alimentarse y deglutir desde la primera semana de vida, manejada como una regurgitación frecuente. Con desarrollo psicomotor de sostén cefálico a los 8 meses, no presenta pedestación, no gatea, no camina No sostiene objetos, no pinza No balbucea y sonrisa social a los 6 meses. Con antecedentes personales patológicos de ser ingresada a los 4 y 8 meses de edad con diagnóstico de Neumonía Apical Derecha Aspirativa por lo que fue referida al HMI. Al examen físico encontramos a lactante menor, con peso de 10.6 Kg., talla 69 cm. y perímetro cefálico 44 cm. Encontrándose en los percentiles P/E >95 %, T/E 98 %, percentil cefálico:50% y P/T:139%. Regional ojos forma almendrada, nariz con abundante secreción hialina y obstrucción y cuello con hipotonía leve. Pulmones: murmullo vesicular disminuido en campo pulmonar izquierdo. Se auscultan roncus bilaterales y crépitos en base de pulmón derecho. Abdomen: simétrico, globoso, abundante tejido adiposo con hernia umbilical, perímetro abdominal 53cm. Genitales Externos: Labios mayores prominentes. Labios menores hipoplásicos, clítoris no visible. Al examen neurológico hipotonía generalizada, reflejos tendinosos disminuidos y disminución simétrica de sensibilidad; no presenta coordinación de movimientos. **Discusión del tema.** El síndrome de Prader-Willi es una enfermedad congénita multisistémica, compleja Sus características clínicas principales son hipotonía neonatal, baja estatura, hipogonadismo hipotalámico, retardo mental moderado o severo, apariencia física característica e hiperfagia con desarrollo de obesidad precoz y severa. Existe una alteración en los mecanismos de control del apetito a nivel hipotalámico. Genéticamente presentan una ausencia de expresión de genes paternos en el cromosoma 15. Se estima una incidencia de 1 en 5.000 a 10.000 nacidos vivos. Los pacientes generalmente presentan complicaciones derivadas de su obesidad entre las que resaltan la Diabetes Mellitus y alteraciones cardiovasculares entre otras, lo que condiciona una expectativa de vida aproximada de 20 a 30 años. El tratamiento y el buen pronóstico dependen del control de la glicemia, una dieta adecuada y evitar la sobreinfección a la que están expuestos estos pacientes.

3T. CARACTERÍSTICAS CLÍNICO-EPIDEMIOLÓGICAS DE LA DIARREA POR ROTAVIRUS EN EL HOSPITAL MATERNO INFANTIL DURANTE EL AÑO 2007. Christopher Fajardo,<sup>1</sup> Orlando Rivera,<sup>1</sup> Sandra Tovar,<sup>2</sup> Aida Henríquez,<sup>1</sup> Jankel Rubio,<sup>1</sup> Elena Castellanos,<sup>1</sup> Viena Rivas.<sup>1</sup> estudiantes de 5to Año de la Carrera de Medicina;

<sup>2</sup>Gastroenteróloga Pediatra, Docente Profesor Titular III, Departamento de Pediatría, Facultad de Ciencias Médicas, UNAH, Tegucigalpa, Honduras.

Objetivo. Determinar el comportamiento clínico y epidemiológico de la diarrea por rotavirus en pacientes atendidos en el Hospital Materno Infantil. Metodología. Estudio descriptivo transversal. La unidad de análisis fue el expediente clínico de los niños menores de 5 años de edad que ingresaron al área de Emergencia del Hospital Materno Infantil, del primero de enero al 31 de diciembre de 2007, con diagnóstico de diarrea aguda asociada a infección por Rotavirus confirmada por examen de laboratorio. Resultados. De 1,080 niños que ingresaron por diarrea aguda, en 254 se confirmó que era debido a infección por Rotavirus (Departamento de Epidemiología, Hospital Escuela). De estos casos se revisaron los expedientes de 183 niños. El mayor porcentaje de niños con enfermedad diarreica por rotavirus se presentó en niños menores de 2 años (83.1%), observándose una menor frecuencia a medida que los niños son mayores; 14.8% tenía entre 2 y 3 años y sólo 2.2% tenía entre 4 y 5 años. El sexo más afectado fue el masculino (59%). El 63% de los niños procedía del área urbana o urbano-marginal, y solamente un 37% procedía del área rural. Se encontró mayor frecuencia de infección diarreica por rotavirus en los meses de febrero y marzo, con un 79% de los casos, observándose en el resto de los meses, una frecuencia menor del 5%. Además de diarrea, la segunda manifestación clínica más frecuente fue la presencia de vómitos en un 90.2%, seguido por la deshidratación en un 78.1%, y fiebre en un 64% de casos. Se encontró que el mayor porcentaje de niños (80.3%) presentó diarrea que duró menos de 4 días, en 13.1% duró de 5 a 6 días, pero un 7% de niños, la diarrea duró más de 7 días. El 80% de los niños presentó menos de 11 evacuaciones por día, y el 20% de los niños presentó más de 12 evacuaciones por día. El 40% de los pacientes con enfermedad diarreica por Rotavirus presentó una deshidratación leve, 32.2% moderada y un 6% severa. No hubo diferencias significativas en cuanto al lugar de procedencia y el grado de deshidratación de los niños. En el 62% de los casos, la deshidratación duró menos de 24 horas, un porcentaje relativamente alto, y en el 32%, la deshidratación duró más de 24 horas. El 7.7% de niños tuvo una estancia hospitalaria menor de 12 horas, el 62.4% de los pacientes estuvo hospitalizado entre 12 a 24 horas y el 20% estuvo hospitalizado más de 72 horas. A pesar de que en un porcentaje de niños tuvo una larga estancia hospitalaria, ningún niño de este estudio falleció. Conclusiones. La infección por rotavirus se presenta más frecuentemente en niños menores de 2 años, varones, en la época de verano, específicamente en los meses de febrero y marzo. Las manifestaciones clínicas más frecuentes son diarrea, vomito, deshidratación y fiebre. La diarrea por rotavirus en la mayoría de los casos es aguda y autolimitada, durando menos de 6 días.

4T. REVISIÓN CASOS CLÍNICOS, FIBROADENOMA DE MAMA EN EL HOSPITAL ESCUELA, AÑO 2007. Yeni Virginia Paredes Irías, Tania Soledad Liconá Rivera Departamento Morfología, Facultad de Ciencias Medicas, Universidad Nacional Autónoma de Honduras, Tegucigalpa, Honduras.

Antecedentes: Revisamos todas las revistas medicas hondureñas, y no encontramos investigaciones, ni publicaciones de fibroadenoma en Honduras. El Fibroadenoma es el tumor mas frecuente de todas las lesiones benignas de mama Descripción de casos: Se revisaron todos los expedientes de pacientes con diagnóstico de fibroadenoma de mama, en el Hospital Escuela, durante los 12 meses del año 2007 (28). De los cuales únicamente en 25 se confirmo el diagnostico. En la mayoría de los casos no se consigno adecuadamente las características de las lesiones. En las pocas que describían las características, encontramos que eran lesiones

dolorosas, sin secreciones, ubicadas en mama izquierda (7), derecha (12), bilateral (5), no consignado (4). Las pacientes se encontraban entre 11 y 50 años, la mayoría tenían menos de 30 años (23). Fue más frecuente en nuligestas (10). Los métodos diagnósticos utilizados fueron: USG (21) los cuales concordaban con el diagnóstico, PAAF: punción por aspiración por aguja fina (14) de los que solo una fue compatible con fibroadenoma, Mamografía (2) resultados negativos y biopsia en todos los casos la cual confirmó el diagnóstico en 25 de los casos. A todas se les realizó la extirpación de la lesión. **Conclusiones:** En el dpto. de Archivo brindaron poca colaboración, lo cual dificulta las investigaciones, mala historia clínica en la mayoría de los casos ya sea realizada por estudiantes o profesionales, aunque el fibroadenoma de mama es muy frecuente, existen pocos casos registrados en el Hospital Escuela, lo cual puede ser por varios motivos: mal registro, mal diagnóstico o las pacientes no acuden al hospital. Todos los resultados concuerdan con la literatura. **Recomendaciones:** Que se implemente una unidad de mama completa y más eficiente, en la cual se brinde atención integral. Elaborar mejores historias clínicas que ayuden a realizar diagnósticos más acertados. Que el departamento de Archivo del HE brinde mejor atención a los investigadores.

5T. SÍNDROME DEL NEVO BASOCELULAR. SERIE DE CASOS. Cinthia Espinoza,<sup>1</sup> Nancy Matute,<sup>1</sup> Miriam González,<sup>2</sup> Benilda Martel <sup>2</sup> 'Postgrado de Dermatología, Dirección de Docencia e Investigación, <sup>2</sup>Servicio de Dermatología, Departamento de Medicina Interna, Hospital Escuela

El Síndrome del Nevo Basocelular es un síndrome raro autonómico dominante estrictamente familiar. Los criterios diagnósticos mayores se determinan al presentar más de dos carcinomas basocelulares o uno antes de los 20 años, 3 o más depresiones palmo plantares, quistes mandibulares, calcificación de la hoz del cerebro, alteraciones costales, parientes en primer grado afectados y mutación del gen PATCHED1. **Presentamos caso** de familia con dicho síndrome, formada por pareja no consanguínea, con 6 hijos. La madre y tres de ellos (el cuarto, quinto y la sexta) afectados. Se les realizó estudios histológicos y radiológicos que confirmaron el diagnóstico. Los criterios diagnósticos que comparten dichos pacientes son los siguientes: Miembros en primer grado afectados, pits palmo plantar, quistes mandibulares, acortamiento del cuarto metacarpiano y arco palatino elevado. Las tres mujeres presentan hipertelorismo. Tres de ellos presentan Carcinomas Basocelulares y la madre que es la más afectada presenta además tiene xifoescoliosis y pérdida dental total. Ambas hijas tienen macrocefalia y la menor presenta polidactilia, calcificación de la hoz del cerebro, pectus excavatum y retardo mental. El varón y la hija mayor presentan anomalías costales. Presentamos dicho caso por la baja incidencia del síndrome y por los múltiples hallazgos con los que confirmamos el diagnóstico de los cuatro pacientes.

6T. CARACTERIZACIÓN CLÍNICA Y EPIDEMIOLÓGICA DE LOS CASOS DE LEISHMANIASIS VISCERAL ATENDIDOS EN EL HOSPITAL ESCUELA, TEGUCIGALPA, HONDURAS, 2000-2008. Mirza Lara,<sup>1</sup> José Samra,<sup>2</sup> Marco T. Luque,<sup>2</sup> Jackeline Alger.<sup>3</sup> 'Departamento de Pediatría, Hospital de Especialidades Instituto Hondureño de Seguridad Social; <sup>2</sup>Departamento de Pediatría, y Servicio de Parasitología, Departamento de Laboratorios Clínicos, Hospital Escuela; Tegucigalpa, Honduras.

**Antecedentes.** El estudio de casos de leishmaniasis visceral (LV) atendidos en el Hospital Escuela (HE) ha demostrado que los afectados son principalmente niños menores de 5 años, con mayor incidencia en el grupo 1-2 años, similar frecuencia entre sexos y procedentes del sur del país (período 1978-1990, n= 60 casos). Observaciones más recientes indican que es necesario protocolizar el abordaje diagnóstico y terapéutico de estos casos. **Objetivo.** Determinar las características clínicas y epidemiológicas de los casos de LV atendidos en el HE, Tegucigalpa, Honduras, con énfasis en las características diagnósticas y terapéuticas. **Material y Métodos.** Estudio descriptivo transversal que incluyó los expedientes clínicos de los pacientes egresados con diagnóstico de LV durante el período 2000 a abril 2008 (Servicio de Estadística, HE). Se diseñó un instrumento para recolectar la información clínica y epidemiológica y una base de datos (Epiíinfo 3.4, CDC, GA, EUA). Los resultados se presentan como frecuencias y porcentajes de las variables estudiadas. **Resultados.** Durante el período de estudio se registraron 82 egresos de los cuales se obtuvo para análisis 58 expedientes clínicos (70.7%). Los 58 casos analizados tenían una edad promedio de 16.5 meses (rango 1 mes - 76 meses), la mayoría en el grupo de 12 a 23 meses (58.6%), del sexo femenino (58.6%) y procedentes de los departamento de Francisco Morazán (32.8%), Valle y Choluteca (17.2% c/u), Lempira (12.1%) y El Paraíso (10.3%). Los hallazgos clínicos detectados al ingreso incluyeron esplenomegalia (91.4%), fiebre (89.7%), palidez (81.0%), hepatomegalia (62.1%), distensión abdominal (39.7%) y diarrea (25.9%). El 27.6% (16) se describió como eutrófico; el resto se informó como desnutrido grado I (24.1%), II (22.4%) y III (25.9%). Tres casos (5.2%) tenían diagnóstico previo de LV y un caso (1.7%) tenía antecedente familiar. El promedio de la estadía intrahospitalaria fue de 21 días (rango 1-50). Los exámenes de laboratorio al ingreso demostraron los siguientes resultados promedio (n= 41): hematocrito 21.6 Vol% (rango 11.9-32), hemoglobina 7.1 g/dL (rango 2.9-10.2), plaquetas 101,658/ul (rango 2,000-230,000) y leucocitos 3,600 cel/ul (rango 1,200-10,600). En 14 casos, las proteínas totales y fraccionadas fueron de 7.2 g/dL (rango 6.0- 10.0) y la albúmina de 2.7 g/dL (rango 1.4-4.5). Los valores promedio de la aspartato aminotransferasa fue 65.5 U/mL (rango 13-1008, n= 28) y de la alanina aminotransferasa de 40 U/mL (rango 3-1348, n= 26). El diagnóstico se realizó mediante la identificación de parásitos en frote de médula ósea (81.0%), cultivo (12.0%) y prueba de diagnóstico rápido (PDR, 24.1%). En 5 casos (8.6%) el diagnóstico se realizó exclusivamente por PDR. Los diagnósticos concomitantes más frecuentes fueron bronconeumonía (32.8%), septicemia y diarrea (19.0% c/u) y otitis media (6.9%). El tratamiento con antimonio de meglumina se administró en diferentes modalidades: 2 días con mitad de la dosis seguidos de 26 días (48.3%) o de 19 días (5.2%) con dosis completa, 28 días (10.3%) y 21 días (22.4%), El resto recibió menos días debido a que falleció (6.9%) o por alta (6.9%). El análisis de la dosis completa administrada (en miligramos de la base o de la sal, o en mililitros) demostró que solamente el 13.8% recibió la dosis recomendada de 20 mg (base)/kg/día El resto recibió una dosis inferior (53.4%) o mayor (31.0%). Se administró antibióticos a 48 pacientes (82.8%) y esteroides a 15 (25.9%), utilizando dexametasona (11), prednisolona y prednisona (2 c/u). En 53 casos (91.4%) la condición de egreso se informó como mejorada Cuatro pacientes (6.9%) fallecieron En 23 casos (42%) hubo seguimiento en la Consulta Externa de Pediatría, así: uno en 9 casos (39.1%), dos en 10 casos (43.5%) y tres en 4 casos (17.4%). **Conclusiones y Recomendaciones.** Las características clínico-epidemiológicas de los niños atendidos por LV en este período, son similares a lo ya informado. Existen variaciones importantes en el abordaje diagnóstico y terapéutico de la LV en el HE. Fundamentados en estos resultados, recomendamos: 1) realizar frote y cultivo de médula ósea de todos los casos sospechosos de LV; alternativamente, se puede realizar inmunodiagnóstico cuando esté disponible; 2) completar tratamiento con sales antimoniales de buena calidad a las dosis de 20 mg (base)/kg/día o 70 mg (sal)/kg/día por 28 días; 3) evaluar la respuesta terapéutica utilizando



parámetros clínicos (temperatura, visceromegalia), parasitológicos (frote y cultivo de médula ósea) y hematológicos (hemoglobina, leucocitos, plaquetas), de acuerdo a criterios establecidos; se sugiere que si no hay mejoría clínica al día 7, se debe tomar nueva muestra de médula ósea (frote y cultivo), realizar estudios para identificar alguna patología subyacente e iniciar tratamiento con medicamento alternativo (por ejemplo, anfotericina B); 4) no se deben utilizar esteroides; y 5) si el paciente fallece, se debe solicitar autopsia Si no se obtiene el consentimiento de los familiares para efectuar la autopsia, se debe obtener consentimiento para obtener un aspirado post-mortem de la médula ósea, bazo y/o hígado, y realizar frotos y cultivos.

7T. EL COMITÉ DE ÉTICA EN INVESTIGACIÓN BIOMÉDICA DE LA FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS, UNAH: EXPERIENCIA 2000 - 2008. Eleonora Espinoza Astarté Alegría, Iván Espinoza, Mauricio Gonzales, Denís Padgett, Elizabeth Paguada, Manuel Sierra Comité de Ética en Investigación Biomédica, Facultad de Ciencias Médicas, Universidad Nacional Autónoma de Honduras.

**Antecedentes.** Los comités de ética en investigación biomédica (CEB3) se han establecido para proteger los derechos y el bienestar de los sujetos humanos reclutados para participar en investigaciones, con de evaluar, desde el punto de vista ético, aprobar, requerir modificaciones o desaprobar las propuestas de investigación. Además, conducen revisiones continuas de las investigaciones y tienen la autoridad de suspender o terminar investigaciones previamente aprobadas si no están siendo ejecutadas según los requerimientos del CEIB o si han sido asociadas con daños serios no esperados en los sujetos. La Unidad de Investigación Científica (UIC) de la Facultad de Ciencias Médicas (FCM) organizó el CEIB institucional con el propósito de dictaminar los estudios de investigación desarrollados en la FCM y en otras unidades académicas de la Universidad Nacional Autónoma de Honduras (UNAH). El CEIB inició oficialmente sus funciones el trece de julio del año dos mil. **Descripción de la experiencia.** El CEIB/FCM está conformado por siete miembros, seis institucionales y un miembro de la comunidad. Cuenta desde el 2002 con registro vigente de inscripción del "Federal Wide Assurance (FWA) for the Protection of Human Subjects for International Institutions" (Non-US), U.S. Department of Health and Human Services, y reconocido como Institutional Review Board, siendo renovado periódicamente. Hasta la fecha se ha dictaminado un total de 67 proyectos, 25 (37%) institucionales y 42 (63%) fuera de la UNAH. Del total de proyectos institucionales, 14 (56%) pertenecen a la FCM (Enfermería, Postgrados de Neurología, Dermatología, Psiquiatría Pediatría) y 10 (40%) al Departamento de Microbiología, 1 (4%) a la Facultad de Ingeniería Del total de proyectos no institucionales, se han dictaminado 27 (64%) presentados por investigadores que trabajan en la Secretaría de Salud, incluyendo proyectos que contaron con apoyo de instituciones internacionales o colaborativos entre Honduras y otros países y 15 (36%) no gubernamentales. El 55% de estos proyectos fueron presentados en los dos últimos años. El CEIB solicita una serie de requisitos para la presentación de protocolos, los cuales incluyen una estructuración metodológica adecuada del proyecto y el cumplimiento de las normas éticas vigentes en investigación. El principal problema que se ha encontrado es el desconocimiento de las normas éticas en investigación y de las razones de las exigencias del CEIB. **Conclusiones y Recomendaciones.** En los últimos años se ha visto una apertura a la investigación y el país participa en investigaciones con financiamiento de cooperación externa, lo cual se evidencia con la creciente demanda de dictámenes. La falta de formación en investigación y en bioética ha conducido a la falta de adherencia a los lineamientos del CEIB. Honduras no cuenta con una normativa nacional de bioética y no existe un órgano

regulador en investigación Es necesario fortalecer el desempeño del CEIB de la FCM para optimizar sus funciones de dictamen ético y de capacitación orientadas a fomentar que los investigadores se desempeñen conforme a los principios de buenas prácticas clínicas. Se ha iniciado un proceso de promoción de creación de CEIB institucionales dentro y fuera de la UNAH, incluyendo una normativa nacional.

#### 8T. METODOLOGÍA DE ESTUDIO DE LOS ALUMNOS PARA UN EXAMEN EN LAS CARRERAS DE MEDICINA Y ENFERMERÍA DE LA FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS EN EL AÑO 2007. Walther Iván Girón Matute. Elia Pineda Facultad de Ciencias Médicas.

Los alumnos en todo el mundo han buscado la forma de estudiar, aprender y adquirir conocimientos sobre diferentes asignaturas de la más sencilla y mejor forma posible. El objetivo principal del presente estudio es caracterizar el nivel de aprendizaje que requieren los exámenes de las asignaturas en las carreras de Medicina y Enfermería de la Facultad de Ciencias Médicas en el año 2007. En cuanto a la metodología, el estudio fue tipo descriptivo transversal. El universo estuvo formado por los alumnos de la carrera de Medicina y Enfermería de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional Autónoma de Honduras en el año 2007. La muestra fue de 333 alumnos de toda la carrera de Enfermería y del segundo hasta sexto año de la carrera de Medicina de la Facultad de Ciencias Médicas. Se aplicó un instrumento tipo encuesta de treinta y dos preguntas, de las cuales seis fueron abiertas y veintiséis fueron cerradas, a los alumnos en ambas carreras. Los resultados fueron que el 77.8% de los encuestados eran mujeres y el 22.2% eran hombres. El 36.3% pertenecía a la carrera de Enfermería y el 63.7% pertenecía a la carrera de Medicina. En cuanto al método de estudio utilizado, el 53.8% utilizan el método asociativo con mayor frecuencia; en cambio, el 29.7% utilizan el método memorístico y el 16.5% utilizan el método de práctica del conocimiento. Basado en el tiempo de preparación utilizado antes de su último examen, solo un 11.1% estudio todos los días mientras se desarrollaban los temas de examen y el 46.8% estudiaron uno o dos días antes del examen. En cuanto al último examen recibido, el 77.2% estudiaron solos, el 13.5% estudiaron con un compañero y el 9.3% estudiaron con dos o más compañeros. Entre las bibliografías utilizadas para las clases, el 88.6% utilizan fotocopias para estudiar sus clases; en segundo lugar el 84.1% utiliza libros en sus clases y en tercer lugar, las notas de clase que son usadas por el 76.6% de los encuestados. A pesar de esto, asimismo, solo el 11.4% consideraban que las fotocopias eran la bibliografía más útil y completa para estudiar. En cuanto a las preguntas que evalúan el conocimiento, el 30.9% afirmó que las preguntas tipo expositivo son las que mejor valoran este y 3.9% respondió que eran las verdadero y falso. Otra conclusión es que solo el 9.3% de los encuestados consideran que la enseñanza del profesor se habitúan a todas las preguntas que enfrentan en un examen. Entre las conclusiones del estudio, se encuentra que la mayoría de los estudiantes utilizaron el método asociativo para sus respectivos estudios. Además, que la minoría estudia todos los días mientras se desarrollan los temas de un examen Conjuntamente, la mayoría de los jóvenes estudiaron solos para esta evaluación escrita También se encontró que las fotocopias son el medio de estudio más utilizado por los estudiantes, seguido por los libros de texto y las notas de clase; esto se da en contraste con otro hallazgo que solo la minoría pensaba que las fotocopias son la bibliografía más útil para el aprendizaje. Otro dato es que las preguntas que evalúan mejor el conocimiento son las preguntas tipo expositivo y las que peor lo evalúan son las tipo verdadero o falso. Además, solo una minoría de los estudiantes creía que todos los tipos de preguntas encontrados en un examen se asociaban a la forma de enseñanza del profesor. **Recomendaciones:** Se recomienda evaluar el uso de preguntas tipo Verdadero o Falso ya que en la opinión de los estudiantes son la que menos evalúa sus conocimientos.

Asimismo, incentivar a los alumnos hacia el estudio diario con trabajos o examencitos periódicos para garantizar un estudio continuo de las clases. Junto a esto, estimular a los profesores para que su forma de enseñanza se adapte a cualquier tipo de pregunta de un examen.

9T. MODELO DE INVESTIGACIÓN-ACCIÓN PARA EL DESARROLLO DE UNA PROPUESTA ECO-SISTÉMICA DE ABORDAJE DE LA ENFERMEDAD DE CHAGAS EN COMUNIDADES LENCAS DEL MUNICIPIO DE SAN FRANCISCO DE OPALACA, INTIBUCÁ. Manuel Sierra, Manuel Chávez (QDDG), Gerardo Borjas, Brenda Meléndez. Unidad de Investigación Científica, Maestría en Salud Pública, Departamento de Salud Pública, Facultad de Ciencias Médicas; Departamento de Biología, Universidad Nacional Autónoma de Honduras, Tegucigalpa, Honduras.

**Antecedentes.** El departamento de Intibucá es altamente endémico por enfermedad de Chagas particularmente las comunidades Lencas en donde *Rhodnius prolixus* es el vector principal. Este proyecto fue financiado por la Agencia Canadiense de Cooperación Internacional y Visión Mundial Canadá, y fue ejecutado en el marco del Plan Nacional Estratégico y los lineamientos técnicos de la Mesa Nacional inter-sectorial de Chagas. Se contó con un equipo trans-disciplinario de la U.N.A.H que facilitó el proceso de desarrollo de un modelo de abordaje eco-sistémico de Chagas que facilitara el protagonismo de las comunidades lencas organizadas para el abordaje de este problema se salud, tomando en cuenta la cultura lenca y los aspectos biofísicos, sociales y económicos que influyen en la problemática de Chagas en los individuos, las familias y en la colectividad. **Descripción de la experiencia.** El proyecto se desarrolló en el municipio lenca de San Francisco de Opalaca (Intibucá) en el período 2005-2006. A través de un proceso participativo se constituyeron los Comités Lencas de Investigación-Acción (CLIA) que tuvieron un rol protagónico en todas las fases del proyecto. La conformación de los CLIA se realizó a través de un proceso participativo con representantes de todas las comunidades del municipio. **Lecciones aprendidas.** A través de los CLIA y de las estructuras organizadas lencas se generaron respuestas comunitarias amplias que se tradujeron en logros claves para cambiar la situación epidemiológica de Chagas en el municipio: 1) 100% de las viviendas fueron fumigadas, y posterior a ello se han mantenido 14 meses de vigilancia activa sin encontrar *R. prolixus*, 2) Se examinó al 99% de los niños 6 meses-14 años por anticuerpos contra *T. cruzi* y se encontró una prevalencia de 9%. A través de los CLIA se le dio tratamiento completo al 98% de los seropositivos, negativizándose el 87% a los 18 meses y encontrándose 0% de transmisión vectorial en recién nacidos en los 2 años posteriores al tratamiento y a la fumigación, 3) Se hizo un diagnóstico participativo de las viviendas por riesgo de colonización por vectores, y el 85% de viviendas de alto riesgo fueron mejoradas, 4) En reuniones de cabildo abierto de la municipalidad se decidió que el Plan de Desarrollo municipal incluyera una partida presupuestaria para el abordaje eco-sistémico de Chagas, 5) Se fortaleció la "Alcaldía de la Vara Alta" como centro de autoridad civil y religiosa lenca

10T. SOBREPESO, OBESIDAD, HÁBITOS ALIMENTARIOS Y ACTIVIDAD FÍSICA EN ESCOLARES DE ESCUELAS PÚBLICAS DE TEGUCIGALPA. ESTUDIO COMPARATIVO. María Félix Rivera Ivette C. Rivera Centro Odontopediátrico, Región Sanitaria Metropolitana, Secretaria de Salud.

**Antecedentes:** estudios realizados en escolares de escuelas públicas en años anteriores se encontró un 16% de niños(as) con obesidad y/o sobrepeso sin haber estudios hasta la fecha sobre las causas de dicho estado mórbido por lo que presente trabajo tiene como objetivo determinar la relación entre obesidad, sobrepeso y los hábitos alimentarios y la actividad física en escolares de escuelas públicas de la ciudad de Tegucigalpa, Honduras. **Materiales y métodos:** se seleccionaron dos grupos de escolares de sexto grado. Un primer grupo con sobrepeso y obesidad y otro grupo sin sobrepeso ni obesidad al cual llamaremos grupo control. El parámetro utilizado fue el índice de Masa Corporal (IMC). A todos ellos se les aplicó una encuesta sobre hábitos alimentarios y actividad física. **Resultados:** fueron estudiados 34 escolares con sobrepeso y/u obesidad y 95 escolares controles. La media de edad del grupo de escolares con obesidad y sobrepeso fue de  $11.72 \pm 1.06$  IDE, y la del grupo control fue de  $11.79 \pm 0.92$  IDE ambas media muy similares. Del total de obesos o con sobrepeso el 55.9% eran femeninos y un 44.1% eran masculinos y en el grupo control el 54.1% eran femeninos y 45.9% eran masculinos, debido a su similitud los hace comparables. En relación a los hábitos alimentarios; el hábito de desayunar, el saltarse la comidas, el comer suficientes verduras y frutas tanto en el hogar como en la escuela, la elección de alimentos sin grasa únicamente se encontró diferencias significativas entre los dos grupos en el hábito de desayunar, había dos posibilidades mas de tener sobrepeso o ser obeso si no se desayuna con un  $OR=2.36$  (IC95%: 0.93 a 5.71)  $p=0.034$ . En relación a la actividad física, el tiempo en horas de ver TV o estar frente a una computadora diarias, caminatas, las practicas de deporte fuera de la escuela, fue igual en los dos grupos y la única diferencia significativa fue que el grupo control tiene más actividad deportiva en la escuela que el grupo de obeso y con sobrepeso, había casi tres posibilidades mas de ser obeso o tener sobrepeso si no se tienen actividades deportivas dentro de la escuela, con un OR de 2.74 (IC95%: 0.89 a 9.0),  $p=0.05$ . **Conclusiones:** el estado de obesidad y de sobrepeso en los escolares estudiados está asociado más a escasa actividad física dentro de la escuela y a no tener un hábito de desayunar todos los días. **Recomendaciones:** es necesario poner en marcha programas basados en estrategias para la prevención de la obesidad y la promoción de la salud por medio de actividades de educación nutricional y la implementación de prácticas deportivas en las escuelas naciéndose extensivo a las familias y la valoración del crecimiento físico en la edad escolar como rutina

#### 11T. CONDICIONES DE TRABAJO DE LA ENFERMERA PROFESIONAL Y SU RELACIÓN CON EL ESTRÉS LABORAL Elizabeth Paguada Canales. Unidad de Investigación Científica, Facultad de Ciencias Médicas, Universidad Nacional Autónoma de Honduras

**Antecedentes** La profesión de enfermería eminentemente femenina está sometida a todas las inequidades propias de su condición social de mujer(1).- Las condiciones de trabajo de la enfermera son deficientes, y se caracterizan por la sobrecarga de trabajo, jornadas estresantes, turnos rotatorios, trabajo nocturno, frecuentes cambios en los servicios, carga psicológica por el manejo de situaciones críticas, es un personal expuesto permanentemente a riesgos biológicos, químicos constituyen amenazas para la salud, y que además le producen estrés y depresión. La enfermera trabaja bajo presión y sometida al efecto de los estresores laborales que se manifiestan a través del agotamiento emocional, despersonalización y baja realización personal (Síndrome de Boumout) (3) que afecta seriamente el rendimiento y calidad de trabajo de la enfermera. **Objetivo:** Analizar la presencia de estresores laborales y sus efectos en la salud y rendimiento de las enfermeras profesionales que laboran en el Hospital Escuela (HE) y el Instituto Hondureño de Seguridad Social (EHSS). **Metodología:** Estudio de tipo descriptivo transversal, realizado entre marzo y mayo del 2007, la muestra incluyó 39

enfermeras profesionales del Hospital Escuela y 43 del Instituto Hondureño de Seguridad Social, la técnica de recolección de datos fue la encuesta. **Resultados:** El personal profesional del Hospital Escuela e IHSS, se caracteriza tiene una media de edad de 42 (38(46%) casadas y 38(46%) solteras, 53(64.6%) poseen vivienda propia; 72(87%) poseen el grado de licenciatura, solamente 35(42.7%) han continuado con estudios de nivel superior: diplomados, especialidades y maestrías, 61(74.3%) tiene un salario promedio entre L. 10.000 y L. 29.000; 42 (51.35%) enfermeras que trabajan en una sola institución: el IHSS o el HE, sin embargo 40 (48.7%) tienen doble jornada laboral: 16 horas diarias; 29 (71.5%) consideran que UCI es la sala donde el trabajo es más intenso, 20 (54.1) que dicen que las emergencias; en cuanto a riesgos se encontró que el biológico 63 (73%) es el mas frecuente , riesgos físicos: 30(54.6%) está en las heridas; El Estrés laboral lo presentan 18 (48.6) del IHSS y 19 (51.4%) donde la sobrecarga de trabajo 60 (73%) es el estresor más alto, seguido del trabajo nocturno 34.1 (54%), y el ruido excesivo 20 (24.4%).-El efecto de los estresores más relevante son los trastornos del sueño 42(51.2%), fatiga 28 (46.3%) y modificación de la vida social 29(35.4%), ansiedad 26 (31.7%), solamente 32 (39%) acuden al médico una vez al año; actividades de auto cuidado solo 44 (57.3%) se hizo citología, y 21 (26.6%) mamografía; el estilo de vida es pobre y rutinario, ejercicio 38(46.3%); 37 (45.1%) personas que presentan agotamiento emocional, 11 (13.4%) baja realización personal, 43 (52.4%) despersonalización; 36, (44%) de las enfermeras presentan el síndrome de Burnout, 19 (52.8%) del HE y 17 (47.2%) del IHSS, en el cual están presentes el agotamiento emocional, baja realización personal y despersonalización; en relación a la autoestima el resultado es significativo y contradictorio ya que 40 (93.3%) del HE, y 35 (89.7%) del IHSS su autoestima es alta tomando en cuenta la doble jornada y las condiciones de trabajo de la enfermera **Conclusión:** Las condiciones laborales bajo las cuales trabaja la enfermera son deficientes.-Un grupo importante de enfermeras, 36: 19 del Hospital Escuela y 19 del IHSS, tienen el Síndrome de Bournot (están quemadas), que es el resultado del agotamiento emocional, baja realización personal y despersonalización producto de la doble jornada laboral. **Recomendación:** La enfermera debe aprender a usar estrategias preventivas de auto cuidado para prevenir el deterioro de su salud, tener estilos de vida sanos, frente a la sobrecarga laboral y algunas condiciones específicas de trabajo.

protocolos de análisis. Se elaboraron bases de datos en File Maker 7 y el tratamiento estadístico se realizó con el programa Stat View, para generar e ilustrar los resultados. **Resultados:** El discurso sobre VIH /SIDA en la prensa hondureña, se presenta de manera descriptiva y lineal, sin mayores elaboraciones explicativas o científicas. Existen aspectos sobredimensionados como los enfoques biologicista y eficientista del VIH/SIDA y de las instituciones involucradas en su respuesta. Otros aparecen someramente o están ausentes, como las acciones políticas y capacidades organizativas de los afectados. Hay una visión estrecha sobre el rol del Estado en la construcción y seguimiento de políticas públicas nacionales sobre VIH/SIDA. **Conclusiones:** El tratamiento a las personas afectadas se da en forma lastimera, victimizadora, moralista y discriminante. La reproducción de la indefensión, la escasa capacidad de agencia y el desperdicio de oportunidades para incidir positivamente fueron patentes. El rol de los personajes del VIH/SIDA representados en la prensa y la utilización del lenguaje, reproducen formas de pensamiento y acción con pocas posibilidades de cambio social. Se necesitan acciones específicamente orientadas a cambiar este tratamiento comunicativo por parte de los agentes involucrados en la producción de la prensa hondureña

13T. LIMITACIONES Y RETOS EN EL PROCESO DE CONSTRUCCIÓN DEL INFORME NACIONAL SOBRE LOS PROGRESOS REALIZADOS EN LA APLICACIÓN DEL UNGASS / PERIODO DE COBERTURA: ENERO DE 2006 -DICIEMBRE DE 2007. Bu X, Gradelhy J, Martínez L, Mejía L, Molinero R, Paredes M, Sierra M, Stella A, Zepeda K Foro Nacional de SIDA; Programa conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH Sida (ONUSIDA); Comisión Nacional de SIDA (CONASIDA); Departamento de ITS/VIH/SIDA, Secretaria de Salud de Honduras; Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS); Unidad de Investigación Científica, Facultad de Ciencias Médicas, Universidad Nacional Autónoma de Honduras.

**Antecedentes:** El proceso de construcción del informe nacional sobre los progresos realizados en la aplicación del Ungass se inició en el mes de junio del 2007. En ese mes se conformó un equipo técnico conductor del proceso integrado por representantes de: Conasida, departamento de ITS/VIHS/Sida de la Secretaría de Salud, unidad de M&E del MCP, unidad de M&E del PR, Gtttb, OPS/OMS y Onusida. **Descripción de la experiencia:** El informe final y la matriz de indicadores presentada fueron revisados y consensuados con: equipo técnico del departamento de ITS/VIH/Sida de la Secretaría de Salud, equipo técnico conductor del proceso de elaboración del informe UNGASS, representantes de la sociedad civil, y aprobado finalmente por Conasida. **Lecciones aprendidas:** Los principales problemas que obstaculizaron la respuesta nacional en general y los avances hacia la consecución de los objetivos del UNGASS en particular, durante todo el periodo de información (2006-2007) son los siguientes: 1) El incremento cada vez mayor de los niveles de pobreza en el país que agrava la vulnerabilidad a la epidemia en los grupos de riesgo; 2) La fragilidad del sistema institucional y democrático del país que limita la promoción y defensa de los derechos humanos en los grupos vulnerables y en la población en general; 3) El estigma y la discriminación hacia PVIH, Gtttb, TS y garífunas; 4) Las dificultades para incorporar los servicios de banco de sangre de la SSH bajo un sistema único nacional de control de calidad; 5) Ausencia en PENSIDAI de un plan de MyE; 6) El cambio abrupto de la estructura organizacional del sistema de salud de regiones a departamentos que debilitó la respuesta al VIH y sida en varias de las nuevas regiones; 7) La controversia ideológica para facilitar el acceso amplio de la población a formas y métodos de prevención efectivos.

- 14T. ESTUDIO CENTROAMERICANO DE VIGILANCIA DE COMPORTAMIENTO SEXUAL Y PREVALENCIA DE VIH/ITS EN POBLACIONES VULNERABLES, ECVC - PLUS: ANÁLISIS DE LA TENDENCIA DE LA PREVALENCIA DE VIH EN TRABAJADORAS DEL SEXO (TS) Y EN HOMBRES QUE TIENEN SEXO CON OTROS HOMBRES (HSH) EN HONDURAS Alvarez B, Aragón M, Edwards R, Gupta S, Lara B, Morales S, Paredes C, Paredes M, Sierra M Departamento de ITSATH/SIDA, Secretaria de Salud de Honduras; Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC/GAP/CAP, USAID); Unidad de Investigación Científica, Facultad de Ciencias Médicas, Universidad Nacional Autónoma de Honduras

**Antecedentes:** Las TS y los HSH son grupos que concentran la epidemia de VIH/SIDA en Honduras. En 1992 se inició la vigilancia centinela en el país, que ha sido complementada y/o ampliada con datos de estudios especiales (1998, 2001, y 2006). El objetivo de este trabajo es analizar la tendencia en la prevalencia de VIH en TS y en HSH a lo largo de la epidemia

**Descripción de la experiencia:** En junio del 2007 un equipo técnico de la Secretaria de Salud de Honduras asistió a un taller organizado por ONUSIDA en la ciudad de Panamá, para actualizar las estimaciones nacionales de la epidemia. Para estas estimaciones se utilizaron los datos más relevantes con que contaba el país para TS y para HSH en las diferentes zonas geográficas del país. Para el análisis se utilizó el modelo de regresión lineal de ONUSIDA para epidemias concentradas (UNAIDS, Regresión model for low concentrated epidemic 2007 - HIV prevalence trend analysis in MS Excel for low level and concentrated epidemics). En el modelo se emplearon 14 estimaciones de VIH en TS y 6 en HSH, de las ciudades de Tegucigalpa y de San Pedro Sula, en el período 2000 - 2007. El análisis de regresión de la tendencia en la prevalencia de VIH demostró una disminución ajustada del 59% en la prevalencia en TS y de 14% en HSH ( $p = 0.005$  y  $p=0.5$  respectivamente, Gráficos).  
**Lecciones aprendidas:** El modelo de regresión lineal demuestra una tendencia a la disminución en la prevalencia de VIH en TS y en HSH, que fue significativa solo en TS. Los hallazgos son consistentes con los cambios de comportamiento encontrados en los estudios especiales del 2001 y del 2006 en ambas poblaciones. Las TS demostraron un uso consistente del condón en mayor proporción comparado con los HSH, en donde se sigue encontrando altas tasas de ITS. Se deben de reforzar las estrategias de cambio de comportamiento orientadas a un mayor uso y consistencia en el uso del condón, y al diagnóstico y tratamiento oportuno de ITS en ambas poblaciones, especialmente en HSH. Este último grupo requiere de estrategias diferenciadas por auto-identificación de orientación sexual.

- 15T. CARACTERÍSTICAS GENERALES DEL BINOMIO PACIENTE CUIDADOR ATENDIDOS EN LA ASOCIACIÓN HONDUREÑA DE ALZHEIMER: DATOS PRELIMINARES. Heike Hesse, Roberto Padilla, Eleonora Mejía, Marco Burgos, Virginia García de Aviléz, Ángel Pineda Madrid, Gladys Gaviria, María José Quiñónez. Junta Directiva ASHALZ, Comité Técnico ASHALZ

**Antecedentes:** La Asociación Hondureña de Alzheimer (ASHALZ) es una entidad sin fines de lucro, fundada en el 2005 y con personería jurídica, con sede en Tegucigalpa, que sigue las directrices generales de Alzheimer Disease International (Londres). Su objetivo es mejorar la calidad de vida de los pacientes con Enfermedad de Alzheimer y patologías demenciantes, y brindar educación y apoyo psicológico a sus familiares. La ASHALZ tiene una base de datos que incluye a 233 familiares de personas con demencia, médicos, psicólogos, cuidadores

formales y voluntarios; la gran mayoría de los nombres se han obtenido durante charlas educativas que se brindan mensualmente, o a través de la página web o de visitas domiciliarias. **Descripción de la serie de casos:** En Junio de este año se inició una encuesta estructurada con datos generales sobre la diada paciente-cuidador, la cual era llenada por el cuidador personalmente o por vía teléfono. Al momento del envío del presente resumen (Julio 08), se habían llenado 12 encuestas que revelan los siguientes datos: *DE LOS PACIENTES:* un 66.7% son mujeres, el promedio de edad actual es de 78.6 años (rango 69 -87); 10/12 son procedentes de este MDC, un 91.2 % es atendido principalmente por neurólogo y el promedio de evolución de la enfermedad es de 4.2 años (rango 1 - 10). El primer médico consultado fue un neurólogo en 7 casos y Psiquiatra en 5. La gran mayoría había recibido una evaluación clínica completa (100%), estudios laboratoriales (100%), estudios de neuroimagen (75%) y evaluación neuropsicológica formal (66.7%). Los pacientes encuestados tomaban en un 91.7% inhibidores de acetil-colinesterasa, 25% memantina, 58.3% antidepressivos, 41.7% antipsicóticos, 25% estabilizadores del afecto y 25% ansiolíticos. *DE LOS CUIDADORES:* el 66.7% son familiares. Un 50% tiene ayuda remunerada para el cuidado de los pacientes y 11 /12 casos compran por lo menos algunos de los medicamentos. Los cuidadores se describen como tranquilos (25%) y deprimidos / estresados / quemados totalmente (75%). Los cuidadores perciben que las actividades mas importantes que debe realizar la asociación son: Apoyo psicológico, charlas educativas y descuentos. **Conclusiones:** Si bien estos datos son aún muy preliminares, apoyan la noción de que hay una gran cantidad de personas en el país que se relacionan personal o laboralmente con pacientes demenciados, casi todos pertenecientes al grupo de adultos mayores (grupo vulnerable). La gran mayoría de los pacientes toman los medicamentos recomendados en las guías internacionales para este tipo de enfermedades. Adicionalmente, los cuidadores tienen una carga afectiva y económica considerable, aunado a una gran cantidad de tiempo invertido en el cuidado directo de los pacientes. Los datos finales se presentarán en la Jornada Científica de la FCM-UNAH en Septiembre del 2008.

16T. VIGILANCIA DE MEDICAMENTOS (FARMACOVIGILANCIA) EN LOS SISTEMAS DE TRABAJO. RESULTADOS PRELIMINARES. Lino Carménate Milián, Mario Francisco Rodríguez Núñez, Melvín Humberto Bardales Hernández, Ernesto Benítez Hechavarría. Departamento de Ciencias Fisiológicas, Facultad de Ciencias Médicas, Universidad Nacional Autónoma de Honduras, Laboratorios ANDIFAR.

17T. EVALUACIÓN ECONÓMICA DE TRATAMIENTOS MÉDICOS EN HONDURAS. RESULTADOS PRELIMINARES. Lino Carménate Milián, Mario Francisco Rodríguez Núñez, Melvín Humberto Bardales Hernández, Ernesto Benítez Hechavarría Departamento de Ciencias Fisiológicas, Facultad de Ciencias Médicas, Universidad Nacional Autónoma de Honduras; Laboratorios ANDIFAR.

**Antecedentes:** El aumento de los costos de muchas tecnologías sanitarias y las crecientes presiones por recortar los presupuestos de salud en la mayoría de los países han llevado a plantear la necesidad de una evaluación económica de las intervenciones de salud. Los resultados de los estudios en fármaco economía contribuyen a establecer criterios racionales, objetivos y transparentes que influyan en dos importantes niveles: a) el desarrollo de políticas nacionales de medicamentos que garanticen equidad en el acceso y b) la utilización racional de los medicamentos basando la estrategia terapéutica en la mejor relación costo - beneficio.



En Honduras no existen estudios que permitan establecer estrategia para la utilización de fármacos basadas en criterios de eficiencia. **Materiales y métodos:** Se realizó una revisión exhaustiva de la literatura sobre fármaco economía y farmacovigilancia Se estableció e implemento una metodología para la recolección nacional de información: a) económica (importación y producción de medicamentos, regulación de precios) y b) médico terapéutica (incidencia y prevalencia de enfermedades en el país, normas y guías clínico terapéuticas vigentes, tipo de práctica profesional). Se definieron los criterios para el desarrollo de cálculos y estadísticas sobre el costo de los regímenes de tratamientos farmacológicos más utilizados en el país. **Resultados:** En relación con la morbilidad nacional, aunque las estadísticas presentan grandes deficiencias y es evidente un importante subregistro, los fármacos más utilizados son para el tratamiento de enfermedades de los sistemas digestivo, respiratorio y cardiocirculatorio. En relación con los grupos farmacológicos son los antidiarreicos, los antibióticos, los antihipertensivos y los utilizados para otras enfermedades crónicas. La principal carga económica la representan los tratamientos de las enfermedades crónicas no transmisibles, en especial la hipertensión arterial y la Diabetes Mellitus. **Conclusiones:** Existen deficiencias en la comunicación entre las instituciones responsables de la regulación y ejecución de la políticas y normas sobre costos de medicamentos en el país. El costo es un atributo esencial en el análisis de utilidad de los medicamentos, junto con el perfil farmacológico, la eficacia, la seguridad y la conveniencia A partir de estudios en farmacoeconomía aumentarán las posibilidades de utilizar el costo como atributo para la selección del medicamento, aumentando el acceso a los mismos y disminuyendo la carga económica innecesaria de las terapéuticas. **Recomendaciones:** Es imprescindible establecer un sistema nacional de costos de los tratamientos farmacológicos que permitan lograr una mayor eficiencia y una utilización racional de los medicamentos como contribución fundamental para lograr el bienestar de las personas enfermas y sus familias, y el desarrollo socioeconómico del país.

18T. USO DE ESTIMULANTES Y TRANQUILIZANTES EN ESTUDIANTES DE CUARTO Y QUINTO AÑO DE LA CARRERA DE MEDICINA, TEGUCIGALPA, HONDURAS. Juana Carolina Buchanan, Sandra Pilloa Carrera de Enfermería Facultad de Ciencias Médicas, Universidad Nacional Autónoma de Honduras.

Estudio cuantitativo, exploratorio, transversal, realizado en 260 (77.6 %) de estudiantes carrera de medicina, de cuarto (170) y quinto (90) año, Tegucigalpa, Honduras, 2005. **Propósito:** Identificar tipos de drogas, patrón de consumo, factores socio demográficos asociados al uso de estimulantes y tranquilizantes. **Metodología:** Se aplico un cuestionario. Para la tabulación y análisis se utilizó el programa SPSS 11.5, obteniéndose correlaciones y pruebas de significancia, por medio de la correlación de Pearson, obteniéndose la media, mediana y desviación Standard. **Resultados:** Una media de 20 años entre edades de 20 a 25 años, y desviación estándar (DE) de 0.36. El 55.8% eran mujeres y 44.2% hombres. El 95.0% solteros(a) y el 4.2 % casados(a), el 94.2% no tiene hijos, no trabaja el 84.2%. Uso de alcohol 48.1% (25.7 %, varones y mujeres 24.2%), con predominio de frecuencia de algunas veces, seguido de una vez al mes y de una o dos veces, siendo el patrón de uso mayoritario. Un 43.4% entre edades de 20 y 25 años en los últimos seis meses. Estimulantes mas frecuente; cafeína, 85%, te/ mate 46.2 %; seguido de bebidas energizantes, 46.1%, coca cola 41.9% con predominio en mujeres 33.0% y varones 26.1%, estimulantes populares 16.9%, marihuana 3.8% (1.5 % para mujeres y 2.3% en varones), la cocaína 1.5 %., porcentajes que coinciden con un estudio de prevalencia en Honduras, realizado por IHAEDFA, 2004. Razones de uso en mujeres: aliviar el cansancio, mejorar rendimiento académico. En varones: diversión,

aliviar tensiones psicológicas, con  $p < .002$ . Media de índice académico 74.6%, mediana 74 y I DE 5.59. El 6.2% de estudiantes usan tranquilizantes: valium/ benzodiacepina (2.7%), inductores del sueño 8.8%, una  $p < .006$ , con riesgo de dependencia predominante en mujeres. Lugar de consumo: 1. hogar 49.6%. 2. bares, restaurantes 14.3%, con  $p < .043$ . Un 84.5% compraron las sustancias y 6.8% de amigos. El 21.9% iniciaron el uso de estas sustancias antes de ingresar a la universidad. Estos resultados tiene implicaciones en el desarrollo de programas preventivos del uso de drogas en la universidad.

19T. DROGAS, MUJERES Y VIOLENCIA EN HONDURAS. ESTUDIO PILOTO MULTICÉNTRICO. CICAD-SENAD. Juana Carolina Buchanan, Myrna L. Vásquez de Cruz, Rosa Camila Matute, Ondina Maribel Salgado, Alfonsyna de Abarca. Carrera de Enfermería Facultad de Ciencias Médicas, Universidad Nacional Autónoma de Honduras.

Antecedentes: En el mundo se dan importantes desigualdades entre mujeres y hombres en educación, salud y política. La pobreza tiene rostro de mujer, el 70% de pobres en el mundo son mujeres, con una esperanza de vida de 72 años. En Honduras de 7.4 millones de habitantes el 51% son mujeres. El Centro de Estudio de la Mujer de Honduras, revela incremento de homicidios 57% y violencia contra la mujer, 59.6% lesiones y agresiones relacionados con el uso y abuso de drogas. **Metodología:** Estudio cuali-cuantitativo, "mujer, droga y violencia" realizado en 30 mujeres de Tegucigalpa, Honduras. Se aplicó entrevista estructurada para conocer experiencias y percepciones individuales y colectivas de mujeres sobre abuso de drogas, violencia y factores asociados. **Resultados:** Edad media 37.2 años, Desviación Estándar 9.31, mínima 19 y máxima 54 años. Historia de uso de alcohol 40 %, el 36.7 % consumen semestralmente, en riesgo de consumo de alcohol 3 mujeres y una en riesgo excesivo. La media 0.17, correlación de Pearson 0.362, error estándar de 0.129,  $p < 0.049$ . El 60% nunca consumió alcohol. Drogas psicoactivas utilizadas en mínimo porcentaje fueron benzodiazepinas, cannabis, cocaína, estimulantes, sedantes y metadona. El 83.1% parejas casadas o en unión estable, reportaron mas relaciones sexuales contra su voluntad, con un  $r = 30.38$  y  $p < .01$ . Existe poco conocimiento sobre VIH/SIDA, (11.93 y DE= 3.63), con mayor riesgo de contraer ITS. Un 70 % de mujeres no trabajan, asociándose que a menor cantidad de dinero para vivir, mayor depresión y menor autoestima. El 93% son maltratadas; el 83 % entre 26 a 49 años.

20T. PROGRAMA FAMILIAS FUERTES. EXPERIENCIA EN HONDURAS Lynda Harrison, Myrna Vásquez, Olga Almendares; Lilia Meza; Aracely Santos; Lourdes Díaz Canaca; Marina García; Rosa Camila Matute, Ligia Holcomb, Karen Saenz. Carrera de Enfermería Facultad de Ciencias Médicas, Universidad Nacional Autónoma de Honduras, Universidad de Alabama, Birmingham, USA.

Los indicadores de salud general y de desarrollo de Honduras están entre los más bajo en América, el grupo entre 10 y 19 años constituye el 25% de la población general (1,512,000) de estos el 53% entre 10 y 14 años. El 57.3% asiste a la escuela; el promedio de escolaridad es 4.5 años para el grupo de 10 a 14 años. La fecundidad en adolescente es la más alta de Centro América con 137 x 1,000, el 10 % de mujeres se han embarazado entre 15-19 años. (i) Las Familias Fuertes (FF) es un programa de educación familiar desarrollado inicialmente en USA, traducido al español por OPS y aplicado posteriormente en El Salvador para familias con niños entre 10-14 años de edad. Ha demostrado doble efectividad. Honduras ha sido

identificada como un país prioritario para el trabajo colaborativo a través en la Escuela de Enfermería en la Universidad de Alabama en Binningham (UAB), para evaluar los resultados de la intervención del programa "familias fuertes" a un grupo de 40 familias hondureñas durante el 2008 al 2009. Se tiene como base estudios longitudinales que demuestran que los jóvenes adolescentes tienen menos problemas cuando sus padres o tutores exhiben dos cualidades disciplina y consistente apoyo. En donde la base del programa lo constituyen los conceptos de amor y límites, que a la vez sustenta una estrategia por la cual los niños no caerán en el abuso de sustancias y otros problemas conductuales sí provienen de hogares armoniosos donde los principios son claros y han sido aceptados por todos sus miembros.

21T. ENSEÑANZA DE LA SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA EN LA FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS, UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE HONDURAS. SEGUNDO SEMESTRE DEL 2005 Y PRIMER SEMESTRE DEL 2006. María de Lourdes Amador. Carrera de Enfermería, Facultad de Ciencias Médicas, Universidad Nacional Autónoma de Honduras.

Antecedentes: La Facultad de Ciencias Médicas con sus carreras: Medicina y Enfermería, como academia, se ve obligada a incluir aspectos de la salud sexual y reproductiva (SSR) en sus Planes de Estudios, con la promulgación de las Políticas Nacionales de SSR, publicadas por la Secretaría de Salud en noviembre de 1999, a raíz de las Conferencias Internacionales del Cairo y Beijing; tendientes a lograr la re-conceptualización de la SSR desde una óptica integral que contempla: las fases del ciclo vital, los derechos sexuales y reproductivos, condicionamientos culturales que configuran el género, la violencia contra la mujer, niñas y niños y la ubicación de los procesos reproductivos dentro de un contexto global. Lo anterior está ligado a la necesidad de asumir nuevos roles y cambios en las prácticas educativas. El objetivo general *del* estudio: analizar las áreas críticas desde el punto de vista organizativo, direccional, metodológico y estructural, en la enseñanza de los contenidos de SSR en la carrera de Medicina y Enfermería de la FCM. Objetivos específicos: 1.- identificar los vacíos de conocimiento que tienen los docentes que desarrollan contenidos de SSR en ambas carreras; 2.- analizar el abordaje de la categoría de género y de derechos sexuales y reproductivos en el desarrollo de esos contenidos; 3.- identificar limitantes, desde el punto de vista organizativo, direccional, metodológico y estructural en el desarrollo de nuevos abordajes y enfoques de la SSR Metodología: estudio descriptivo, cualitativo, cuyo universo son todos los docentes que desarrollan asignaturas en las carreras mencionadas (240 docentes). La muestra a informantes claves (por conveniencia), está constituida por docentes de ambas carreras que desarrollan asignaturas con contenidos de SSR, durante el segundo semestre del 2005 y primer semestre del 2006; y coordinadoras de carrera. (Total de la muestra 16 docentes). Las unidades de análisis del estudio son los informantes claves, el Píán de Estudios de ambas carreras y programas de asignaturas con contenidos de SSR La estrategia metodológica está centrada en la triangulación de la información recolectada a través de los métodos: a) revisión documental del Plan de Estudios y programas de asignaturas con contenidos de SSR b) entrevista dirigida al profesor principal y coordinadoras de carrera; c) la observación para verificar el desarrollo de los contenidos de SSR programados, lo relativo al ambiente de clase, las capacidades metodológicas y didácticas desarrolladas por el /la docente; utilizándose tres formularios (guía de obtención de información). Resultados: Ausencia de algunos contenidos relevantes de SSR; énfasis en el enfoque tradicional de la transmisión de conocimientos en Medicina; en el enfoque conductista en Enfermería; no incorporación de la categoría de género y de derechos sexuales y reproductivos en los contenidos de SSR; vacíos de conocimientos referidos a la temática, a

enfoques, abordajes y metodologías innovadoras; escasa capacitación en este campo; limitantes desde el punto de vista organizativo, direccional, metodológico y estructural, que se convierten en áreas críticas en la enseñanza de la SSR. **Conclusión:** Aun no se logra la re-conceptualización de la SSR, no obstante la inclusión de algunos contenidos de género y sexualidad. Los resultados permitirán trabajar sobre las áreas críticas identificadas y formular algunas propuestas para el mejoramiento de la enseñanza de la SSR.

22T. MALARIA Y EMBARAZO EN HONDURAS: INFORME DE UN CASO COMPLICADO PROCEDENTE DE LA MOSQUITIA ATENDIDO EN EL HOSPITAL ESCUELA, TEGUCIGALPA. Rubén Fernandez.<sup>1</sup> Relina Melendez.<sup>2</sup> Nolvía Aguilar,<sup>3</sup> Mario Castillo,<sup>4</sup> Carlos Duron,<sup>4</sup> Jackeline Alger,<sup>5</sup> Armando Flores,<sup>4</sup> Armando Berlioz,<sup>4</sup> Gabriela Mendoza,<sup>2</sup> Fatima Agüero,<sup>1</sup> Coris Salinas.<sup>1</sup> Postgrado de Ginecología y Obstetricia, Postgrado de Pediatría, Dirección de Docencia e Investigación; <sup>3</sup>Sala de Labor y Partos; <sup>4</sup>Sala de Recién Nacidos; <sup>5</sup>Servicio de Parasitología, Departamento de Laboratorios Clínicos; Hospital Escuela, Tegucigalpa.

**Antecedentes.** El grado de inmunidad adquirida determina la presentación clínica de la malaria en las gestantes. En zonas de transmisión inestable, como lo son la mayoría de las áreas endémicas de Honduras, las mujeres en edad fértil adquieren poca inmunidad y la malaria durante cualquier embarazo causa una enfermedad sintomática aguda. A continuación, presentamos el caso clínico de una gestante con malaria falciparum procedente de Wampusirpi, Gracias a Dios. **Descripción del caso clínico.** Paciente de 18 años de edad, primigesta, con embarazo de 38 semanas quien ingresó al Hospital Escuela el 21 de mayo de 2008 con historia de fiebre de 3 días de evolución, no cuantificada, subjetivamente alta, acompañada de sudoración, escalofríos y malestar general. Además refirió tos productiva con esputo amarillento y vómitos. Negó sangrado transvaginal y actividad uterina, e informó percibir movimientos fetales. Al examen físico se encontró en regular estado general, febril, con deshidratación leve, presión arterial: 90/60 mmHg, frecuencia respiratoria 20 por minuto y temperatura: 39°C; frecuencia cardíaca fetal: 136 por minuto. Fue ingresada con diagnóstico de malaria por *Plasmodium falciparum* con una densidad parasitaria de 125 estadios asexuales sanguíneos (EAS)/103 leucocitos y la observación de formas maduras circulando (Día 0). En vista de persistir febril después de tres dosis de cloroquina v.o. (Día 2) y sin cambios en la densidad parasitaria, se administró quinina parenteral (dosis de carga: 20 mg/Kg /v./500 mL dextrosa 5% administrada en 4 horas, seguida por dosis de mantenimiento: 10 mg/Kg /v./125 mL dextrosa 5% en 3 horas cada 8 horas) mas clindamicina (20 mg/kg/d en 3 dosis). Después de dos dosis de mantenimiento y por indicación de interconsultantes de Medicina Interna se suspendió la quinina y se reinició la cloroquina (Día 3) debido a la presencia de taquicardia sin control electrocardiográfico y descenso de solamente 70% en la densidad parasitaria. El parto se desarrolló en el Día 4 (mayo 25), a las 19:55 horas, naciendo recién nacido del sexo femenino, con peso de 3,281 gramos sin complicaciones. Impronta de la placenta informó *P. falciparum* 129 EAS + 2 gametocitos/52 leucocitos y una muestra de sangre de cordón informó 13 gametocitos/100 campos (38 leucocitos con pigmento fagocitado). No se observaron parásitos en 300 campos en la muestra de sangre del recién nacido (1 día de vida). La paciente y el recién nacido fueron egresados tres días después (Día 7, mayo 28) con un control materno que informó 6 gametocitos/505 leucocitos (leucocitos con pigmento fagocitado) y control en la Consulta Externa. **Conclusiones y recomendaciones.** Se informa de un caso de malaria falciparum complicada en una primigesta, con respuesta terapéutica adecuada al tratamiento alternativo a la cloroquina (quinina y clindamicina). Las complicaciones incluyeron deshidratación leve,

hipotensión, hiperparasitemia y anemia leve que evolucionó a severa No hubo transmisión congénita de la malaria Es necesario contar con lineamientos terapéuticos para el tratamiento de casos complicados y graves (antimaláricos parenterales) y medicamentos alternativos en caso de falla terapéutica de la cloroquina. En el país se debe establecer un sistema de vigilancia de la susceptibilidad de *Plasmodium* a la cloroquina

23T MALARIA POR *Plasmodium falciparum*: CASO CLÍNICO COMPLICADO CON BUENA RESPUESTA TERAPÉUTICA ATENDIDO EN EL HOSPITAL ESCUELA, FEBRERO 2008. Cristy Sierra.<sup>1-2</sup> Osmin Tovar,<sup>2</sup> Jackeline Alger.<sup>3</sup> <sup>1</sup>Postgrado de Medicina Interna, UNAH, Hospital Escuela; <sup>2</sup>Departamento de Medicina Interna, Hospital Escuela y <sup>3</sup>Servicio de Parasitología, Departamento de Laboratorios Clínicos, Hospital Escuela, Tegucigalpa.

**Antecedentes.** En Honduras, en los últimos años la malaria por *Plasmodium falciparum* se ha concentrado en la costa atlántica La gran mayoría de los casos se presentan como malaria no complicada y los pocos casos complicados documentados, se presentan con complicaciones leves a moderadas, usualmente con buena respuesta terapéutica Los casos clínicos en turistas que visitaron países con resistencia reconocida antes de arribar a Honduras, constituyen un reto para un manejo clínico adecuado ante la carencia de medicamentos alternativos y para la vigilancia epidemiológica ante el riesgo de introducción de parásitos resistentes. **Descripción del caso clínico.** Paciente masculino de 35 años de edad, procedente de San Francisco de Becerra (SFB), Olancho, que ingresó al Hospital Escuela el 11 de febrero de 2008 con historia de 5 días de presentar fiebre diaria, no cuantificada, precedida de escalofríos y acompañada de diaforesis profusa, malestar general, cefalea, mialgias, artralgias, náuseas y vómitos. El paciente informó haber iniciado los síntomas el mismo día que regresó a SFB después de haber viajado aproximadamente 3 semanas por el Río Patuca hacia Wampusirpi, Gracias a Dios. Negó la presencia de otros familiares con la misma sintomatología y contacto con ratas pero sí refirió picaduras de mosquitos. Al examen físico el paciente se encontró con signos vitales estables, escleras ictericas y sin visceromegalia Los exámenes de laboratorio demostraron valores de hemoglobina de 13.7 gr/dL, 26,000 plaquetas/pL, 4,000 leucocitos/uL, valor total de bilirrubinas de 3.34 mg/dL (bilirrubina directa 2.05) y un "hematozooario" negativo. El paciente ingresó como un caso de síndrome icterico febril, a investigar malaria, dengue y hepatitis. En el primer día intrahospitalario el paciente presentó fiebre de 39.8° C y la gota gruesa informó *Plasmodium falciparum*, 52 estadios asexuales sanguíneos (eas)/115 leucocitos (0.11 %). No se administró la primera dosis de cloroquina hasta 24 horas después y hubo un incremento de 13 Veces en la densidad parasitaria (340 eas/52 leucocitos, 1.54%). El paciente inició tratamiento al segundo día intrahospitalario demostrando una buena respuesta clínica y parasitológica. Fue egresado el 15 de febrero (Día 2) con 11.9 gr/dL de hemoglobina, 150,000 plaquetas/uL y 6,100 leucocitos/uL. Se presentó a control el 18 de febrero (Día 5), después de haber cumplido tratamiento gametocitocida con primaquina, con gota gruesa que demostró 2 gametocitos picnóticos/512 leucocitos. **Conclusiones y recomendaciones.** Este es un caso de malaria complicada que presentó 1) ictericia leve, 2) anemia leve, 3) trombocitopenia severa y 4) leucopenia límite. Después de un incremento substancial en la densidad parasitaria, el paciente presentó un descenso de más del 95% en los controles de los Días 1 y 2 y buena respuesta clínica En el manejo de este caso se demostraron problemas en el diagnóstico de laboratorio y en el tratamiento. Honduras debe contar con lineamientos técnicos para abordar casos de malaria complicada y disponibilidad de medicamentos antimaláricos parenterales.

24T. LEISHMANIASIS CUTÁNEA EN HONDURAS: INFORME DE DOS CASOS INUSUALES ATENDIDOS EN EL HOSPITAL ESCUELA. Nancy Matute,<sup>1</sup>

Cintha Espinoza,<sup>1</sup> Miriam González,<sup>9</sup> Jackeline Alger,<sup>^</sup> Elmer López Lutz,<sup>9</sup> Denis Padgett.<sup>4</sup> <sup>1</sup>Postgrado de Dermatología, Dirección de Docencia e Investigación, <sup>2</sup>Servicio de Dermatología, Departamento de Medicina Interna, <sup>3</sup>Servicio de Parasitología, Departamento de Laboratorios Clínicos, Hospital Escuela; <sup>4</sup>Unidad de Investigación Científica, Facultad de Ciencias Médicas, UNAH, Tegucigalpa.

**Antecedentes.** La leishmaniasis cutánea se encuentra entre las primeras causas de atención en el Servicio de Dermatología del Hospital Escuela. La mayoría de los casos diagnosticados corresponden a leishmaniasis cutánea no ulcerada. En el período 2004-2007, el promedio de casos de leishmaniasis cutánea en su forma ulcerada confirmados parasitológicamente fue 13% (rango 5-24%). Las lesiones características de leishmaniasis cutánea ulcerada inician como pápulas eritematosas que lentamente se tornan violáceas y aumentan de tamaño hasta ulcerarse. La úlcera tiene una costra central y un borde elevado ligeramente indurado denominado rodete. Los pacientes proceden de las zonas endémicas del país, los departamentos de la costa atlántica y oriente. Aquí se describen dos casos con presentación clínica inusual. **Descripción de los casos clínicos. Caso No. 1:** Paciente masculino, 33 años de edad, campesino, procedente de Trojes, El Paraíso, atendido en diciembre del 2007 con historia de 7 semanas de presentar nódulo violáceo con superficie ulcerada localizado en el mentón, de 2.5 cm de diámetro, doloroso y acompañado de adenopatía submandibular. Se procedió a tomar biopsia para solicitar estudios parasitológicos (impronta) e histopatológicos. Ambos estudios informaron abundantes amastigotes de *Leishmania* spp. Se administró antimoniato de meglumina (850 mg base/día) por 20 días. La evaluación clínica a las 8 semanas de haber iniciado tratamiento demostró lesión aplanada eritematosa, sin adenopatía. **Caso No. 2:** Paciente masculino, 29 años de edad, residente en La Esperanza, Intibucá, agricultor, con historia de laborar en Danlí, El Paraíso, y de presentar lesión ulcerada de 3 x 3 cm, eritematosa e indurada, dolorosa, localizada en labio superior e infiltrada hasta la mucosa oral, de 6 semanas de evolución. Se procedió a tomar biopsia para solicitar estudios parasitológicos (impronta y cultivo), bacteriológicos (Gram) e histopatológicos. La impronta informó abundantes amastigotes de *Leishmania* spp. El cultivo se encontró positivo al 4to día. En el Gram no se observaron bacterias. El estudio histopatológico demostró proceso inflamatorio agudo. Se administró antimoniato de meglumina (850 mg base/día) por 28 días. La evaluación clínica a las dos semanas de haber iniciado tratamiento demostró reducción de la lesión (2x1 cm) y de la induración; a las ocho semanas la lesión había desaparecido. **Conclusiones y recomendaciones.** Ambos casos clínicos demostraron una reacción inflamatoria acentuada alrededor de una lesión ulcerada única que no tenía las características típicas de la úlcera de la leishmaniasis cutánea. En el abordaje diagnóstico de estos pacientes debe incluirse el estudio de otras patologías tales como tuberculosis cutánea, esporotricosis, tina de la barba, cromomicosis y neoplasias. La respuesta terapéutica fue buena. Es necesario estandarizar el abordaje diagnóstico y el tratamiento de los casos de leishmaniasis en el Hospital Escuela.

25T. EVALUACIÓN DE LOS EFECTOS ADVERSOS DEL NIFURTIMOX EN EL TRATAMIENTO DE LA ENFERMEDAD DE CHAGAS EN PACIENTES ATENDIDOS EN EL HOSPITAL ESCUELA, TEGUCIGALPA, HONDURAS, 2006-2008. Orfa Cesia Reyes Ochoa,<sup>1</sup> Jackeline Alger,<sup>2</sup> Tito Alvarado,<sup>3</sup> Jackeline

González,<sup>4</sup> Denis Padgett,<sup>5</sup> Concepción Zúniga.<sup>6</sup> Postgrado de Medicina Interna, Dirección de Docencia e Investigación, <sup>2</sup>Servicio de Parasitología, Departamento de Laboratorios Clínicos, <sup>3</sup>Servicio de Infectología, Departamento de Medicina Interna\* <sup>4</sup>Servicio de Cardiología, Departamento de Medicina Interna, Hospital Escuela; <sup>5</sup>Unidad de Investigación Científica, Facultad de Ciencias Médicas, UNAH; <sup>6</sup>Programa Nacional de Prevención y Control de la Enfermedad de Chagas, Secretaría de Salud.

**Antecedentes.** Se ha estimado que la Enfermedad de Chagas afecta a aproximadamente 806,500 personas que residen en la subregión de Centro América y que unas 8,500 se infectan anualmente. En Honduras, el número de personas infectadas se estima en 220,000 y el número de personas en riesgo de infectarse en unas 3,500,000. **Objetivo.** Evaluar los efectos adversos y la adherencia al tratamiento etiológico de la Enfermedad de Chagas en el Hospital Escuela. **Material y Métodos.** Estudio descriptivo longitudinal realizado en el Servicio de Infectología, Departamento de Medicina Interna. Se registró información sobre las características demográficas, clínicas y de laboratorio de los pacientes y los efectos adversos del tratamiento con nifurtirnox. Los pacientes fueron evaluados en la Consulta Externa cada 15 días durante dos meses. Los resultados se presentan como frecuencias y porcentajes de las variables estudiadas. Aquí se presentan los resultados preliminares del período junio 2007-febrero 2008. **Resultados.** En el período de 8 meses se registraron 29 casos, la mayoría del sexo femenino (55.2%) y con un promedio de edad de 32 años (rango 22-60 años). El 55.2% informó ser analfabeta o con educación primaria incompleta (48.3%). Aproximadamente la mitad de los casos nació en Olancho (27.6%) o Francisco Morazán (20.7%); el 68.6% informó haber residido en su lugar de nacimiento por un periodo de hasta 20 años, y que actualmente residen en Francisco Morazán (41.4%) o en Olancho (34.5%). El 44.8% de los casos fue detectado a través de la donación de sangre en el Hospital Escuela o en la Cruz Roja. Cuatro de los 13 pacientes captados por este método (30.8%), donaron dos veces y más. La mayoría de los casos se encontraron en fase indeterminada al momento del diagnóstico (75.9%) y los casos restantes (24.1%), se encontraron en fase cardiaca temprana. Los efectos adversos mas frecuentemente informados por los pacientes fueron pérdida de peso (96.6%), pérdida de apetito (86.2%), insomnio (75.7%) y náuseas (68.9%). En menor frecuencia, informaron parestesias y depresión (27.6% cada uno), vómitos (24.1%) y alergia (prurito y rash, 17.2%). Un paciente no refirió efectos adversos. En un caso cada uno (3.4%), se detectó linfopenia y neutropenia. **Conclusiones y Recomendaciones.** El 58.6% de los pacientes evaluados son individuos menores de 40 años (27.5%) o menores de 50 años (31.1 %), con ninguna o poca educación escolar. La mayoría de los pacientes presentó efectos adversos, principalmente gastrointestinales (96.5%). Sin embargo, estos efectos no fueron lo suficientemente severos para obligar a los pacientes a abandonar el tratamiento. Se debe realizar el seguimiento serológico post tratamiento de acuerdo a la Norma Técnica del Programa Nacional de Prevención y Control de la Enfermedad de Chagas y Leishmaniasis, una vez al año por un mínimo de cinco años, para determinar la efectividad del tratamiento. Además, se deben implementar mecanismos que eviten que los pacientes diagnosticados continúen donando sangre. *Este trabajo es parte de la Tesis para optar al grado de la Especialidad de Medicina Interna, Universidad Nacional Autónoma de Honduras, Tegucigalpa, Honduras.*

26T. EVALUACIÓN DE LAS ACTITUDES ALIMENTARIAS Y LA SATISFACCIÓN CORPORAL EN UNA MUESTRA DE ADOLESCENTES. RS Lopez Postgrado de Psiquiatría, Universidad Nacional Autónoma de Honduras.

**Contexto del estudio:** El malestar que el propio cuerpo o la apariencia física suscita en un sujeto favorece la toma de decisión y la puesta en práctica de una dieta restrictiva motivada por el fuerte deseo de adelgazar, para de este modo, alcanzar el modelo corporal esbelto culturalmente establecido. Esto fue exactamente lo que hicieron el 9%, el 16% y el 32% del total de la muestra española (Toro), inglesa (Wardel) y americana (Laquatra). El reciente incremento en la incidencia de este tipo de trastornos, ligado a un cambio en los valores de la sociedad occidental hacia la delgadez, ha acaparado el interés de clínicos e investigadores y ha fomentado el estudio de su posible etiología. **Objetivo:** Determinar la relación que hay entre la existencia de un problema de alimentación y la percepción y auto aceptación de la imagen corporal. **Métodos:** Estudio descriptivo, transversal, llevado a cabo en las Instalaciones del Instituto Técnico Cultura Popular, Ubicado en el barrio El Manchen de esta ciudad capital, en junio de 2008. Se describen las características sociodemográficas la imagen corporal y el grado de aceptación de esta. **Resultados:** se muestra que el 60% de las familias eran funcionales de acuerdo con la percepción del adolescente. Los adolescentes estudiados solo el 35% estaban satisfechos con su cuerpo. Al preguntarle cómo le gustaría ser el 65% quería ser más delgado. Al pasarle las escalas para identificación de hábitos compatibles con bulimia y anorexia, solo el 5% de la muestra mostró trastornos. El 25% del sexo femenino pensaba que era normal, comparada con un 45% para el sexo masculino, mientras que ambos sexos pensaron en un 45% que eran delgados. Solo el 20% de las mujeres estaban conformes con la imagen de su cuerpo, mientras que la mitad de los hombres lo estaban. El 70% de las mujeres quería ser más delgada, y solo el 25% quería ser como es. Para el sexo masculino el 60% quería ser más delgado y 35% como es. No hay relación entre la familia procedente y la existencia de un problema de alimentación. No hay relación entre la auto percepción de la imagen corporal y la existencia de un trastorno de la alimentación. **Conclusiones:** El 5% de los adolescentes mostró un trastorno de la alimentación. A pesar de que el índice de masa corporal es igual para ambos sexos, hay más inconformidad de la forma de cómo se ve en las mujeres. No hay relación entre la familia procedente y la existencia de un problema de alimentación. No hay relación entre el índice de masa corporal y el sexo. Solo el 60% de las mujeres no hacen dieta comparadas con el 95% de los hombres. No hay relación entre la auto percepción de la imagen corporal y la existencia de un trastorno de la alimentación

27T. CARACTERÍSTICAS DE LA EVOLUCIÓN TERAPÉUTICA DEL PACIENTE EPILÉPTICO CON DIAGNÓSTICO DE DEPRESIÓN EN EL HOSPITAL PSIQUIÁTRICO "DR. MARIO MENDOZA" Aarón Rodríguez. Postgrado de Psiquiatría, Universidad Nacional Autónoma de Honduras.

**Contexto del Estudio:** Los trastornos psiquiátricos son parte de la co-morbilidad en 20-60% de la población de epilépticos y del 20-30% de los ingresos hospitalarios de pacientes epilépticos(2), reportando la literatura que algunos factores modificables podrían influir en la respuesta terapéutica y/o en el cumplimiento del tratamiento. **Objetivo:** Describir la evolución clínica del paciente con epilepsia y depresión. **Métodos:** Estudio descriptivo, llevado a cabo en el Hospital Neuropsiquiátrico "*Dr. Mario Mendoza*" en el período de Septiembre a Noviembre 2007 en 70 pacientes con diagnóstico de Epilepsia y depresión realizado por Neurólogo y Psiquiatra de la institución, se describen las características sociodemográficas y clínicas. **Resultados:** Se estudió 70 casos, con media de edad de 28.54 años (+A9.387; IC95%: 26.45-30.63; rango: 18-74), predominando 18-28 años con 44/70 (62.9%; IC95%: 50.43-73.86), sin diferencias de género (p=0.31) ni procedencia (p=0.14); con diferencias entre estado civil (Soltero vrs No Soltero) (p=0.01), los diagnósticos más frecuentes son epilepsia 32/70(45.7%), crisis generalizadas 17/70 (24.3%), crisis parciales



complejas 8/70 (11.4%). Es necesario cambiar al menos una vez de esquema terapéutico en 59/70 (84.4%; IC95%: 73.19-91.52). El grado de depresión es leve 9/70 (12.86%, IC95%: 6.4-23.5), moderado 45/70 (51.86-75.12), severa 16/70 (22.86%; IC: 14.01-34.72). Las relaciones psicosociales son influenciadas por el grado de depresión en forma inversamente proporcional ( $p=0.000$ ). El 5/70 de casos (12.9%) tiene tratamiento por depresión, (IC95%: 6.4-23.5) y de estos 3/5 (60%) reciben tratamiento farmacológico para depresión. El 7.14% (2.65-16.56) presenta comorbilidad psiquiátrica además de depresión. Se encontró al menos un factor positivo de riesgo por depresión en 45/70 (64.29%) pacientes. **Conclusiones:** Es posible que el desorden emocional de importancia clínica influya en la respuesta terapéutica anticomercial; lo recomendable es iniciar estudios de discriminación de causas asociadas a la falta de respuesta terapéutica.

28T. FRECUENCIA Y CARACTERÍSTICAS DEL ESPECTRO BIPOLAR EN FAMILIARES DE NIÑOS Y ADOLESCENTES CON TRASTORNO DE DÉFICIT DE ATENCIÓN E HIPERACTIVIDAD ATENDIDOS EN EL SERVICIO DE PSIQUIATRÍA INFANTIL Y DE LA ADOLESCENCIA DEL HOSPITAL PSIQUIÁTRICO "DR. MARIO MENDOZA" José Luis Cruz Flores. Postgrado de Psiquiatría, Universidad Nacional Autónoma de Honduras.

**Contexto del Estudio:** El TDAH es parte del espectro de diagnósticos asociados a Trastorno Bipolar de Inicio Temprano (TBIT) en la edad pediátrica, y que algunos autores sugieren que tiene componente familiar. No se dispone de información a nivel nacional sobre esto. **Objetivo:** Describir a los familiares de pacientes pediátricos con TDAH positivos clínicamente por cualquier componente del espectro bipolar. **Material y Métodos:** Estudio descriptivo, prospectivo, transversal que incluyó 26 padres con sospecha de componente positivo de espectro bipolar a la evaluación clínica inicial, identificados entre 62 pacientes con TDAH tomados al azar a conveniencia (41.94%). Se aplicó instrumento basado en datos socio demográficos generales y se aplicó índice de Bipolaridad para apoyar la sospecha clínica. **Resultados:** La edad media es 39.58 (+/-11.43; IC95%: 34.96-44.19), sexo femenino 20/26 (76.9%), masculino 6/26(23.1%); los familiares son de primer grado de consanguinidad 25/26 (96.15%) y segundo 1/26(3.85%), raza negra 1/26(3.85%) y mestiza 25/26(96.15%) ; predominó el grupo etario de 39-49 años con 12/26(46.15%) casos, procedencia urbana 23/26 (88.46%) y rural 3/26(11.54%), la prevalencia de diagnóstico de TBIT entre los casos estudiados es 11/26 (42.3%). De acuerdo a los componentes valorados se identificó mayor frecuencia de casos con hipomanía secundaria a uso de antidepresivos con 10/26 (38.5%), edad de episodio inicial en la adolescencia 10/26 (38.5%), trastorno depresivo mayor unipolar 11/26(42.3%), recuperación del episodio a las 12 semanas de tratamiento 12/26(46.2%), pariente en 1er grado de consanguinidad con TB documentado en 7/26 (26.9%). En todos los casos el índice de bipolaridad mostró nivel significativo, correlacionándose con el diagnóstico clínico (0.765). **Conclusiones:** La prevalencia de familiares con algún componente de espectro bipolar entre los pacientes pediátricos con TDAH es 41.9%. El perfil de estos familiares es mayor de 30 años de edad, de procedencia urbana, con antecedentes positivos de respuesta rápida a antidepresivos, recuperación lenta al tratamiento en los no depresivos, episodio inicial en la adolescencia y antecedente familiar positivo en primer grado de consanguinidad por TBIT.

29T. MUCOSELE FRONTAL RECURRENTE: PRESENTACIÓN DE UN CASO CLÍNICO. Benjamín Cano Paca<sup>1</sup>, Tulio Pompeyo Murillo<sup>2</sup>, Carlos Guillen<sup>1</sup>, Wendy

Geraldina Tenorio Moneada<sup>3</sup>. Servicio de Otorrinolaringología, Hospital Escuela, <sup>2</sup>Departamento de Neurocirugía, Hospital Escuela, <sup>3</sup>Sistema Médico Empresa, IHSS, TSC.

**Antecedentes.** El Mucocoele es una afección poco frecuente y consiste en un acumulo de moco en los senos paranasales, acompañado de dilatación con adelgazamiento de las paredes óseas del seno comprometido. Existen formas congénitas y adquiridas de esta patología Se acompaña siempre de un bloqueo del ostium natural de drenaje. En el 80% de los casos están localizados en el seno frontal y etmoidal. En la forma frontoetmoidal, el enfermo consulta por una tumefacción en la región orbito naso frontal interna, acompañada de trastornos visuales como exoftalmia y diplopía. Puede abrirse camino a través del tabique inter frontal y afectar el seno contra lateral, puede extenderse al laberinto etmoidal produciendo una deformidad externa o a través de la pared posterior hacia el interior de la fosa craneal. La evaluación es habitualmente hecha con Tomografía Axial Computada (TAC). El tratamiento es quirúrgico. **Descripción del Caso.** Paciente masculino de 45 años de edad. Con antecedente de dos ingresos previos al Hospital Escuela por Sinusitis Frontal Derecha complicada con Mucocoeles Frontales, en esas oportunidades su tratamiento consistió en drenajes Transnasales y Etmoidectomías Abiertas, el paciente experimento mejoría relativa en ambas ocasiones. En enero de 2008 se presenta con protrusión de ojo derecho, hipertelorismo, diplopía, deformidad en región frontal ipsilateral de 1 año de progresión. Al examen físico el paciente muestra una masa suave en región frontal derecha, bien delimitada, además de hipertelorismo franco y con rinoscopia anterior que muestra total normalidad. Su TAC de Senos Paranasales (SPN) reporta Mucocoele Frontal derecho, que erosiona la pared anterior del Seno Frontal y se extiende hacia el tejido blando anterior. No se identifica compromiso de las estructuras de las órbitas ni la base del cráneo. En Febrero de 2008 se le realiza Abordaje Bicoronal, Etmoidectomía Anterior Endoscópica y Marsupialización de senos frontales, con colocación de homoinjerto tecal para reparación del daño óseo de la pared anterior del Seno Frontal. El paciente presento una evolución satisfactoria tanto funcional como estética Conclusiones: En la actualidad existe la posibilidad de resección quirúrgica de tumores en SPN que en el pasado reciente eran imposibles de tratar, esto gracias a la implementación de técnicas quirúrgicas modernas que nos permiten un campo operatorio amplio, sin mutilación facial y con recuperación funcional completa,

30T. ENCEFALOCELE CASO CLÍNICO. Santiago Montova Fuentes<sup>1</sup>. Benjamín Cano<sup>1</sup>, Nelson Mauricio Perdomo<sup>2</sup>. otorrinolaringología, <sup>2</sup>Neurocirugía, Hospital Escuela, Tegucigalpa, Honduras.

**Antecedentes:** El encefalocele es tumor benigno de origen ectodérmico que surge por la falta de cierre del tubo neural, en donde parte de la estructura intracraneal se extiende fuera del cráneo a través de un defecto en él y en la duramadre, de presentación rara (aproximadamente en uno de cada 4.000 nacimientos) que se manifiesta durante el desarrollo, se caracteriza clínicamente por presentar tumoración endonasal de color rojo azulado entre el septum y el cornete medio, rinorraquia unilateral, signo de Furstenberg positivo. El diagnóstico se realiza con historia clínica completa, estudios de imagen como TAC y RMN que constituyen el diagnóstico fundamental. El tratamiento-quirúrgico por vía endoscopia y debe ser multidisciplinario. **Resumen:** Se presenta paciente, lactante masculino de 14 meses de edad, procedente de Choluteca con cuadro de obstrucción nasal permanente por fosa nasal izquierda desde el nacimiento, que se acompaña de ríñorrea clara, ronquido nocturno, apnea del sueño, respiración oral, dificultad para alimentarse, llanto nasal e irritabilidad, sin exacerbatantes ni

atenuantes se presenta a la consulta externa de otorrinolaringología, siendo evaluado por diferentes médicos quienes lo trataron con diversos antibióticos y antitóxicos sin ningún tipo de mejoría, por lo cual fue referido. Al evaluarse se visualizó tumoración que obstruía en un cien por ciento la fosa nasal izquierda, la cual era de color rosada quien deformaba el dorso nasal ipsilateral no se visualizó en ese momento la salida de secreción hialina, se indicó TAC de senos paranasales para ver el origen y extensión de dicha tumoración en la cual se visualizó que el tumor se localizaba en fosa nasal izquierda con extensión a toda la nasofaringe no se determinó exactamente si existía comunicación endocraneal. Por lo cual se presentó caso al servicio de neurocirugía quienes indicaron RMN, estudio que confirmó que no existía la presencia de comunicación endocraneal y que era un tumor de aspecto quístico por lo que se realizó cirugía con recepción transpalatina de la tumoración la cual evidentemente tenía aspecto quístico se envió a estudio histopatológico dando como resultado diagnóstico de encefalocele, en el postoperatorio se mantuvo al paciente con taponamiento nasal anterior por cuatro días posteriormente se retiró el mismo presentando una mejoría sintomática notable pero, ya con salida de rinosangrado lo cual nos confirmó que si había comunicación intracraneal se discutió nuevamente el caso con neurocirugía quienes indicaron tratamiento antibiótico como para una neuroinfección y se dio manejo para probable fístula de LCR por dos semanas con acetazolamida el cual se continuó ambulatoriamente y con resultados satisfactorios en los controles por consulta externa **Conclusiones/ Recomendaciones:** Todo paciente con tumoración endonasal de origen congénito debe ser estudiado meticulosamente ya que de acuerdo a los resultados dependerá el tratamiento. El manejo de estos casos debe tener siempre un enfoque multidisciplinario. Al contrario que en los adultos en los niños se debe actuar con prudencia al tomar biopsia de las lesiones endonasales por la diferencia etiológica

#### **LISTADO DE TÍTULOS DEL TRABAJO LIBRE / CONFERENCIA / EXPERIENCIA POR ORDEN ALFABÉTICO Y TIPO DE TRABAJO PRESENTADO**

<b>Título del trabajo libre / conferencia / experiencia</b>	<b>Tipo de Trabajo</b>
¿Afecta la actitud del docente?	14C
Características clínico-epidemiológicas de la diarrea por rotavirus en el Hospital Materno Infantil durante el año 2007	<b>3T</b>
Características de la evolución terapéutica del paciente epiléptico con diagnóstico de depresión en el Hospital Psiquiátrico “Dr. Mario Mendoza”	27T
Características generales del binomio paciente - cuidador atendidos en la Asociación Hondureña de Alzheimer: datos preliminares	<b>15T</b>
Caracterización clínica y epidemiológica de los casos de Leishmaniasis visceral atendidos en el Hospital Escuela, Tegucigalpa, Honduras, 2000-2008	<b>6T</b>
Condiciones de trabajo de la enfermera profesional y su relación con el estrés laboral	11T
Condiciones de vida de las poblaciones difíciles de alcanzar en Honduras, en el contexto de la epidemia VIH/SIDA	<b>5C</b>
Cronomedicina	<b>5E</b>
Diagnóstico y tratamiento actualizado de faringitis estreptocócica aguda	<b>3E</b>
Drogas, mujeres y violencia en Honduras. Estudio piloto multicéntrico. CICAD-SENAD	<b>19T</b>

<b>Título del trabajo libre / conferencia / experiencia</b>	<b>Tipo de Trabajo</b>
El Comité de Ética en Investigación Biomédica de la Facultad de Ciencias Médicas, UNAH: experiencia 2000 – 2008	7T
Encefalocele: caso clínico	30T
Enseñanza de la salud sexual y reproductiva en la Facultad de Ciencias Médicas, Universidad Nacional Autónoma de Honduras. Segundo semestre del 2005 y primer semestre del 2006	21T
Estadísticas de la violación a los derechos humanos, o muertes por violencia	3C
Estenosis laringotraqueal	2E
Estudio centroamericano de vigilancia de comportamiento sexual y prevalencia de VIH/ITS en poblaciones vulnerables, ECVC - Plus: análisis de la tendencia de la prevalencia de VIH en trabajadoras del sexo (TS) y en hombres que tienen sexo con otros hombres (HSH) en Honduras	14T
Estudio clínico y epidemiológico de los factores involucrados en la sepsis de los lactantes ingresados en el Hospital Escuela durante el mes de junio de 2008	1T
Evaluación de las actitudes alimentarias y la satisfacción corporal en una muestra de adolescentes	26T
Evaluación de los efectos adversos del nifurtimox en el tratamiento de la Enfermedad de Chagas en pacientes atendidos en el Hospital Escuela, Tegucigalpa, Honduras, 2006-2008	25T
Evaluación económica de tratamientos médicos en Honduras. Resultados preliminares	17T
Fisiopatología del sueño: la importancia del abordaje electrofisiológico	6E
Frecuencia y características del espectro bipolar en familiares de niños y adolescentes con trastorno de déficit de atención e hiperactividad atendidos en el servicio de psiquiatría infantil y de la adolescencia del Hospital Psiquiátrico "Dr. Mario Mendoza"	28T
Introducción a la mesa redonda sobre la educación en parasitología	10C
La importancia de las ciencias básicas como puente en el entendimiento de la patología humana	11C
La investigación en el Postgrado en Salud Pública como estrategia de vinculación con las necesidades de la sociedad	15C
La necesidad de fortalecer el laboratorio como herramienta de enseñanza – aprendizaje de la parasitología	12C
La violencia y sus consecuencias en la salud de la población hondureña	2C
Las tecnologías de la información y las comunicaciones en el estudio y aprendizaje de la parasitología	13C
Leishmaniasis cutánea en Honduras: informe de dos casos atendidos en el Hospital Escuela	24T
Limitaciones y retos en la consecución de los objetivos del Ungass. Periodo de cobertura: enero de 2006 – diciembre de 2007	13T
Limitantes y desafíos en los modelos de prestación de servicios y retos para el acceso universal a TARV, atención integral y programas de prevención en poblaciones difíciles de alcanzar en Honduras	8C
Malaria por <i>Plasmodium falciparum</i> : caso clínico complicado con buena respuesta terapéutica atendido en el Hospital Escuela, febrero 2008	23T

<b>Título del trabajo libre / conferencia / experiencia</b>	<b>Tipo de Trabajo</b>
Malaria y embarazo en Honduras: informe de un caso complicado procedente de la Mosquitia atendido en el Hospital Escuela, Tegucigalpa	22T
Metodología de estudio de los alumnos para un examen en las carreras de Medicina y Enfermería de la Facultad de Ciencias Médicas en el año 2007	8T
Modelo de investigación-acción para el desarrollo de una propuesta eco-sistémica de abordaje de la Enfermedad de Chagas en comunidades lencas del municipio de San Francisco de Opalaca, Intibucá	9T
Modelos de prestación de servicios y retos para el acceso universal a TARV, atención integral y de prevención en poblaciones difíciles de alcanzar en Honduras	7C
Mucosele frontal recurrente: presentación de un caso clínico	29T
Priorización de la investigación para la salud: un reto para la Facultad de Ciencias Médicas y una necesidad para el país	9C
Programa familias fuertes. Experiencia en Honduras	20T
Retos actuales de las enfermedades infecciosas virales y bacterianas en Honduras: recomendaciones	16C
Revisión casos clínicos, fibroadenoma de mama en el Hospital Escuela, año 2007	4T
Rinosinusopatia	1E
Salud y derechos humanos en Honduras	1C
Salud y derechos humanos para el acceso universal a TARV, servicios de atención integral y de prevención en poblaciones difíciles de alcanzar en Honduras	6C
Síndrome de Prader Willi	2T
Síndrome del nevo basocelular. Serie de casos	5T
Sobrepeso, obesidad, hábitos alimentarios y actividad física en escolares de escuelas públicas de Tegucigalpa. Estudio comparativo	10T
Trauma nasal: manejo	4E
Uso de estimulantes y tranquilizantes en estudiantes de cuarto y quinto año de la carrera de Medicina, Tegucigalpa, Honduras	18T
Vigilancia de medicamentos (farmacovigilancia) en los sistemas de trabajo. Resultados preliminares	16T
Vigilancia epidemiológica de la salud en el trabajo	7E
Violencia contra la mujer y el femicidio en Honduras	4C
Visibilidad y tratamiento comunicativo de la información sobre el VIH y SIDA en Honduras: implicaciones para la discriminación y la justicia social con las personas viviendo con VIH	12T

**LISTADO DE AUTORES ORDENADOS ALFABÉTICAMENTE Y TÍTULOS DEL TRABAJO LIBRE / CONFERENCIA / EXPERIENCIA PRESENTADOS**

<b>Número</b>	<b>Autor</b>	<b>Tipo de trabajo</b>	<b>Número</b>	<b>Autor</b>	<b>Tipo de trabajo</b>
1	AlduvinS EL	12T, 15C	66	LoredoR RM	3E
2	AgeitosC A	15C	67	Luque MT	6T
3	Agüero F	22T	68	Maradiaga E	9C

Número	Autor	Tipo de trabajo	Número	Autor	Tipo de trabajo
4	Aguilar N	22T	69	Martel B	5T
5	Alegria A	7T	70	Martinez L	13T
6	Alger J	9C, 12C, 6T, 22T, 23T, 24T, 25T	71	Matute N	5T, 24T
7	Almendares O	20T	72	Matute RC	19T, 20T
8	Alvarado T	25T	73	MedinaS EJ	8C
9	Álvarez A	3C	74	Mejia E	15T
10	Alvarez B	14T	75	Mejia JA	2T
11	Amador ML	21T	76	Mejia L	13T
12	Aragón M	14T	77	Meléndez B	9T
13	BardalesH MH	16T, 17T	78	Melendez R	22T
14	BenitezH E	16T, 17T	79	Mendoza G	22T
15	Berlioz A	22T	80	Meza L	20T
16	Borjas G	9T	81	Molinero R	13T
17	Bú X	13T, 6C	82	Moncada G	9C
18	Buchanan JC	18T, 19T	83	Monge P	7E
19	Burgos M	15T	84	MontoyaF S	30T
20	CaceresM ME	15C	85	Morales S	14T
21	CanoP B	29T, 30T	86	Padgett D	16C, 7T, 24T, 25T
22	CarmenateM L	16T, 17T, 5E, 6E, 7E	87	Padilla R	15T 7T, 11T, 9C
23	Castellanos E	3T	88	PaguadaC E	9C
24	Castillo M	22T	89	Paredes C	14T
25	Chávez M	9T	90	Paredes M	13T, 14T
26	CruzF JL	28T	91	Paredes YV	4T
27	Custodio R	1C	92	PeñaA LF	4E
28	De Abarca A	19T	93	Perdomo NM	30T
29	De Kaminsky RG	10C	94	Pillon S	18T
30	DíazC L	20T	95	PinedaM A	15T
31	Donaire MG	2T	96	Pineda E	8T
32	Duron C	22T	97	Pineda JA	13C
33	Edwards R	14T	98	PinelG RE	7C
34	Escalante HA	15C	99	PompeyoM T	29T
35	Espinoza C	5T, 24T	100	Quiñónez MJ	15T
36	Espinoza E	7T	101	Ramírez F	2C
37	Espinoza I	7T	102	Reyes A	2C
38	Fajardo C	3T	103	ReyesO OC	25T

Número	Autor	Tipo de trabajo	Número	Autor	Tipo de trabajo
39	Fernandez R	22T	104	Rivas V	2T, 3T
40	FernándezV JA	5C	105	Rivera IC	10T
41	Flores A	22T	106	Rivera M	16C
42	Fonseca R	4C	107	Rivera MF	10T
43	Fúnes R	2T	108	Rivera O	3T
44	Gaitan RA	3E	109	Rodríguez A	27T
45	García de Aviléz V	15T	110	RodríguezN MF	16T, 17T
46	García M	20T	111	Rubio J	3T
47	Gaviria G	15T	112	Saenz K	20T
48	GirónM WI	8T	113	Salgado OM	19T
49	González J	25T	114	Salinas C	22T
50	Gonzalez M	5T, 7T, 24T	115	Samra J	1T, 2T, 6T
51	Gradelhy J	13T	116	Santos A	20T
52	GuillénA CE	2E	117	Sierra C	23T
53	Guillen C	29T	118	SierraB J	15C
54	Gupta S	14T	119	Sierra M	7T, 9T, 13T, 14T, 9C, 16C
55	Gutiérrez N	1T	120	Stella A	13T
56	Harrison L	20T	121	TenorioM WG	29T
57	Henriquez A	2T, 3T	122	Tinoco RO	1E
58	Hesse H	15T	123	Torres CS	14C
59	Holcomb L	20T	124	Tovar O	23T
60	Javier CA	11C	125	Tovar S	3T
61	Lara B	14T	126	Zúniga C	1T
62	Lara M	6T	127	Zúniga C	25T
63	Licon TS	4T, 1E	128	Vásquez de Cruz M	19T, 20T
64	Lopes RS	26T	129	Zepeda K	13T
65	LópezL E	24T			

**LISTADO DE INSTITUCIONES PARTICIPANTES ORDENADAS ALFABÉTICAMENTE, POR TIPO DE TRABAJO LIBRE / CONFERENCIA / EXPERIENCIA PRESENTADOS**

No.	Instituciones Participantes	Tipo de trabajo trabajo libre / conferencia / experiencia
1	Asociación Hondureña de Parasitología	10C

No.	Instituciones Participantes	Tipo de trabajo trabajo libre / conferencia / experiencia
2	Asociación KUKULCAN	8C
3	Carrera de Enfermería, Facultad de Ciencias Médicas, Universidad Nacional Autónoma de Honduras, Tegucigalpa, Honduras	8T, 18T, 19T, 20T, 21T
4	Centro de Derechos de la Mujer	4C
5	Centro Odontopediátrico, Región Sanitaria Metropolitana, Secretaria de Salud, Tegucigalpa, Honduras	10T
6	Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC/GAP/CAP, USAID)	14T
7	Comisión Nacional de SIDA (CONASIDA)	13T
8	Comisionado Nacional de Derechos Humanos	1C
9	Comité de Ética en Investigación Biomédica, Facultad de Ciencias Médicas, Universidad Nacional Autónoma de Honduras, Tegucigalpa, Honduras	7T
10	Departamento de Biología, Universidad Nacional Autónoma de Honduras, Tegucigalpa, Honduras	9T
11	Departamento de Ciencias Fisiológicas, Facultad de Ciencias Médicas, Universidad Nacional Autónoma de Honduras	16T, 17T, 5E, 6E, 7E
12	Departamento de ITS/VIH/SIDA, Secretaria de Salud de Honduras	13T, 14T
13	Departamento de Letras, UNAH, Tegucigalpa, Honduras	14C
14	Departamento de Medicina Interna, Hospital Escuela	23T
15	Departamento de Morfología, Facultad de Ciencias Médicas, Universidad Nacional Autónoma de Honduras, Tegucigalpa, Honduras	4T
16	Departamento de Neurocirugía, Hospital Escuela	29T
17	Departamento de Pediatría, Facultad de Ciencias Médicas, Universidad Nacional Autónoma de Honduras, Tegucigalpa, Honduras	3T, 6T
18	Departamento de Pediatría, Hospital de Especialidades Instituto Hondureño de Seguridad Social, Tegucigalpa, Honduras	6T
19	Departamento de Salud Pública, Facultad de Ciencias Médicas, Universidad Nacional Autónoma de Honduras, Tegucigalpa, Honduras	9T
20	Dirección General de Medicina Forense	3C
21	Dirección General de Promoción de la Salud, Secretaría de Salud	5C
22	Director Académico de Formación Tecnológica, UNAH, Tegucigalpa, Honduras	13C
23	Estudiantes de 5to año de la Carrera de Medicina, Facultad de Ciencias Médicas, Universidad Nacional Autónoma de Honduras, Tegucigalpa, Honduras	3T
24	Foro Nacional de SIDA	13T, 6C
25	Instituto de Enfermedades Infecciosas y Parasitología Antonio Vidal	10C, 11C, 12C, 16C



No.	Instituciones Participantes	Tipo de trabajo trabajo libre / conferencia / experiencia
26	Junta Directiva ASHALZ, Comité Técnico ASHALZ	15T
27	Laboratorios ANDIFAR	16T, 17T
28	Secretariado Técnico, Mecanismo de Coordinación de País, Fondo Mundial	7C
29	Organización Panamericana de la Salud (OPS / OMS)	13T
30	Postgrado de Dermatología, Dirección de Docencia e Investigación, Facultad de Ciencias Médicas, Universidad Nacional Autónoma de Honduras, Tegucigalpa, Honduras	5T, 24T
31	Postgrado de Ginecología y Obstetricia, Dirección de Docencia e Investigación	22T
32	Postgrado de Maestría en Salud Pública, Facultad de Ciencias Médicas, Universidad Nacional Autónoma de Honduras, Tegucigalpa, Honduras	15C, 9T, 12T
33	Postgrado de Medicina Interna, Dirección de Docencia e Investigación	23T, 25T
34	Postgrado de Pediatría, Dirección de Docencia e Investigación	22T
35	Postgrado de Psiquiatría, Facultad de Ciencias Médicas, Universidad Nacional Autónoma de Honduras.	26T, 27T, 28T, 2C
36	Programa conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH y Sida (ONUSIDA)	13T
37	Programa Nacional de Prevención y Control de la Enfermedad de Chagas, Secretaría de Salud Honduras	25T
38	Sala de Labor y Partos, Hospital Escuela	22T
39	Sala de Recién Nacidos, Hospital Escuela	22T
40	Servicio de Cardiología, Departamento de Medicina Interna, Hospital Escuela	25T
41	Servicio de Dermatología, Departamento de Medicina Interna, Hospital Escuela, Tegucigalpa, Honduras	5T, 24T
42	Servicio de Infectología, Departamento de Medicina Interna	25T
43	Servicio de Neurocirugía, Hospital Escuela	30T
44	Servicio de Otorrinolaringología, Hospital Escuela, Tegucigalpa, Honduras	4E, 29T, 30T, 1E, 2E, 3E
45	Servicio de Parasitología, Departamento de Laboratorios Clínicos, Hospital Escuela, Tegucigalpa, Honduras	6T, 22T, 23T, 25T, 12C
46	Sistema Médico Empresa, IHSS, TSC	29T
47	Sociedad Hondureña de Enfermedades Infecciosas	11C, 16C
48	Unidad de Investigación Científica, Facultad de Ciencias Médicas, Universidad Nacional Autónoma de Honduras, Tegucigalpa, Honduras	9C, 9T, 11T, 13T, 14T, 24T, 25T
49	Unidad de M&E Mecanismo de Coordinación de País, Fondo Mundial	13T
50	Universidad de Alabama, Birmingham, USA	20T
51	Universidad Nacional de Costa Rica	7E

## INSTRUCCIONES PREPARACIÓN DE RESÚMENES (Trabajos Libres y Conferencias)

Las **Conferencias** se programan en coordinación con el Comité Organizador y a solicitud del Comité Científico de acuerdo a la temática del evento.

Los **Trabajos Libres** deben ser originales (no publicados) y pueden pertenecer a las siguientes tres categorías:

### Trabajos Científicos

- Estudios Observacionales: Descriptivos (Transversales o Prevalencia; Longitudinales o Incidencia), Casos y Controles (Retrospectivos), Cohortes (Prospectivos).
- Estudios Experimentales: Ensayos Experimentales y Ensayos Clínicos.

### Trabajos Clínicos

- Caso Clínico: Presentaciones clínicas típicas de enfermedades poco frecuentes, presentaciones atípicas de enfermedades comunes, problemas diagnósticos y/o terapéuticos.
- Serie de Casos Clínicos: Colección de casos clínicos de enfermedades endémicas o epidémicas cuyo análisis permita realizar una caracterización clínica y epidemiológica de la patología en cuestión.

### Experiencias en Salud Pública

- Evaluación de Programas, Intervenciones y/o Proyectos en la Prevención, Control y/o Rehabilitación: Esta modalidad recogerá aquellas experiencias exitosas e innovadoras en el campo de la Salud Pública, ya sea en el ámbito institucional y/o comunitario.

## INSTRUCCIONES PARA PREPARACIÓN DEL RESUMEN (Conferencias y Trabajos Libres)

Lea las instrucciones antes de comenzar a llenar el Formato de Resumen. Los Trabajos Libres aceptados para presentación se enumerarán y serán publicados en el Compendio de Resúmenes.

1. Provea la información solicitada y escoja el tipo de trabajo, si es un Trabajo Libre (científico, clínico y experiencia en salud pública) o conferencia (magistral, plenaria, simposium, mesa redonda, foro, panel, etc.).
2. Proporcione los datos que se le piden: Nombre del expositor, dirección postal, datos de la ciudad, Tel/FAX, Correo-Electrónico.
3. Ayudas audiovisuales: Marque de acuerdo a las ayudas audiovisuales que necesitará.
4. Escriba el cuerpo del Resumen con letra tipo Times New Roman punto 12 hasta un máximo de 500 palabras. Comience por el Título del trabajo, continúe con una nueva línea con los Autores (subraye el nombre del Expositor), y en otra línea, las respectivas Instituciones. En otra línea comience el Cuerpo del Resumen el cual debe contener las secciones descritas a continuación.

**5. Cuerpo del Resumen.** Trabajo Científico: Antecedentes, Objetivo(s), Material y Métodos, Resultados y Conclusiones/Recomendaciones. Trabajo Clínico- Antecedentes, Descripción del caso/serie de casos (criterios clínicos, epidemiológicos, laboratorio, manejo y desenlace), Conclusiones/Recomendaciones. Experiencia de Salud Pública: Antecedentes, Descripción de la experiencia, Lecciones aprendidas. Conferencia: Texto sin subtítulos.

6. Envíe el Resumen de la siguiente manera: una copia impresa y una copia electrónica en CD en las oficinas de la Unidad de Investigación Científica, Facultad de Ciencias Médicas, Primer Piso del edificio de la Escuela de Enfermería, Contiguo Hospital Escuela; o una copia electrónica a la siguiente dirección: **[jornadacientificauc@vahoo.com](mailto:jornadacientificauc@vahoo.com)**

**FECHA LIMITE PARA ENTREGA DE RESÚMENES**  
**31 de mayo de 2009**

**XVI Jornada Científica y m Congreso de  
Investigación de las Ciencias de la Salud**

**24 y 25 Septiembre 2009**

**Página No. 1**

**RESUMEN DE TRABAJOS LIBRES Y CONFERENCIAS**

**CATEGORÍA DEL TRABAJO LIBRE** (Marque con una "X" la categoría correspondiente)

- Trabajos Científicos
- Trabajos Clínicos
- Experiencias en Salud Pública
- Conferencia

**TITULO DEL TRABAJO O CONFERENCIA:**

**DATOS DE LOS Y LAS AUTORES(AS):** NOMBRE, GRADO ACADÉMICO E INSTITUCIÓN

**DATOS DEL EXPOSITOR**

Nombre:

Dirección electrónica:

Teléfono Fijo y Móvil:

**INDICAR NECESIDADES ESPECIALES DE PROYECCIÓN**

**XVI Jornada Científica y ni Congreso de  
Investigación de las Ciencias de la Salud**

24 y 25 Septiembre 2009

Página No. 2

CUERPO DEL RESUMEN (no más de 500 palabras) Elija

el formato correspondiente al tipo de trabajo o conferencia que presentará.

Trabajo Científico

Título

Autores

Instituciones

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

Trabajo Clínico

Título

Autores

Instituciones

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

Experiencia de Salud Pública

Título

Autores

Instituciones

Antecedentes, Descripción de la experiencia, Lecciones aprendidas.

Conferencia

Título

Autores

Instituciones

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

## **PATROCINADORES**

Sociedad Hondurena de Enfermedades Infecciosas

Instituto de Enfermedades Infecciosas y Parasitología Antonio Vidal

Asociación Hondurena de Parasitología

Departamento de ITS/VIH/SIDA, Secretaria de Salud de Honduras

Editora Casa Blanca

Dr. Tirso Madrid

Estimado(a) colega investigador(a)  
Marca tu calendario y comienza a preparar tus trabajos libres

XVI Jornada Científica y III Congreso de  
Investigación de las Ciencias de la Salud

“Hacia un Sistema Nacional de Investigación para la Salud Participativo”

Universidad Nacional Autónoma de Honduras  
Facultad de Ciencias Médicas

Tegucigalpa, Honduras  
24 y 25 Septiembre 2009

Fecha límite para entrega de resúmenes  
31 de mayo de 2009

