



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE HONDURAS

Revista de la Facultad de Ciencias Médicas

Volumen 6, Año 6, Suplemento

ISSN 1991-5225

Hacia un Sistema Nacional de Investigación para la Salud Participativa

Homenaje a
Rina Girard de Kaminsky, MSc.



**XVI JORNADA CIENTÍFICA Y III CONGRESO
DE INVESTIGACIÓN DE LAS CIENCIAS DE LA SALUD
23-25 DE SEPTIEMBRE**

**PROGRAMA CIENTÍFICO Y
COMPENDIO DE RESÚMENES**



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE HONDURAS

Revista de la Facultad de Ciencias Médicas

Volumen No. 6, Año 6, Suplemento

Julio - Diciembre 2009

Directorio

Revista de la Facultad de Ciencias Médicas

Volumen No. 6, Año 6, Suplemento, Julio – Diciembre 2009

CONSEJO EDITORIAL

Dr. Carlos Alberto Medina R. (Director)
Licda. Lissette Borjas
Dr. German Leonel Zavala
Dr. Dagoberto Espinoza M.
Dra. Carolina Rivera
Dra. Cecilia García
Licda. Maria Olimpia Córdova
Dr. Eleaquin del Cid
Br. Lysien I. Zambrano (ASOCEMH)
Br. Janio Javier García (SUN)
Br. Carol Sevilla (ASOCEMH)
Dra. Tania Soledad Licona
Dr. Juan Manuel Pérez
Licda. Elizabeth Pagoada
Lic. Luis Edgardo Aranda (Secretario)
Licda. Ondina Maribel Salgado Sevilla

CONSEJO DE REDACCIÓN

Licda. Lissette Borjas (Coordinadora)
Dr. German Leonel Zavala
Msc. Elia Beatriz Pineda

CONSEJO DE ADMINISTRACIÓN

Licda. Maria Olimpia Córdova
Licda. Lissette Borjas
Lic. Luis Edgardo Aranda
Sec. Johanna Vallecillo
Sec. Susana Escoto

CONSEJO DE EDICIÓN

Dr. Carlos Alberto Medina (Coordinador)
Dr. Dagoberto Espinoza M.
Lic. Luis Edgardo Aranda
Dra. Cecilia García
Dra. Tania Soledad Licona
Dr. Eleaquin del Cid
Licda. Ondina Maribel Salgado Sevilla

Unidad Ejecutora:

UNIDAD DE TECNOLOGIA EDUCACIONAL EN SALUD (UTES)

Telefax: (504) 232-0444 e mail: revistafcm@unah.edu.hn

Lic. Luis Edgardo Aranda (Secretario) laranda55@yahoo.com



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



**XVI JORNADA CIENTÍFICA Y III CONGRESO DE
INVESTIGACIÓN DE LAS CIENCIAS DE LA SALUD
23-25 DE SEPTIEMBRE**

**PROGRAMA CIENTÍFICO Y
COMPENDIO DE RESÚMENES**

***“HACIA UN SISTEMA NACIONAL DE
INVESTIGACIÓN PARA LA SALUD PARTICIPATIVA”***

**Homenaje a
*Rina Girard de Kaminsky, MSc.***

**Tegucigalpa, Honduras
Septiembre 2009**

PROGRAMA CIENTÍFICO

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

Facultad de Ciencias Médicas, Universidad Nacional Autónoma de Honduras

Hotel Clarión, Tegucigalpa
Septiembre 23-25, 2009

Horario	Sept. 23 Miércoles	Horario	Sept. 24 Jueves	Horario	Sept. 25 Viernes
19:30 - 22:00	Ceremonia Inauguración Salón Viena	9:00 – 12:00	Hacia un Sistema Nacional de Investigación para la Salud Participativo Sesión Plenaria Salones Madrid I, II	8:00 – 10:00	Bloque Endocrinología Pediátrica (1) Salón Madrid I
					Bloque Enfermedades Infecciosas, Patología Salón Madrid II
				10:30 – 12:30	Bloque Endocrinología Pediátrica (2), Pediatria Salón Madrid I
					Bloque VIH/SIDA Salón Madrid II
		13:00 – 17:00	Bloque Parasitología (1) Salón Madrid I	13:00 - 15:30	Bloque Embarazo, Hipertensión arterial, Síndrome metabólico, Psiquiatría Salón Madrid I
			Bloque Proyecto Prevalencia de Cáncer en Honduras Salón Madrid II		
			Bloque Parasitología (2) Salón Madrid I		Bloque Salud Pública Salón Madrid II
			Bloque ORL Salón Madrid II		
				15:30	Clausura Salón Madrid I

CONTENIDO

	Pág.
Autoridades Facultad de Ciencias Médicas y Comité Organizador de la XVI Jornada Científica y III Congreso de Investigación de las Ciencias de la Salud.....	6
Normas Generales.....	7
Programa Ceremonia de Inauguración.....	9
Programa Ceremonia de Apertura.....	10
Programa Ceremonia de Clausura.....	10
Palabras del Coordinador General.....	11
Reseña biográfica de Rina Girard de Kaminsky, MSc.....	14
Programa Científico.....	18
Resúmenes	
Conferencias.....	28
Trabajos Libres.....	37
Indice de autor.....	80
XVII Jornada Científica y IV Congreso de Ciencias de la Salud.....	86
Instrucciones para la preparación de resúmenes.....	86
Patrocinadores.....	90

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE HONDURAS

AUTORIDADES DE LA FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

DECANO POR LEY: Dr. Dagoberto Espinoza M.

SECRETARIA: Licda. Trinidad de Jesús Vásquez

UNIDAD DE INVESTIGACIÓN CIENTÍFICA

**XVI JORNADA CIENTÍFICA Y III CONGRESO NACIONAL
DE INVESTIGACIÓN DE LAS CIENCIAS DE LA SALUD
23-25 DE SEPTIEMBRE DE 2009**

COMITÉ ORGANIZADOR

Coordinador General

Dr. Denis Padgett Moncada

Sub-Coordinador

Dr. Roberto O. Tinoco

Secretaria

Lic. Elizabeth Paguada

Comité Científico

Dra. Jackeline Alger

Dra. Manuel Sierra

Dr. Denis Padgett Moncada

Comité Financiero

Dra. Edna Maradiaga

Comité Socio Cultural

Dr. Ivan Espinoza

Comité de Publicidad

Lic. Mauricio Gonzales

Dra. Eleonora Espinoza

Comité de Apoyo Logístico

Dr. Gustavo Moncada

Dra. Yeny Chavarría

Lic. Luis Edgardo Aranda

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 Programa Científico y Compendio de Resúmenes 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 buscapersonas durante las conferencias para no interrumpir las presentaciones.
5. Por ser la FCM una institución adherida al Convenio Marco contra el tabaquismo, se prohíbe que los asistentes fumen en los salones próximos al 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 suficiente 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 *currículum 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 *currículum 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 diez minutos (preguntas y respuestas) y la luz roja indica que el tiempo finalizó.
 6. Preparar 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 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 ser la FCM una institución adherida al Convenio Marco contra el tabaquismo, se prohíbe que los asistentes fumen en los salones próximos al evento.
4. Hablar en voz baja, si fuera necesario, en los pasillos adyacentes a la Sala de Conferencias.

PROGRAMA CEREMONIA DE INAUGURACION

Miércoles 23 de septiembre, 2009

Lugar: Salón Viena, Hotel Clarión

Horario: 7:30 – 10:00 pm

Dr. Renato Valenzuela, Maestro de Ceremonia

1. Himno Nacional de Honduras.
2. Palabras de Bienvenida a la XVI Jornada Científica y III Congreso de Investigación de Ciencias de la Salud. Dra. Edna Maradiaga, Unidad de Investigación Científica, Facultad de Ciencias Médicas.
3. Presentación de la XVI Jornada Científica y III Congreso de Investigación en Ciencias de la Salud. Dr. Denis Padgett, Coordinador General Comité Organizador.
4. **1C. Reseña histórica de las Jornadas Científicas y Congresos de Investigación como plataforma de intercambio y difusión de la producción científica para la salud en la sociedad hondureña.** Edna Maradiaga, Jackeline Alger, Yeny Chavarría, Iván Espinoza, Eleonora Espinoza, Mauricio Gonzales, Gustavo Moncada, Elizabeth Paguada, Denis Padgett, Manuel Sierra. Unidad de Investigación Científica, Facultad de Ciencias Médicas, UNAH, Tegucigalpa.
5. Reseña biográfica de Rina Girard de Kaminsky. MSc. Dra. Jackeline Alger, Comité Científico.
6. Palabras de Inauguración. Dr. Dagoberto Espinoza M., Decano de la Facultad de Ciencias Médicas.
7. Participación Escuela Nacional de Música
8. Agasajo.

PROGRAMA CEREMONIA DE APERTURA

Jueves 24 de Septiembre, 2009

Lugar: Salones Madrid I y II

Horario: 8:30 – 9:00 am

Dra. Jackeline Alger, Maestra de Ceremonia

1. Himno Nacional de Honduras.
2. Palabras de Apertura de la XVI Jornada Científica y III Congreso de Investigación de Ciencias de la Salud. Dra. Edna Maradiaga, Unidad de Investigación Científica, Facultad de Ciencias Médicas.
3. Sesión Plenaria *Hacia un Sistema Nacional de Investigación para la Salud Participativo.*

PROGRAMA CEREMONIA DE CLAUSURA

Viernes 25 de Septiembre, 2009

Lugar: Salón Madrid I

Horario: 3:30 – 5:00 pm

Dr. Iván Espinoza Salvadó, Maestro de Ceremonia

1. Himno Nacional de Honduras.
2. Lo que aconteció en la XVI Jornada Científica y III Congreso de Investigación de las Ciencias de la Salud. Dr. Denis Padgett, Coordinador General Comité Organizador.
3. Invitación a la XVII Jornada Científica y III Congreso de Investigación de Ciencias de la Salud. Dra. Edna Maradiaga, Unidad de Investigación Científica, Facultad de Ciencias Médicas.
4. Palabras de Clausura. Dr. Dagoberto Espinoza M., Decano de la Facultad de Ciencias Médicas.
5. Agasajo.

PALABRAS DEL COORDINADOR GENERAL

Hacia un Sistema Nacional de Investigación para la Salud Participativo es el lema de la XVI Jornada Científica y III Congreso de Investigación de las Ciencias de la Salud, destacando la urgencia que existe en nuestro país de definir políticas y prioridades nacionales para la investigación en salud en el marco de un sistema nacional que asegure la calidad, la oportunidad y la sostenibilidad de las acciones.

¿Qué es un Sistema Nacional de Investigación en Salud? La Organización Mundial para la Salud (OMS) lo define de la manera siguiente: "La gente, las instituciones y las actividades cuya meta primordial es la de generar conocimiento de alta calidad que pueda utilizarse para promover, restaurar o mantener el estado de salud de las poblaciones. Este sistema debería incluir los mecanismos adoptados para alentar la utilización de la investigación".¹ Existen elementos clave en un Sistema Nacional de Investigación en Salud como ser, entre otros: 1) Definición del marco legal, regulaciones y algunos mecanismos y componentes que se integren adecuadamente; 2) Fortalecimiento de la capacidad institucional, con un número creciente de instituciones que crean políticas y conducen la investigación; 3) Existencia de un marco jurídico en salud y otras áreas de investigación existentes; 4) Existencia de investigadores en salud y otros científicos bien capacitados, y de equipo y tecnología para la investigación científica; 5) Aseguramiento de financiamiento para la investigación en salud disponible; 5) El sistema debe de ser activo y producir investigación; 6) El sistema tiene una orientación clara hacia la investigación biomédica.

En Honduras, la mayoría de los proyectos de investigación y publicaciones en salud desarrollados hasta el presente, son productos de esfuerzos individuales o de grupos de investigadores. La investigación científica en el área de la salud en nuestro país se realiza en forma fragmentada en el seno de la Facultad de Ciencias Médicas y la Secretaría de Salud, incluyendo los programas de postgrado del sector público y privado ó de programas de residencia médica en el Hospital Escuela.² Sin embargo, el esfuerzo individual, grupal ó institucional en forma aislada y/o no coordinada es insuficiente para el desarrollo sostenible de las investigaciones realizadas en el país, si no existen políticas de estado sobre investigación para la salud y un Sistema Nacional de Investigación para la Salud. El número de publicaciones, así como el de investigadores y del gasto destinado a investigación y desarrollo (I+D) de Honduras, se encuentran entre los más bajos de la región centroamericana y no existe una política nacional ni legislación específica para la investigación en salud. Se conoce que el 97% de las actividades de investigación y desarrollo se lleva a cabo en 42 países desarrollados.³ Sin embargo, durante la última década algunos países latinoamericanos como Costa Rica, Cuba, México, Brasil y Ecuador han realizado inversiones consistentes y sustanciales en investigación para la salud y han desarrollado y fortalecido sus Sistemas Nacionales de Investigación para la Salud con experiencias exitosas en el avance del desarrollo científico y tecnológico de la región.

A nivel mundial, latinoamericano, el Caribe e Iberoamérica, existen redes de investigación en salud como la Red Iberoamericana Ministerial de Aprendizaje e Investigación en Salud (RIMAIS), la red para políticas fundamentadas en evidencias (EVIPnet), la Red de Investigación de Sistemas y Servicios de Salud del Cono Sur (REDISS), el Consejo de

¹ WHO Health Research Survey-2004

² Disponible en <http://www.cohred.org/sites/default/files/backgroundpapers/Honduras.pdf> (acceso agosto 2009)

³ Mem Inst Investig Cienc Salud; 2008; 6 (1): 3-4.

Investigación en Salud para el Desarrollo (COHRED), y el Foro Mundial para la Investigación en Salud (Foro Mundial). En la Primera Conferencia Latinoamericana sobre Investigación e Innovación para la Salud, realizada en Río de Janeiro, Brasil, en abril del 2008, organizada por el Ministerio de Salud de Brasil, COHRED, la OPS/OMS y el Foro Mundial, se reunieron participantes de países de Latinoamérica y el Caribe, de las áreas de salud (Ministerios, Universidades, Institutos), de Ciencia y Tecnología, representantes de agencias de desarrollo y de cooperación técnica, de redes y organizaciones de investigaciones, y organizaciones no gubernamentales (ONGs). En esta conferencia se enfatizó que el fortalecimiento y la rectoría de los Sistemas Nacionales de Investigación para la Salud y la cooperación regional en investigación científica y tecnológica, así como la formación de recursos humanos, son vitales para afrontar los retos de salud que persisten en la región afectando a los países más pobres y para disminuir asimetrías existentes entre los países.⁴

Existen limitantes importantes que Honduras debe de superar para la creación de un Sistema Nacional de Investigación para la Salud, entre ellas se mencionan: 1) La investigación en salud es especialmente limitada en el país; 2) El entrenamiento en investigación es débil dentro del país y la renovación de científicos bien capacitados, es baja; 3) Masificación de la educación hacia profesiones de duración corta y disminución del interés en carreras científicas de duración más larga; 4) Dificultad para obtener financiamiento basado en necesidades; 5) Carencia de articulación entre los diversos actores clave del sector salud. No hay reciprocidad entre las diferentes partes: recursos, investigadores, instituciones, y el deseo de cooperar es mínimo; 6) Las prioridades de la investigación de la salud no están bien definidas; 7) El país no cuenta con políticas ni con prioridades de investigación; 8) La investigación de la salud carece de un marco desde las perspectivas de las ciencias sociales; 9) Normas y estándares éticos débiles; 10) La coordinación y la información para evitar la duplicación de esfuerzos, son insuficientes; 11) La difusión de la información científica es pobre en el nivel nacional; 12) Los grupos de interés de la investigación imponen sus prioridades por encima de una agenda más inclusiva de la investigación y el bienestar de la sociedad; 13) Falta de evaluación y seguimiento de proyectos y procedimientos de investigación; 14) Los procesos burocráticos consumen tiempo y esfuerzo y dificultan el uso adecuado de los recursos; 15) Falta de voluntad política para crear los cambios que permitan consolidar, o crear el sistema; 16) Salarios bajos, particularmente entre investigadores jóvenes, los conduce a buscar empleo en los países desarrollados que conlleva a una pérdida constante de recursos humanos capacitados; 17) Carencia de incentivos a los investigadores. La crisis económica global y nacional está conduciendo a una restricción en la disponibilidad de fondos públicos. Además, la ayuda de los organismos bilaterales y multi-laterales se ha debilitado, y tiende a concentrarse en el soporte de consultores externos. Finalmente, es importante mencionar el deterioro de las condiciones de salud en el país (enfermedades infecciosas, crónicas y epidémicas están aumentando). Quizás el principal factor sea el incremento de la pobreza y la baja educación alrededor del país, que contribuyen a deteriorar las condiciones de vida y a crear problemas de salud pública.

La creación de un Sistema Nacional de Investigación para la Salud es una necesidad del país y una tarea pendiente en la que todas las personas e instituciones relacionadas con la salud (Secretaría de Salud, COHCIT, universidades públicas y privadas, institutos de investigación, prestadores de servicios en salud y otras), deben participar y colaborar. Debe existir además un compromiso político del Estado con la investigación en salud, un entorno favorable a la investigación con establecimiento de prioridades de investigación en salud, un marco político

⁴ Rev Med Hondur 2008; 76: 88-93.

y organismos de gestión, estrategias para la formación de recursos humanos en investigación, financiación estable y marcos regulatorios firmes. Todo lo anterior en concordancia y armonía con la Política de Investigación para la Salud de la OPS/OMS.⁵

En esta XVI Jornada Científica y III Congreso de Investigación de las Ciencias de la Salud tendremos 70 participaciones de colegas profesionales y estudiantes, de pregrado y postgrado, dentro y fuera de la Facultad de Ciencias Médicas, incluyendo la Secretaría de Salud, tanto el nivel central como regional departamental, e instituciones privadas. Se ha programado la presentación de 55 Trabajos Libres, 25 trabajos científicos, 19 casos clínicos y 11 experiencias, distribuidos en una sesión plenaria dedicada a los Sistemas Nacionales de Investigación para la Salud y 10 bloques sobre temas prioritarios, entre ellos Parasitología, Cáncer, Otorrinolaringología, Endocrinología Pediátrica, Patología, Psiquiatría y Salud Pública.

En este marco, donde por un lado discutimos aspectos de la ruta para construir un Sistema Nacional de Investigación para la Salud en Honduras y por otro estamos presentando un número importante de trabajos libres que representan la producción científica de nuestra Facultad y de nuestros colaboradores, nos complace rendir homenaje a una profesional de la salud, Rina Girard de Kaminsky, MSc, quien es un ejemplo por su larga trayectoria y producción científica como académica y como investigadora, y un modelo de cómo las funciones asistenciales, académicas y científicas deben conjuntarse en un hospital universitario. Su postulación por parte de la Asociación de Estudiantes de Medicina de Honduras (ASOCEMH) fue muy bien acogida y ratificada por el cuerpo docente y administrativo de la Facultad de Ciencias Médicas.

Es un orgullo contar este año con el Programa Científico y Compendio de Resúmenes como un suplemento de la Revista de la Facultad de Ciencias Médicas. En nombre de mis compañeros del Comité Organizador de la XVI Jornada Científica y III Congreso de Investigación de las Ciencias de la Salud y en el mío propio, deseo que disfruten y aprovechen estos eventos científicos que con mucho esmero organizado con el apoyo de todos nuestros colaboradores y patrocinadores, a quienes expresamos nuestro profundo agradecimiento.



Dr. Denis Padgett Moncada
Coordinador General

Comité Organizador de la XVI Jornada Científica y III congreso de Investigación de las Ciencias de la Salud

⁵ Disponible en http://new.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=2632&Itemid (Acceso agosto 2009).

RESEÑA BIOGRAFICA DE RINA GIRARD DE KAMINSKY, MSc.



Rina Lissette Girard Rivas de Kaminsky, la doctora Kaminsky como la conocemos, vio la luz por primera vez en su amada Tegucigalpa, por aquellas épocas en que esta tierra todavía respiraba aires perfumados por los pinos de los picachos y en el invierno boreal, el rocío se escarchaba en los alares de los tejados y sobre jardines y engramados. De evidente ascendencia gala, combinada con su urdimbre lenca, vivió su infancia y adolescencia en los duros momentos de la II gran conflagración mundial y la dolorosa recuperación de la postguerra, lo que forjó el temple de su recia personalidad, enorme disciplina y entrega a la causa en la que se cree. Enclavado en las faldas del Picacho que descienden a las vegas del río Choluteca, el barrio La Leona es uno de esos espacios urbanísticos de enamoramiento en la antañona Capital, en donde Rina creció y se desarrolló de la mano de sus padres, especialmente con don Tadeo Girard, inmigrante ruso, que le brindó el mayor espacio para su desarrollo profesional y lingüístico. Recordamos que don Tadeo era profesor de francés en el Instituto Central, aparte de dar clases privadas de cualquiera de los 8 idiomas que al igual que su padre dominaba. Abuelo, padre e hija políglotas, pues Rina domina seis. De otra parte, de su madre, Camila Estela Rivas Bustamante de Girard, heredó el empeño en el trabajo y los primorosos artes manuales e intelectuales, desarrollando habilidades de un instinto constantemente renovador y vivificante. En la casa de La Leona reside con su esposo, el doctor don Donald Kaminsky, quien ha sido su amoroso bastión y apoyo absoluto en sus iniciativas profesionales. Ahí se ha rodeado de sus queridas mascotas, gatos, perros y aves, y de numerosas y exuberantes plantas. Sus hijas Rina y Lisa, y su nieta Sofía, quienes residen fuera del país, acompañan con el corazón a su madre y abuela en esta Ceremonia.

Algunos de sus compañeros de promoción del Central expresan que Rina siempre fue de carácter fuerte, igual al de su padre quien expresaba: *“mi hija es como el impulso de 10 locomotoras juntas, no una”*. Inquieta, pulcra, incisiva, no se quedaba callada con lo que no le parecía, siempre fue la más aventajada de la clase; aparte del liderazgo nato de ser la presidenta del curso en un par de oportunidades, era la organizadora principal de los eventos sociales (las famosas *kermesses*, danzas folclóricas y otros). También fue considerada como una de las más guapas de las cuatro mujeres del curso de bachillerato y, por supuesto, de la sociedad capitalina. El doctor don Ramón Pereira, compañero de aquel entonces, la define como *“una de las verdaderas estrellas del Instituto Central”*.

En 1960 llegó a la UNAH, cuando apenas despertaba la segunda reforma política del país, que dejó huella de transformaciones institucionales de grandes repercusiones en la salud pública y la formación de los recursos humanos en salud, matriculándose en el curso para Técnico de Laboratorio que había sido organizado desde la Facultad de Química y Farmacia; ahí se formó en el apasionante mundo del microscopio, los reactivos, las coloraciones y todas esas intrincadas labores propias del diagnóstico clínico aplicado a las ciencias. Su principal maestro, el doctor don Edmundo Poujol expresa que fue su mejor alumna, y, con cierto encanto de maestro satisfecho del alumno inquisidor de ciencia, cuenta que en una ocasión le dijo a propósito de alguna aseveración: *“no le creo”*, como queriendo desafiar la falibilidad del científico, tal lo pudiera hacer consigo misma al cuestionar el dogma versus la incertidumbre del método y la técnica. Se graduó en 1964, para luego trasladarse a

Hamburgo, Alemania, donde perfeccionó su formación en Parasitología, Micología y Microbiología.

Si hay algo por lo que se conoce ampliamente a la Dra. Kaminsky, incansable lectora y asidua visitante de bibliotecas, es por su devoción a la academia. Más de cuarenta años de experiencia docente son su mejor testimonio. Se inició justamente en la UNAH, en 1967, como instructora de Parasitología de la Facultad de Medicina. Posteriormente, de 1968 a 1972 realizó la Maestría de Ciencias (MSc) en Parasitología, quedando pendiente por escasos créditos la obtención del Doctorado de Filosofía (PhD), en la Universidad de Tulane, de la mano del insigne parasitólogo Paul C. Beaver y de los profesores Maurice D. Little, Thomas C. Orihel y Antonio D'Alessandro. A Tulane y en la persona del Dr. D'Alessandro, Rina ha rendido justo tributo al nombrar al "Laboratorio Docente Antonio D'Alessandro" ubicado en el Servicio de Parasitología del Departamento de Laboratorios Clínicos del Hospital Escuela, donde siempre ha proyectado su inspirador espíritu docente aunado al trabajo reconfortante de apoyo asistencial.

Terminada su formación de postgrado en Nueva Orleans (1972), estuvo en Minas de Geráis, Brasil, donde se desempeñó como docente de Parasitología, adscrita a la Facultad de Medicina de la Universidad Estatal de Minas (1973-74). Luego, de 1975 a 1977, en igual cargo en la Universidad de Nairobi, Kenia, donde se hacía entender en la lengua natal swahili. Entre 1978 y 1980 estuvo en Túnez y Suazilandia, países donde desarrolló la estrategia en salud pública de laboratorios rurales. De esa época data su unión con su esposo, con quien retornó al país a inicio de los 80's, para desarrollar un proyecto conjunto HOPE/Ministerio de Salud/IHSS/UNAH, adscribiéndose como profesora al Departamento de Microbiología. "*Le dio vuelta a la Parasitología, increíble lo que hizo...organizó la moderna Parasitología...*", es la impresión del Dr. Poujol, al observar cómo logró una colección de parásitos con más de 1,500 preparaciones; para ello no le importó ir al rastro municipal a recoger muestras de animales sacrificados, aunque ello implicase regresar llena de residuos indeseables. Modificó el sistema de estudios en la cátedra, fue un ejemplo de orden, rigor y exigencia académica, que le valió su traslado al Hospital Escuela pero dependiendo ya de la Dirección de Investigación Científica de la UNAH.

En esa institución logró establecer lo que es hoy un laboratorio modelo de atención asistencial y docente, quizás, de los escasos reductos ejemplares que quedan después de la separación nefasta de las funciones docente-asistenciales. El doctor don Carlos A. Javier, quien le dio gran apoyo en la iniciativa, dice: "*conozco a Rina desde 1967, cuando yo cursaba el 5to año de la Carrera de Medicina, tiempo en que egregias figuras como los doctores don Enrique Aguilar Paz y don Jorge Haddad dirigían la Facultad...ella recién regresaba de Hamburgo, siendo incorporada al cuerpo docente de la escuela para dar prácticas de Parasitología a los estudiantes en una sala que se había acondicionado en el Departamento de Pediatría, con un pequeño microscopio...la volví a ver hasta el año 1980, en ocasión de que ella se trasladara físicamente a desempeñar su trabajo en el Hospital Escuela, por lo que como Jefe del Servicio de Microbiología Clínica, del cual dependía entonces el laboratorio de Parasitología, la invité a ocupar el espacio donde se ha desempeñado por muchos años...la época de 1980 a 1997 fue maravillosa, se trabajaba con entusiasmo en docencia y asistencia, había buena interacción con los servicios clínicos y se mantenían programas de educación continua espontánea (sin necesidad de certificados ni puntajes), uno de ellos era la sesión de los jueves con el Dr. don Hernán Corrales Padilla, donde se discutían temas y problemas clínicos de interés práctico, aderezados por la "fineza" que no le faltaba al Maestro, tratando así de mantener viva la llama que significaba para*

nosotros la insigne institución como hospital universitario...” Basada en el Departamento de Laboratorios Clínicos y desempeñando funciones como jefe del Servicio de Parasitología, Rina imparte clases de Parasitología a estudiantes de la Carrera de Medicina rotando por la pasantía de Pediatría desde 1990 hasta el presente. A partir del año 2007 está adscrita al Departamento de Pediatría de la Facultad de Ciencias Médicas, UNAH. Fue nombrada Profesora Titular V en el año 2004.

Es una realidad que la Parasitología en Honduras puede describirse antes y después de Rina G. de Kaminsky. Entre sus aportes científicos y académicos más importantes para el desarrollo del conocimiento de la Parasitología en el país podemos señalar los siguientes: 1) Correcta identificación taxonómica de especies de *Taenia* (*T. solium* y *T. saginata* separadas de *H. nana*); 2) Descripción por primera vez en el país de *Cryptosporidium* spp., *Isospora belli*, *Cyclospora cayetanensis* y *Ancylostoma duodenale*; 3) Hallazgos de focos epidemiológicos de *Angiostrongylus costarricensis* demostrando el parásito en roedores y babosas; 4) Destacar la importancia en salud pública de la teniasis/cisticercosis a través de encuestas de teniasis en áreas rurales, y la facilitación del desarrollo e implementación de una prueba serológica para cisticercosis; 5) Introducción del objetivo de inmersión en el examen de rutina para protozoos intestinales para su correcta visualización e identificación; 6) Implementación de coloraciones para diferentes diagnósticos: hematoxilina-férrica (flagelados y amebas), acidorresistente modificada (apicomplexa intestinales), tricómico modificado (microsporidia intestinales), carmín y tinta china (*Taenia* spp.); 7) Introducción de los métodos diagnósticos cuenta de huevos, Sheather, formalina acetato de etilo, Kato y Kato-Katz, Baermann, migración de larvas en agar, Harada-Mori; fijación, aclaración y montaje de nemátodos para enseñanza; lavado de heces, identificación de insectos; 8) Formación de recurso humano: estudiantes de las carreras de Medicina y Microbiología, docentes y personal de laboratorio clínico de diferentes niveles; 9) Producción de material de enseñanza: descripción del contenido de cinco asignaturas de Parasitología, preparaciones microscópicas y macroscópicas, producción de ayudas audiovisuales, guías para el desarrollo del laboratorio en cinco asignaturas diferentes, Guía de Teoría y Práctica para estudiantes de 5to y 7mo Año de Medicina; 10) Creación y mantenimiento de un Laboratorio Docente para la Facultad de Ciencias Médicas y una colección, *el Museo*, de piezas postoperatorias y parásitos *in toto* de demostración para enseñanza; 11) Nutrida producción científica que incluye más de 50 publicaciones en revistas nacionales e internacionales, capítulos de libros, manuales de diagnóstico de laboratorio y de manejo clínico (con esta y otra información mantiene actualizadas las páginas dedicadas a las parasitosis en la Biblioteca Virtual en Salud de Honduras, www.bvs.hn); y 12) Proyección internacional del país (subregional, regional y mundial) a través de membresía en sociedades, asociaciones y federaciones de Parasitología; participación en congresos y cursos como expositora y profesora invitada, colaboración con instituciones y universidades y consultoría a organismos de cooperación externa. Muchas de estas actividades financiadas con sus propios fondos y requiriendo sobrepasar obstáculos locales. La Dra. Jackeline Alger, inducida a la ciencia de la Parasitología después del trabajo de tesis de la Carrera de Medicina realizado bajo la tutela de la Dra. Kaminsky en 1986, dice “*No sabemos hasta dónde habiéramos llegado en el desarrollo de la Parasitología en Honduras, si Rina hubiese tenido desde el inicio el apoyo decidido de las autoridades tanto universitarias como de la Secretaría de Salud y el país hubiese tenido una visión seria de cómo abordar las parasitosis tan prevalentes y desatendidas. Podríamos ser líderes subregionales y contar con exitosos programas de prevención y control impulsados por recurso humano adecuadamente formado*”.

Rina es co-fundadora y ex Directora Ejecutiva del Instituto de Enfermedades Infecciosas y Parasitología Antonio Vidal y de la efímera Fundación de Apoyo a la Enseñanza e Investigación de las Ciencias Médicas, y ha sido por muchos años incansable colaboradora en las actividades de la Sociedad Hondureña de Enfermedades Infecciosas. A su tesonero esfuerzo se debe que el Instituto Antonio Vidal tenga personalidad jurídica. En el año 2000 fundó la Asociación Hondureña de Parasitología en la cual se desempeña como miembro de la Junta Directiva, siendo el motor organizador de tres Congresos Nacionales de Parasitología (2001, 2004, 2006), el primero de los cuales se realizó en conjunto con el V Congreso de la Asociación Centroamericana de Parasitología y Medicina Tropical.

Rina Kaminsky, doña Rina, es de esas mujeres que dejan en el pensamiento los dibujos del ideal humano de la perfección, o más bien de lo perfectible, porque aquello sólo es potestad del Creador del universo. Lo que resalta en ella es el espíritu de hacer las cosas bien y en todo momento, en gerencia le dicen a eso garantía de calidad, expresando en cada instante una disciplina inquebrantable que roza con la severidad medieval. La Dra. Kaminsky es altamente meritoria de este Homenaje brindado hoy, en el marco de la XVI Jornada Científica y III Congreso de Investigación en las Ciencias de la Salud, por sus compañeros de trabajo, colegas y estudiantes, con el acompañamiento de su familia y amigos.

Dr. Jorge A. Fernández

Dra. Jackeline Alger

Dr. Carlos A. Javier

Instituto de Enfermedades Infecciosas y Parasitología Antonio Vidal

PROGRAMA CIENTIFICO

Jueves 24 de septiembre

Jornada matutina, SALONES Madrid I y II

Hora	Presentaciones Plenarias
8:00 – 15:00	Inscripción
8:30	Programa Apertura: Maestra de Ceremonia, Jackeline Alger
9:00	Hacia un Sistema Nacional de Investigación para la Salud Participativo Moderador(a): Jackeline Alger
9:30	2C. Sistemas Nacionales de Investigación para la Salud en América Latina: una revisión de 14 países. <u>Jackeline Alger</u> , ¹ Andrew Kennedy, ² Francisco Becerra, ³ Grupo Colaborativo de la Primera Conferencia Latinoamericana sobre Investigación e Innovación para la Salud. ¹ Facultad de Ciencias Médicas, Universidad Nacional Autónoma de Honduras y Hospital Escuela, Secretaría de Salud, Tegucigalpa, Honduras; ² Council on Health Research for Development (COHRED), Geneva, Switzerland; ³ COHRED Latinoamerica, Mexico DF.
9:30	3C. Proceso de construcción de las líneas prioritarias de investigación para la salud en la Facultad de Ciencias Médicas, UNAH. <u>Gustavo Moncada</u> , Jackeline Alger, Yeny Chavarría, Iván Espinoza, Eleonora Espinoza, Mauricio Gonzales, Edna Maradiaga, Elizabeth Paguada, Denis Padgett, Manuel Sierra. Unidad de Investigación Científica, Facultad de Ciencias Médicas, UNAH, Tegucigalpa.
10:00 - 10:30	Refrigerio
10:30	4C. Como formular propuestas temáticas para un sistema de investigación en salud con enfoque participativo. Ana Corina Hernández Rodríguez. Postgrado Latinoamericano en Trabajo Social, UNAH, Tegucigalpa.
11:10	5C. Estudiar e investigar en Alemania. Información general sobre el Programa de Becas del DAAD. <u>Corina Hernández</u> , ¹ Roberto Obdulio Tinoco, ² Rafael Delgado. Servicio de Enlaces del DAAD (Servicio Alemán de Intercambio Académico). ¹ Postgrado Latinoamericano en Trabajo Social; ² Facultad de Ciencias Médicas; UNAH, Tegucigalpa.
11:50	1T. Análisis de la literatura médica publicada en revistas nacionales como una herramienta de enseñanza – aprendizaje utilizada en los cursos de metodología de la investigación que imparte la Unidad de Investigación Científica (UIC), Facultad de Ciencias Médicas (FCM), UNAH. <u>Edna Maradiaga</u> , Jackeline Alger, Yeny Chavarría, Iván Espinoza, Eleonora Espinoza, Mauricio Gonzales, Gustavo Moncada, Elizabeth Paguada, Denis Padgett, Manuel Sierra. Unidad de Investigación Científica, Facultad de Ciencias Médicas, UNAH, Tegucigalpa.
12:05 - 13:00	Receso

Jueves 24 de septiembre
Jornada vespertina, SALON MADRID I

Hora	Presentaciones por bloques
	<p>Área temática: Parasitología Instituto de Enfermedades Infecciosas y Parasitología Antonio Vidal (IAV); Sociedad Hondureña de Enfermedades Infecciosas (SHEI); Asociación Hondureña de Parasitología (AHPA); Programa Nacional de Prevención y Control de la Enfermedad de Chagas, Secretaría de Salud; Agencia Japonesa de Cooperación Internacional (JICA). Moderador(a): Jackeline Alger</p> <p>Conferencia magistral</p> <p>13:00 6C. Presente y futuro de las drogas antiparasitarias. Tito Alvarado. Servicio de Infectología, Departamento de Medicina Interna, Hospital Escuela, Tegucigalpa.</p> <p>Trabajos Libres</p> <p>13:40 2T. Caracterización de las infecciones por <i>Strongyloides stercoralis</i>. <u>Rina Girard de Kaminsky</u>,¹ Lysien Zambrano,² Carol Sevilla,² Carlos Sanchez,² Selvin Reyes.² ¹Departamento de Pediatría; ²Alumnos VII Año Carrera de Medicina; Facultad de Ciencias Médicas, UNAH, Tegucigalpa.</p> <p>13:55 3T. Informe de un caso de malaria falciparum complicada con antecedente de residir en Ghana, Africa, país con resistencia reconocida a la cloroquina, Tegucigalpa, Honduras. <u>Juan Carlos Zapata</u>,¹ Jackeline Alger.² ¹Gastroenterología, La Policlínica; ²Servicio de Parasitología, Departamento de Laboratorios Clínicos, Hospital Escuela; Tegucigalpa.</p> <p>14:10 4T. Malaria transfusional: informe de un caso sospechoso investigado en el Hospital Escuela, Tegucigalpa, agosto 2008. Jackeline Alger,¹ <u>Jorge García</u>,^{1,2} Elizabeth Vinelli,³ Juana Lozano.³ ¹Servicio de Parasitología, Departamento de Laboratorios Clínicos, Hospital Escuela; ²Proyecto Fondo Mundial Componente Malaria; ³Cruz Roja Hondureña.</p> <p>14:25 Conferencia magistral</p> <p>7C. Epidemiología de la Enfermedad de Chagas en Honduras, año 2004 - 2008. <u>Concepción Zúniga</u>,¹ Jiro Nakamura,² Ken Hashimoto.² ¹Programa Nacional de Prevención y Control de la Enfermedad de Chagas y Leishmaniasis, Secretaría de Salud; ²Agencia de Cooperación Internacional de Japón – JICA; Tegucigalpa, Honduras.</p>
15:00 – 15:30	Refrigerio
	<p>Área temática: cont. Parasitología Moderador(a): Jackeline Alger</p> <p>Trabajos Libres</p> <p>15:30 5T. Experiencia de control y vigilancia comunitaria de la Enfermedad de Chagas en el Municipio de Corquín, Departamento de Copán, Honduras, Centro América. <u>Antonio Zaldivar Chacón</u>,¹ Luis Edgardo Tabora,² Ken Hashimoto.³ ¹Técnico de Salud Ambiental Santa Rosa de Copán, ²Técnico de Salud Ambiental Corquín, Secretaría de Salud; ³Agencia de Cooperación Internacional del Japón – JICA.</p> <p>15:45 6T. Experiencia vivida durante las actividades de la enfermedad de Chagas en el Municipio de Dolores, Intibucá, 2004-2009. <u>Bielka Pineda</u>,¹ Gaspar Reyes,¹ Lexsy Iliana Calix,¹ Roger Reyes,² Luis Israel Girón.² ¹Centro de Salud de Dolores; ²Región Departamental de Salud, Intibucá; Secretaría de Salud.</p>

16:00	7T.	Vigilancia de la enfermedad de Chagas en en el sector de San José de la Reunión en el Municipio de Ocotepeque, Depto. de Ocotepeque de 2004-2008. <u>José German Lopez</u> , ¹ Toshitake Nishihara, ² Jorge Henrriquez, ³ Hernan Chinchilla. ³ ¹ Centro de Salud de Ocotepeque, Secretaría de Salud; ² Agencia de Cooperación Internacional del Japón-JICA; ³ Región Departamental de Salud, Ocotepeque, Secretaría de Salud.
16:15	8T.	Avances del sistema de vigilancia de la Enfermedad de Chagas en el Centro de Salud Rincón del Buey, Copán Ruinas. <u>Lucia Yesenia García</u> , ¹ Ritza Suazo, ² Emiliano López, ³ José Luis Torres, ² Doris Ramírez, ¹ Martín Pineda, ¹ Ken Hashimoto. ⁴ ¹ Centro de Salud Rincón del Buey, Copán Ruinas, ² Centro de Salud Copán Ruinas, ³ Centro de Salud La Entrada, Secretaría de Salud; ⁴ Agencia de Cooperación Internacional del Japón-JICA.
16:30	9T.	Experiencia de la vigilancia de la Enfermedad de Chagas en el municipio de San Marcos de la Sierra, Departamento de Intibucá, año 2009. <u>Luis Berrios</u> , ¹ Orlando Medina, ¹ Roger Reyes, ² Luis Israel Girón. ² ¹ Centro de Salud de Dolores, Intibucá, Secretaría de Salud; ² Región Departamental de Salud, Intibucá, Secretaría de Salud.
16:45	10T.	Participación comunitaria en el control y la vigilancia epidemiológica de la Enfermedad de Chagas en el municipio de Santa Cruz, Lempira, 2004 -2009. <u>Elvin Antonio Rodríguez</u> , ¹ José Edman Muñoz, ¹ Kiyoko Izumi, ² Ken Hashimoto, ² Concepción Zúniga, ³ Noel Guerra. ⁴ ¹ Unidad de Salud de Santa Cruz; ² Agencia de Cooperación Internacional del Japón – JICA; ³ Programa Nacional de Prevención y Control de la Enfermedad de Chagas, Secretaría de Salud; ⁴ Región Sanitaria de Lempira.
17:00	Cierre de presentaciones	

Jueves 24 de Septiembre
Jornada Vespertina, SALON MADRID II

Hora	Presentaciones por bloques
	<p>Área Temática: Cáncer Unidad de Investigación Científica, FCM; Programa Nacional de Cáncer, Secretaría de Salud; Centro de Cáncer Emma Romero de Callejas. Moderador(a): Elizabeth Paguada</p>
13:00	<p>Conferencia magistral 8C. Epidemiología, control y prevención del Cáncer. Flora Duarte, Jacqueline Figueroa, <u>Mario Sánchez</u>. Centro de Cáncer Emma Romero de Callejas Tegucigalpa, Honduras.</p>
13:30	<p>Trabajos Libres 11T. Estudio de prevalencia y mortalidad por cáncer en la población general en el periodo enero 2003 a diciembre 2007, en los municipios y/o zonas de influencia cubiertos por Médicos en Servicio Social: resultados preliminares y experiencia de una estrategia innovadora de investigación en temas prioritarios nacionales. <u>Manuel Sierra</u>,¹ Elizabeth Paguada,¹ Rosa Maria Duarte,² Jacqueline Figueroa,³ Mauricio Gonzales,¹ Jackeline Alger,¹ Eleonora Espinoza,¹ Iván Espinoza,¹ Edna Maradiaga,¹ Gustavo Moncada,¹ Denis Padgett.¹ ¹Unidad de Investigación Científica, Facultad de Ciencias Médicas, UNAH; ²Programa Nacional de Cáncer, Secretaría de Salud de Honduras; ³Centro de Cáncer Emma Romero Callejas; Tegucigalpa, Honduras.</p>
13:40	<p>12T. Caracterización clínica y epidemiológica del cáncer en el Hospital Manuel de Jesús Subirana, en la ciudad de Yoro, Yoro, Honduras, en el periodo 2003-2007. <u>Mauricio O. Martínez</u>,¹ Elizabeth Paguada,² Manuel Sierra,² Jackeline Alger,² Mauricio Gonzales.² ¹Médico en Servicio Social Período 2008-2009; ²Unidad de Investigación Científica, Facultad de Ciencias Médicas, UNAH, Tegucigalpa, Honduras.</p>
13:50	<p>13T. Estudio de prevalencia y mortalidad por cáncer en la población general en el período Enero 2003 a Diciembre 2007, en el municipio de Güinope, Departamento de El Paraíso, zona central de Honduras. <u>Diana V. Sierra</u>,¹ Elizabeth Paguada,² Manuel Sierra,² Jackeline Alger,² Mauricio Gonzales.² ¹Médico en Servicio Social Período 2008-2009; ²Unidad de Investigación Científica, Facultad de Ciencias Médicas, UNAH, Tegucigalpa, Honduras.</p>
14:00	<p>14T. Prevalencia y mortalidad por cáncer en la población general, patrones de prevención de los tipos de cáncer más frecuentes y los factores asociados en el municipio de Las Flores, Lempira, en el periodo enero 2003 a diciembre 2007. <u>Mirna L. Centeno</u>,¹ Elizabeth Paguada,² Manuel Sierra,² Jackeline Alger,² Mauricio Gonzales.² ¹Médico en Servicio Social Período 2008-2009; ²Unidad de Investigación Científica, Facultad de Ciencias Médicas, UNAH, Tegucigalpa, Honduras.</p>
14:10	<p>15T. Prevalencia y mortalidad por cáncer en la población general, patrones de prevención de los tipos de cáncer más frecuentes y los factores asociados en el municipio de Maraita, Francisco Morazán, en el periodo enero 2003 a diciembre 2007. <u>Ana Moradel</u>,¹ Elizabeth Paguada,² Manuel Sierra,² Ivan Espinoza,² Mauricio Gonzales.² ¹Médico en Servicio Social Período 2008-2009; ²Unidad de Investigación Científica, Facultad de Ciencias Médicas, UNAH, Tegucigalpa, Honduras.</p>
14:20	<p>16T. Estudio de prevalencia y mortalidad por cáncer en la población del municipio de La Paz, La Paz, en el periodo de Enero 2003 a Diciembre 2007. <u>Martha E. Perdomo</u>,¹ Elizabeth Paguada,² Manuel Sierra,² Mauricio Gonzales.² ¹Médico en</p>

14:30	<p>Servicio Social Período 2008-2009; ²Unidad de Investigación Científica, Facultad de Ciencias Médicas, UNAH, Tegucigalpa, Honduras.</p> <p>17T. Caracterización clínica y epidemiológica del cáncer en el Centro de Salud El Socorro, en el Municipio de San Jorge, Ocotepeque, Honduras, en el periodo 2003-2007. <u>Juan José Flores</u>,¹ Manuel Sierra,² Elizabeth Paguada,² Mauricio Gonzales.² ¹Médico en Servicio Social Período 2008-2009; ²Unidad de Investigación Científica, Facultad de Ciencias Médicas, UNAH, Tegucigalpa, Honduras.</p>
14:40	<p>18T. Prevalencia y mortalidad por cáncer en la población general, y factores de riesgo asociados, en el municipio de Trujillo, Colón en el periodo de enero 2003 a diciembre 2007. <u>Jared Isai Martínez Guzmán</u>,¹ Elizabeth Paguada,² Manuel Sierra,² Edna Maradiaga,² Mauricio Gonzales.² ¹Médico en Servicio Social Período 2008-2009; ²Unidad de Investigación Científica, Facultad de Ciencias Médicas, UNAH, Tegucigalpa, Honduras.</p>
14:50	<p>19T. Proporción y Mortalidad por Cáncer en la población general, patrones de prevención de los cánceres más frecuentes y factores asociados en el Hospital Departamental de San Marcos de Ocotepeque en el Periodo de Enero 2003 a Diciembre 2007. <u>Mirma Maldonado</u>,¹ Elizabeth Paguada,² Manuel Sierra,² Iván Espinoza,² Mauricio Gonzales.² ¹Médico en Servicio Social Período 2008-2009; ²Unidad de Investigación Científica, Facultad de Ciencias Médicas, UNAH, Tegucigalpa, Honduras.</p>
15:00-15:30	Refrigerio
	<p>Área temática: Otorrinolaringología Moderador(a): Eleonora Espinoza</p>
15:30	<p>9C. Traqueotomía: manejo. Roberto O. Tinoco. Enlace Servicio Alemán de Intercambio (DAAD)-UNAH, Facultad de Ciencias Médicas, Universidad Nacional Autónoma de Honduras.</p>
16:05	<p>10C. Quinolonas fluoradas en vía aérea superior. Raúl Zelaya Rodríguez, Servicio de Otorrinolaringología, Departamento de Cirugía, Hospital Escuela</p>
16:45	<p>20T. Fístula de canal semicircular lateral: presentación de un caso clínico. Jacobo Andres Batres Martinez. Postgrado de Otorrinolaringología, Hospital Escuela, UNAH, Tegucigalpa.</p>
17:00	Cierre de presentaciones

Viernes 25 de Septiembre
Jornada Matutina, SALON MADRID I

Hora	Presentaciones por bloques
	<p>Área temática: Endocrinología Pediátrica Moderador(a): Jackeline Alger</p> <p>Conferencia magistral</p>
8:00	<p>11C. Reseña histórica de la endocrinología pediátrica en Honduras y perspectivas de un servicio de atención especializada en el Departamento de Pediatría, Hospital Escuela, Tegucigalpa. <u>Guillermo Villatoro</u>, Lesby M. Espinoza. Servicio de Endocrinología, Departamento de Pediatría, Hospital Escuela, Tegucigalpa.</p>
8:30	<p>Trabajos Libres</p> <p>21T. Respuesta al tratamiento con hormona de crecimiento en pacientes atendidos por problemas endocrinológicos en el Hospital Escuela e Instituto Hondureño de Seguridad Social, Tegucigalpa. <u>Guillermo Villatoro</u>, Lesby M. Espinoza. Servicio de Endocrinología, Departamento de Pediatría, Hospital Escuela, Tegucigalpa.</p>
8:45	<p>22T. Síndrome de Klinefelter e hiperplasia suprarrenal congénita. Presentación de un caso clínico. <u>Karen Yulissa Córdova Láines</u>,¹ Lesby M. Espinoza,² Guillermo Villatoro.² ¹Postgrado de Pediatría, Hospital Escuela, UNAH; ²Servicio de Endocrinología, Departamento de Pediatría, Hospital Escuela, Tegucigalpa.</p>
9:00	<p>23T. Criptorquidia bilateral: acerca de un caso de hiperplasia suprarrenal congénita. <u>Paola Gonzales</u>,¹ Lesby M. Espinoza,² Guillermo Villatoro.² ¹Postgrado de Pediatría, Hospital Escuela, UNAH; ²Servicio de Endocrinología, Departamento de Pediatría, Hospital Escuela, Tegucigalpa.</p>
9:15	<p>24T. Diagnostico y tratamiento prenatal de hiperplasia suprarrenal congénita: informe de un caso clínico. <u>Gilma Castillo Morales</u>,¹ Lesby M. Espinoza,² Guillermo Villatoro.² ¹Postgrado de Pediatría, Hospital Escuela, UNAH; ²Servicio de Endocrinología, Departamento de Pediatría, Hospital Escuela, Tegucigalpa.</p>
9:30	<p>25T. Hipertiroidismo neonatal. <u>Mario Torres</u>,¹ Lesby M. Espinoza,² Guillermo Villatoro.² ¹Postgrado de Pediatría, Hospital Escuela, UNAH; ²Servicio de Endocrinología, Departamento de Pediatría, Hospital Escuela, Tegucigalpa.</p>
9:45	<p>26T. Diabetes mellitus Tipo 1: debut temprano. <u>Arturo Villatoro</u>,¹ Lesby M. Espinoza,² Guillermo Villatoro.² ¹Postgrado de Pediatría, Hospital Escuela, UNAH; ²Servicio de Endocrinología, Departamento de Pediatría, Hospital Escuela, Tegucigalpa.</p>
10:00-10:30	Refrigerio
	<p>Área temática: cont. Endocrinología, Pediatría Moderador(a): Jackeline Alger</p> <p>Trabajos Libres</p>
10:30	<p>27T. Neoplasia Endocrina Múltiple 2B. Guillermo Villatoro Godoy, <u>Lesby Espinoza Colindres</u>. Servicio de Endocrinología Departamento de Pediatría, Hospital Escuela, Tegucigalpa.</p>
10:45	<p>28T. Síndrome de Bardet-Biedl: Informe de un caso clínico. <u>Blanca L. Galo</u>,¹ Lesby M. Espinoza,² Guillermo Villatoro,² Ramón Alvarenga.³ ¹Postgrado de Pediatría, Hospital Escuela, UNAH; ²Servicio de Endocrinología, Departamento de Pediatría; ³Sección de Genética, Departamento de Laboratorios Clínicos y Departamento de Pediatría; Hospital Escuela, Tegucigalpa.</p>

11:00	29T. Microprolactinoma y macroprolactinoma: informe de tres casos. <u>Marissa Anariba</u> , ¹ Lesby M. Espinoza, ² Guillermo Villatoro. ² ¹ Postgrado de Pediatría, Hospital Escuela, UNAH; ² Servicio de Endocrinología, Departamento de Pediatría, Hospital Escuela, Tegucigalpa.
11:15	30T. Macroadenoma de hipófisis. <u>José Edgardo Hernández Monterroso</u> , Ena Miller. Departamento de Neurocirugía, Hospital Mario Catarino Rivas, San Pedro Sula, Honduras.
11:30	31T. Síndrome de Wiskott Aldrich (Inmunodeficiencia primaria mixta). <u>Ruth E. Funes</u> , ¹ <u>Virna Rivas</u> , ¹ José Antonio Samra. ² ¹ Alumnas VI Año Carrera de Medicina, Facultad de Ciencias Médicas, UNAH; ² Departamento de Pediatría, Facultad de Ciencias Médicas, UNAH; Tegucigalpa.
11:45	32T. Relación entre la percepción de conducta del maestro y la incidencia de trastorno de déficit de atención e hiperactividad. Rolando S. López. Postgrado de Psiquiatría, Universidad Nacional Autónoma de Honduras, Tegucigalpa.
12:00-13:00	Receso

Viernes 25 de septiembre
Jornada Matutina, SALON MADRID II

Hora	Presentaciones por bloques
	<p>Área temática: Enfermedades infecciosas, Patología Moderador(a): Denis Padgett</p> <p>Trabajos Libres</p>
8:00	33T. Factores asociados con infección neonatal por <i>Escherichia coli</i> en la Unidad de Neonatología, Hospital Dr. Juan Manuel Gálvez, Municipio de Gracias, Lempira, Honduras, marzo-mayo 2008. Doris Guillén, ¹ Norma Duarte, ² Fany García, ³ Jesús Monge. ⁴ ¹ Departamento de Medicina Interna, Hospital Dr. Juan Manuel Gálvez; ² Jefatura Médica Consulta Externa, Hospital Dr. Juan Manuel Gálvez; ³ Vigilancia de la Salud, Región Departamental de Salud No. 13; ⁴ Unidad de Salud Municipal, Municipio San Manuel, Región Departamental de Salud No. 13.
8:15	34T. Evaluación de la adherencia del personal de salud en la práctica diaria a las normas locales de prevención de infecciones, Hospital Dr. Juan Manuel Gálvez, Gracias, Lempira, Honduras, agosto-septiembre, 2008. Doris Guillén. Departamento de Medicina Interna, Hospital Dr. Juan Manuel Gálvez, Gracias, Lempira, Honduras.
8:30	35T. Criptococosis Cutánea. Reporte de un Caso. Reina Isabel Rivera Cerrato, ¹ Flor de Azalea Girón. ² ¹ Postgrado de Anatomía Patológica, Hospital Escuela, UNAH; ² Departamento de Patología, Hospital Escuela, Tegucigalpa.
8:45	36T. Infección por virus herpes simple en Sistema Nervioso Central. Reporte de un caso. Mázlova Toledo, ¹ Lesly Lizeth Cerrato. ² ¹ Departamento de Anatomía Patológica, Hospital Escuela; ² Postgrado de Anatomía Patológica, Hospital Escuela, UNAH; Tegucigalpa.
9:00	37T. Hallazgo incidental en caso de autopsia: coriocarcinoma metastásico. Mázlova Toledo, ¹ Reynaldo Castro. ² ¹ Departamento de Anatomía Patológica, Hospital Escuela; ² Postgrado de Anatomía Patológica, Hospital Escuela, UNAH; Tegucigalpa.
9:45	38T. Linfoma de Burkitt: Informe de autopsia. Olga Zavala, ¹ Mázlova Toledo, ² Reina Rivera. ¹ ¹ Postgrado de Anatomía Patológica, Hospital Escuela, UNAH; ² Departamento de Anatomía Patológica, Hospital Escuela; Tegucigalpa.
10:00 - 10:30	Refrigerio
	<p>Área temática: VIH/SIDA Departamento ITS, VIH/SIDA, Secretaría de Salud Moderador(a): Manuel Sierra</p> <p>Conferencias Magistrales</p>
10:30	12C. Desarrollo de un modelo de atención integral en VIH/SIDA. Marco Urquía, ¹ Sandra Núñez, ¹ Ramón Jeremías Soto, ^{1,2} Freddy Tinajeros. ³ ¹ Departamento de ITS/VIH/SIDA, Secretaría de Salud; ² Visión Mundial Honduras; ³ Centros para el Control de Enfermedades (CDC), Atlanta, EUA.
11:10	13C. Definiendo un paquete básico de servicios de atención integral. Mayte Paredes, ¹ Elsa Y. Palou E. ² Departamento ITS/VIH/SIDA, Secretaría de Salud de Honduras ¹ . Proyecto Fondo Mundial, CHF Internacional, Honduras; ² Centro de Atención Integral, Instituto Cardiopulmonar, Tegucigalpa.
11:50	14C. Retos y oportunidades para el nuevo modelo de atención integral. Rolando Pinel. Departamento ITS/VIH/SIDA, Secretaría de Salud de Honduras Proyecto AIDSTAR-One Honduras.
12:30-13:00	Receso

Viernes 25 de septiembre
Jornada Vespertina, SALON MADRID I

Hora	Presentaciones por bloques
	<p>Área temática: Embarazo, hipertensión arterial, síndrome metabólico. Moderador(a): Gustavo Moncada</p> <p>Trabajos Libres</p>
13:00	39T. Estudio de embarazo en adolescentes en áreas de influencia de cesamos atendidos por médicos en servicio social, Honduras noviembre 2004 - noviembre 2005. <u>Eleonora Espinoza</u> , Manuel Sierra, Denis Padgett. Unidad de Investigación Científica, Facultad de Ciencias Médicas, UNAH, Tegucigalpa.
13:15	40T. Factores asociados con hipertensión arterial en mujeres embarazadas de Güinope, El Paraíso, Marzo-Octubre del 2008. <u>José Edgardo Hernández Monterroso</u> , German Zavala. Departamento de Salud Pública, Facultad de Ciencias Médicas, Universidad Nacional Autónoma de Honduras.
13:30	41T. Factores de riesgo de amenaza de parto pre-término en pacientes de la Clínica Materno Infantil de Catacamas, Olancho, en el período de abril – junio 2009. <u>Karen Cerrato Hernández</u> , ¹ Betty Flores Mendoza. ² ¹ Medico en Servicio Social, Facultad de Ciencias Médicas, UNAH; ² Estudiante de Licenciatura Enfermería CURNO-UNAH.
13:45	42T. Prevalencia de hipertensión arterial en una comunidad urbana de Honduras. <u>Karen Cerrato Hernández</u> , ¹ Lysien Ivania Zambrano. ² ¹ Medico en Servicio Social, Facultad de Ciencias Médicas, UNAH; ² Alumno VII Año Carrera de Medicina, Facultad de Ciencias Médicas, UNAH.
14:00	43T. Diagnostico Presuntivo de Síndrome Metabólico en la Población del municipio de Tatumbla, mes de marzo del año 2009. <u>Walther Iván Girón Matute</u> , José Jorge Flores Irías, Edwin Rodríguez Calderón. Alumnos VII Año Carrera de Medicina, Facultad de Ciencias Médicas, UNAH.
	<p>Área temática: Psiquiatría Moderador(a): Eleonora Espinoza</p> <p>Trabajos Libres</p>
14:15	44T. Prevalencia del trastorno de ansiedad social en un instituto de educación media de Tegucigalpa, Honduras. Eunice Reyes Ochoa. Postgrado de Psiquiatría, Hospital Psiquiátrico Dr. Mario Mendoza, UNAH, Tegucigalpa.
14:30	45T. Manifestaciones psiquiátricas de la epilepsia del lóbulo temporal: informe de un caso. Eunice Reyes Ochoa. Postgrado de Psiquiatría, Hospital Psiquiátrico Dr. Mario Mendoza, UNAH, Tegucigalpa.
14:45	46T. Resultados preliminares de la caracterización de los y las EMO en Tegucigalpa, su relación con diferentes tipos de familia y riesgo suicida. <u>Zeni Duarte</u> , ¹ Manuel Sierra. ² ¹ Médico Residente II de Psiquiatría, Hospital Dr. Mario Mendoza; ² Unidad de Investigación Científica, Facultad de Ciencias Médicas, Universidad Nacional Autónoma de Honduras, Tegucigalpa.
15:00	47T. Características del Índice de Funcionalidad Familiar en adolescentes alumnos de secundaria con antecedente de abandono familiar uni-biparental por emigración (madre y/o padre). <u>Aaron Rodríguez</u> , ¹ Manuel Sierra. ² ¹ Postgrado de Psiquiatría, Hospital Dr. Mario Mendoza; ² Unidad de Investigación Científica, Facultad de Ciencias Médicas, Universidad Nacional Autónoma de Honduras.
15:30-16:30	Clausura
16:30	Agasajo

Viernes 25 de septiembre
Jornada Vespertina, SALON MADRID II

Hora	Presentaciones por bloques
	<p>Área temática: Salud Pública Moderador(a): Elizabeth Paguada</p> <p>Trabajos Libres</p>
13:00	<p>48T. Análisis de Situación de los Recursos Humanos en Salud Honduras, 2008. <u>Héctor Escalante</u>.¹ Avelino Ageitos.^{1,2} ¹Postgrado en Salud Pública, Facultad de Ciencias Médicas, UNAH; ²Profesor visitante de la cooperación Médica Cubana, Tegucigalpa.</p>
13:15	<p>49T. Reservas, flujos y vínculos de trabajo de los Recursos Humanos en el Sector Salud de Honduras 2008. <u>Ana Lilian Guillen Ramírez</u>,¹ Héctor Escalante.² ¹Unidad de Salud de Las Crucitas; ²Postgrado en Salud Pública, Facultad de Ciencias Médicas, UNAH; Tegucigalpa.</p>
13:30	<p>50T. Situación de la Formación de Recursos Humanos de Salud, sus tendencias, retos y su vinculación con el Sistema de Salud en Honduras, 2008. <u>Marlen Guadalupe Castillo Serrano</u>,¹ Héctor Escalante.² ¹Centro Universitario del Litoral Pacífico; ²Postgrado en Salud Pública, Facultad de Ciencias Médicas, UNAH; Tegucigalpa.</p>
13:45	<p>51T. Herramientas reguladoras de la formación, práctica profesional y el impacto de los sindicatos y de las asociaciones gremiales en la gestión del sistema de salud de Honduras año 2008. <u>José Pedro Arturo Córdova Zúniga</u>,¹ Héctor Escalante.² ¹Programa Nacional de Salud Bucal, Secretaria de Salud; ²Postgrado en Salud Pública, Facultad de Ciencias Médicas, UNAH; Tegucigalpa.</p>
14:00	<p>52T. Prevalencia de estrés, depresión y ansiedad en enfermeras auxiliares del I.H.S.S. de Tegucigalpa. <u>Edna Maradiaga</u>,¹ Manuel Sierra,¹ Carlos Sosa,² Emilia Alduvín.³ ¹Unidad de Investigación Científica, Facultad de Ciencias Médicas, UNAH; ²Instituto Hondureño para la Prevención del Alcoholismo, Drogadicción y Farmacodependencia (IHADFA); ³Maestría en Salud Pública, Facultad de Ciencias Médicas, UNAH; Tegucigalpa, Honduras.</p>
14:15	<p>53T. Implementación de la estrategia de Atención Integral a la Niñez en la Comunidad con el componente de estimulación temprana en 17 comunidades del Municipio de Chinacla, Departamento de la Paz, Honduras. <u>Asunción Alicia Lagos</u>, Waleska Alcerro. Child Fund Honduras, Tegucigalpa, Honduras.</p>
14:30	<p>54T. Perfil epidemiológico de un grupo de mujeres trabajadoras comerciales del sexo en La Ceiba, Honduras. <u>Lysien Ivania Zambrano</u>, Selvin Zacarías Reyes García. Alumnos VII Año Carrera de Medicina, UNAH; Asociación Científica de Estudiantes de Medicina de Honduras (ASOCEMH UNAH).</p>
14:45	<p>55T. Caracterización sociodemográfica y epidemiológica de una comunidad rural de Francisco Morazán, Honduras. <u>Lysien Ivania Zambrano</u>, <u>Carol Gissell Sevilla Aguilar</u>, Carlos Rafael Sánchez Galindo, Selvin Zacarías Reyes García. Alumnos VII Año Carrera de Medicina, UNAH; Asociación Científica de Estudiantes de Medicina de Honduras (ASOCEMH UNAH).</p>
15:30-16:30	Clausura
16:30	Agasajo

RESÚMENES

C Conferencias

T Trabajos Libres

CONFERENCIAS

- 1C. Reseña histórica de las Jornadas Científicas y Congresos de Investigación como plataforma de intercambio y difusión de la producción científica para la salud en la sociedad hondureña.** Edna Maradiaga, Jackeline Alger, Yeny Chavarría, Iván Espinoza, Eleonora Espinoza, Mauricio Gonzales, Gustavo Moncada, Elizabeth Paguada, Denis Padgett, Manuel Sierra. Unidad de Investigación Científica, Facultad de Ciencias Médicas, UNAH, Tegucigalpa.

Se concibe las Semanas, Jornadas o Congresos Científicos como espacios para difundir el conocimiento de las ciencias y para informar los resultados de los problemas que se investigan. También son concebidos como un espacio de participación, discusión y reflexión de la problemática nacional desde una perspectiva inter y transdisciplinaria y multicultural. La difusión de la producción científica se realiza a través de las presentaciones en los eventos y a través de documentos impresos o electrónicos que contienen resúmenes de las presentaciones y que incluso se encuentran disponibles en línea (Biblioteca Virtual en Salud de Honduras, www.bvs.hn). La Unidad de Investigación Científica (UIC) de la Facultad de Ciencias Médicas (FCM) desde el año 1993 ha coordinado las Jornadas Científicas, aún en el período en que con un criterio no académico se suspendieron las Semanas Científicas en la Universidad Nacional Autónoma de Honduras (UNAH, 1995). El vacío experimentado en los diferentes departamentos y unidades académicas del área de la salud propició la construcción de una alianza tácita entre docentes quienes aprovecharon el espacio que brindaba la FCM para dar a conocer los resultados de sus investigaciones. Posteriormente, la Dirección de Investigación Científica (DICU) retomó la coordinación de las Semanas Científicas y durante tres años (2004-2006) la UIC y la DICU aunaron esfuerzos para fortalecer la promoción y divulgación de la actividad científica universitaria. En el año 2007, la DICU descontinuó las Semanas Científicas adoptando otra modalidad en cuanto a la presentación y discusión de los temas, denominada Congreso Científico. En ese mismo año, la FCM incorporó la figura de Congreso de Investigación de las Ciencias de la Salud sin descontinuar las Jornadas. En el transcurso de 16 años se han presentado más de 500 trabajos libres y 200 conferencias, con un crecimiento progresivo en el número de trabajos libres. Entre las actividades más relevantes desarrolladas por los comités organizadores y la UIC para motivar la participación de los investigadores, dentro y fuera de la UNAH, se enuncian las siguientes: 1) Realización de actividades científicas y culturales pre-Jornada; 2) Realización simultánea de congresos nacionales o internacionales; 3) Participación de conferencistas de reconocimiento internacional; 4) Reconocimiento de horas crédito del Centro de Educación Médica Continua del Colegio Médico de Honduras; 5) Premiación a los mejores trabajos de investigación presentados; 6) Reconocimiento a docentes con trayectoria investigativa; 7) Denominación del evento científico con el nombre de un docente investigador cuyos aportes a las ciencias de la salud hayan sido notorios: H. Corrales Padilla (VI Jornada, 1999), EB Pineda (VIII Jornada, 2001), PJ Cambar (XI Jornada, 2004), J Almendares, EL de Alvarado (XV Jornada, 2008), RG de Kaminsky (XVI Jornada, 2009); 8) Suspensión de las clases; 9) Premiación con libros y equipo médico la permanencia de los asistentes; 10) Realización de actividades culturales intra y extra muros; 11) Realización de peñas artísticas con participación del talento docente y estudiantil. Es necesario continuar mejorando la calidad de los trabajos científicos y lograr una mayor participación de los estudiantes y docentes, tanto como expositores como audiencia.

-
- 2C. Sistemas Nacionales de Investigación para la Salud en América Latina: una revisión de 14 países.** Jackeline Alger,¹ Andrew Kennedy,² Francisco Becerra,³ Grupo Colaborativo de la Primera Conferencia Latinoamericana sobre Investigación e Innovación para la Salud. ¹Facultad de Ciencias Médicas, Universidad Nacional Autónoma de Honduras y Hospital Escuela, Secretaría de Salud, Tegucigalpa, Honduras; ²Council on Health Research for Development (COHRED), Geneva, Switzerland; ³COHRED Latinoamérica, México DF.

Antecedentes. En abril de 2008, se celebró la Primera Conferencia Latinoamericana sobre Investigación e Innovación para la Salud en Rio de Janeiro, Brasil, con el propósito de debatir la necesidad de desarrollar y/o fortalecer los sistemas nacionales de investigación para la salud (SINIS) en la región a fin de aumentar la contribución que la investigación hace a la salud y a la equidad en América Latina, así como buscar la cooperación regional para solucionar o afrontar problemas comunes, y analizar las diferentes modalidades de financiamiento y de desarrollo de recursos humanos para la investigación. De los 17 países que confirmaron su participación y que fueron invitados a preparar un documento descriptivo de sus respectivos SINIS, 14 lo entregaron. Los documentos descriptivos fueron elaborados por grupos nacionales con una amplia distribución de afiliaciones, incluyendo ministerios de salud, instituciones de ciencia y tecnología, universidades y organizaciones no gubernamentales. **Objetivo.** Proveer una recapitulación de los documentos descriptivos de los SINIS de 14 países de América Latina, exponiendo información básica de la situación de la investigación e innovación en la región. **Material y métodos.** Se revisó los documentos preparados por expertos de Argentina, Bolivia, Brasil, Chile, Costa Rica, Cuba, Ecuador, El Salvador, Honduras, Panamá, Paraguay, Perú, Uruguay y Venezuela. Los documentos fueron elaborados en base a un formato común entregado por los organizadores del evento. La recapitulación se enfocó en tres aspectos: gobernanza, marco legal y priorización de la investigación en salud. **Resultados.** Seis países informaron poseer estructuras formales de gobernanza y gerencia de la investigación para la salud. En Brasil y Costa Rica estas estructuras son lideradas por el Ministerio de Salud. Argentina, Cuba, Ecuador y Venezuela, tienen estructuras mixtas en conjunto con el Ministerio de Ciencia y Tecnología. Brasil y Ecuador informaron poseer una política nacional dedicada e inclusiva de ciencia, tecnología e innovación para la salud. Nueve países informaron haber establecido prioridades de investigación para la salud (Argentina, Brasil, Costa Rica, Cuba, Ecuador, Panamá, Paraguay, Perú, Venezuela). Con respecto a la formación de recurso humano para la investigación en salud, Brasil fue el único país que informó contar dentro de su política nacional de ciencia, tecnología e innovación para la salud, con una estrategia de formación, capacitación y absorción de los recursos humanos, incentivando la producción científica y tecnológica. De los países restantes, solamente tres (Ecuador, Cuba y Costa Rica), incluyen estrategias que fortalecen la formación del recurso humano para la investigación en salud. **Conclusiones.** El análisis de los documentos demostró que aunque existen diversos grados de desarrollo en el SINIS de los países de la región, se han obtenido resultados concretos a corto y mediano plazo. La gobernanza y gerencia de los SINIS es una cuestión de Estado y se debe ejercer activamente a través de los ministerios de salud con apoyo de otros actores estatales y de la sociedad civil. Se espera que la información presentada sea útil para promover el desarrollo de los SINIS según las necesidades, recursos y oportunidades de cada país.

- 3C. Proceso de construcción de las líneas prioritarias de investigación para la salud en la Facultad de Ciencias Médicas, UNAH.** Gustavo Moncada, Jackeline Alger, Yeny Chavarría, Iván Espinoza, Eleonora Espinoza, Mauricio Gonzales, Edna Maradiaga, Elizabeth Paguada, Denis Padgett, Manuel Sierra. Unidad de Investigación Científica, Facultad de Ciencias Médicas, UNAH, Tegucigalpa.

Dado que el financiamiento disponible para la investigación en salud es bajo en comparación con su alto potencial de beneficio, es necesario que se base en un proceso racional de establecimiento de prioridades. El uso de una metodología sólida y un proceso científico es indispensable para garantizar la identificación de las prioridades de investigación que maximicen la contribución para la salud de la población. Uno de los objetivos es procurar que el proceso de definición de prioridades se base en evidencia y que los escasos recursos disponibles para financiar los proyectos sean utilizados en la

forma más eficiente y efectiva posible. La Unidad de Investigación Científica (UIC) de la Facultad de Ciencias Médicas (FCM), con el apoyo de un grupo técnico consultivo interdisciplinario lidera el proceso de desarrollo de las líneas prioritarias de investigación. Para este proceso se ha seleccionado como metodología el “Método de la Matriz Combinada (MMC) del Foro Mundial para Investigación en Salud”. El MMC es una herramienta que se enfoca en: 1) ayudar a clasificar, organizar y presentar toda la información que entra en el proceso de priorización; 2) identificar brechas en investigación en salud; y en base a esto, 3) identificar prioridades de investigación en salud, basadas en un proceso que debe incluir a los principales interesados e investigadores en salud. Los cinco componentes usados en el MMC para definir prioridades son: 1) Carga de la enfermedad; 2) Factores determinantes; 3) Nivel presente de conocimiento; 4) Costo y efectividad; y 5) Flujo de recursos. En la conferencia se expondrá la experiencia preliminar que han tenido los departamentos y unidades académicas de la FCM en el uso y llenado de la MMC como herramienta de trabajo para definir las prioridades de investigación.

4C. Como formular propuestas temáticas para un sistema de investigación en salud con enfoque participativo. Ana Corina Hernández Rodríguez. Postgrado Latinoamericano en Trabajo Social, UNAH.

Me convoca este foro para compartir mi vivencia como investigadora particularmente en la promoción de la salud ocupacional, especialmente colocar como marco de la exposición los grandes retos que competen a este campo de estudio. Llamaremos sistema de investigación en salud a un modelo de gestión para producir o generar conocimiento sobre los procesos en los que interviene la persona humana a la vez considerar que la misma persona como un complejo está constituida de múltiples sistemas: respiratorio, circulatorio, digestivo, nervioso, linfático entre otros. En ese sentido si nos referimos a la interacción de las personas, donde se pone en juego otro conjunto de subsistemas sean estos el de la familia, el de la comunidad donde se desenvuelve, el espacio laboral, ya sea en forma individual o grupal, nos remitirá a nuevas dimensiones que dirán de la complejidad de un megasistema. Colocando el interés en la investigación participativa nos concentramos en un paradigma, ó una forma de proceder en la construcción de saberes, en forma conjunta con actores y ó las personas sujetas de estudio. También se asocia a la posibilidad de empoderamiento social, es decir un proceso que desarrolla de capacidades en los y las participantes para plantear alternativas de solución a los problemas una vez que a éstos se les ha identificado su origen, desarrollo, dimensiones y características. Las que gran parte tienen solución en el cambio o modificación de prácticas y actitudes, en las que nos incluye a los mismos profesionales y técnicos involucrados(as) en los procesos de promoción de la salud. Y he aquí la virtud de la investigación, la posibilidad de conocer el fenómeno que se estudia y de transformar la mentalidad de quien lo investiga. Como iniciar un proyecto de investigación?. En programas de formación de postgrado nos referimos a los procesos de tesis y en los casos de carácter institucional los llamamos simplemente propuestas de investigación. En el ámbito universitario encontramos conceptos según niveles o grados académicos: Tesis doctoral, de maestría, de Licenciatura. Clasificación de los tipos de tesis: *Tesis de investigación documental* (teórica), *Tesis de investigación de campo* (práctica), *Tesis de investigación mixta*. Consideraciones para la elaboración de una tesis de grado: La elección del tema, La elección del área, La elaboración de la propuesta, La recopilación de los datos, Fuentes de información y referencias, El análisis de datos, Recursos financieros, El asesoramiento. La propuesta de investigación, ya sea para fines de tesis como requisito de graduación o para solicitar financiación ante algún organismo de cooperación, debe presentarse por escrito. En todo caso es importante conocer la normativa que establece el organismo ante el cual se solicitará el apoyo. Como mínimo una propuesta debe responder a: 1. Cuál es el problema a investigar, 2. Porqué es social y científicamente importante investigar el tema (justificación), 3. Qué objetivos se lograrán a través de la investigación, 4. Cómo se llevará a cabo el proceso (metodología), 5. Qué tipo de resultados se esperan de la investigación, 6. Quienes son los potenciales beneficiarios de esta investigación.

5C. Estudiar e investigar en Alemania. Información general sobre el Programa de Becas del DAAD. Corina Hernández,¹ Roberto Obdulio Tinoco,² Rafael Delgado. Servicio de Enlaces del DAAD (Servicio Alemán de Intercambio Académico). ¹Postgrado Latinoamericano en Trabajo Social; ²Facultad de Ciencias Médicas; UNAH, Tegucigalpa.

El Servicio Alemán de Intercambio Académico (DAAD) es una asociación a la que pertenecen más de 230 universidades alemanas, así mismo existen universidades del centro del norte y del sur de América. Tiene como objetivos principales: 1) Promover la calificación individual a través de la movilidad académica, 2) Fomentar la cooperación académica y científica entre universidades, 3) Promover el idioma y la cultura alemana y proporcionar información sobre las universidades alemanas y extranjeras. La ciencia y la investigación en Alemania gozan de una larga tradición. Muchas instituciones de la Educación Superior cuentan con una historia de varios siglos. En las últimas décadas, el área de investigación, ha venido experimentando un auge notorio. En la actualidad existen más de 300 centros de Educación Superior que hacen investigación prioritaria para el mundo en el país. Los interesados en estudiar en Alemania, pueden elegir entre una gran cantidad de universidades, tanto técnicas como en ciencias aplicadas, escuelas superiores de arte, música, medicina y otras. Las Universidades Alemanas están abiertas para estudiantes de todo el mundo. Desde hace una década, se ofrecen en Alemania, nuevas carreras internacionales, bachilleratos universitarios, maestrías, y doctorados bilingües (inglés-alemán). Becas de investigación para doctorandos y jóvenes científicos. Este programa ofrece becas para tres opciones. Doctorado completo de 3 a 5 años en Alemania. Estadías de investigación y perfeccionamiento sin optar a un título académico. Doctorado en el país de origen (modelo sándwich). Cursos de Postgrado para países en vías de desarrollo. Este programa ofrece becas principalmente para maestrías, doctorados, cursos de perfeccionamiento en varios campos incluyendo la medicina, estos cursos van dirigidos a países en vías de desarrollo con estudios universitarios completos; requisitos entre otros: Título universitario, experiencia laboral, Toefel del idioma inglés, edad límite entre 31 y 35 años. El DAAD ofrece además becas de sub-especialización en medicina, biología y otros campos, así como la dotación de libros y equipo a su regreso al país de origen. Los hondureños tenemos un trato especial en Alemania, No es necesaria una visa para viajar a ese país. Al llegar deben realizarse las gestiones para la residencia, según el tiempo que necesiten los estudios. Información adicional a: Dra. Corina Hernández Telefax (00504)2394225. Lic. Rafael Delgado (00504)4410742. Dr. Roberto Obdulio Tinoco (00504)2311978). Embajada de la República Federal de Alemania. (00504) 2323161/62.

6C. Presente y futuro de las drogas antiparasitarias. Tito Alvarado. Servicio de Infectología, Departamento de Medicina Interna, Hospital Escuela, Tegucigalpa.

Las infecciones provocadas por protozoos y helmintos constituyen una importante causa de morbilidad y mortalidad a nivel mundial. Muchas drogas antiparasitarias fueron desarrolladas primero, para uso animal, con excepción de los antimaláricos y antischistosomiásicos. La adopción de ivermectina y albendazole para tratar la filariasis es un ejemplo de ello. La quimioterapia es importante, no sólo en el tratamiento individual de pacientes sino que, combinada con las medidas de salud pública y de control vectorial, reduce la transmisión de estas infecciones. Actualmente no disponemos de vacunas efectivas para prevenirlas y el conocimiento científico necesario para desarrollar estas drogas es deficiente; igualmente, sus mecanismos de acción son pobremente entendidos. Si la situación de las drogas antibacterianas es poco prometedora, las antiparasitarias presentan un problema aún más desalentador, ya que los incentivos de producción de éstas para combatir enfermedades prevalentes en un mundo tropical empobrecido, son limitados. No obstante, el advenimiento del SIDA se encuentra ligado a infecciones oportunistas letales de origen parasitario, lo que promueve la investigación de nuevas drogas. La susceptibilidad de los parásitos a las drogas existentes corresponde en gran medida a su taxonomía y metabolismo. Un primer grupo son los protozoos que habitan el intestino y la vagina; aunque provienen de diferentes grupos taxonómicos, comparten un sistema similar de adaptación y metabolismo: *Entamoeba*, *Giardia*, *Trichomonas* y ciliados. El segundo grupo, apicomplexas: *Plasmodium*, *Babesia*, *Toxoplasma*, *Cyclospora*, *Isoospora* y *Cryptosporidium*, estos últimos causantes de enfermedades en pacientes inmunocomprometidos; y el tercer grupo de protozoos patógenos de

enfermedades tropicales: tripanosomiasis (Enfermedad de Chagas y del sueño) y leishmaniasis. La susceptibilidad de los helmintos a las drogas también se relaciona con su taxonomía: nematodos que habitan en el lumen intestinal (*Ascaris*, *Trichuris*, *Enterobius*, anquilostomas, etc.) y los que habitan en tejidos: tremátodos y céstodos. Algunas drogas sólo actúan contra géneros de un mismo grupo como el metronidazol y tinidazol contra *Entamoeba*, *Giardia* y *Trichomonas*; la cloroquina, mefloquina, quinina y primaquina, contra *Plasmodium*; la clindamicina y espiramicina contra apicomplexas; el mebendazol y el pamoato de pirantel sólo contra nemátodos; en cambio, otras drogas actúan contra varios grupos de parásitos: el praziquantel contra tremátodos y céstodos; el albendazol, contra nemátodos y céstodos; la ivermectina, contra nemátodos y artrópodos que succionan sangre (garrapatas, pulgas, etc.) y la nitazoxanida, efectiva contra protozoos y helmintos intestinales. Sin embargo, así como las bacterias desarrollan resistencia a los antibióticos, también los parásitos lo han hecho contra las drogas antiparasitarias en humanos y animales: *Trichomonas* resistentes al metronidazol; cloroquina y mefloquina, a *Plasmodium*; imidazólicos y pamoato de pirantel, a nemátodos intestinales y la ivermectina a nemátodos en ovinos. ¿Cómo debemos prepararnos para combatir las enfermedades parasitarias presentes y futuras? Algunas acciones: a) Iniciando el proceso de desarrollo de nuevas drogas con incentivos al sector privado y público; b) Empleando la ciencia como un arma eficaz para desarrollar nuevas drogas, particularmente los adelantos en la biología molecular; c) Encontrando maneras de fortalecer la infraestructura de salud pública, la prevención y control de estas enfermedades; d) Desarrollando un uso sostenible de los recursos naturales; y e) Coordinando esfuerzos de trabajo integral entre trabajadores de la salud humana y animal.

7C. Epidemiología de la Enfermedad de Chagas en Honduras, año 2004 - 2008. Concepción Zúñiga,¹ Jiro Nakamura,² Ken Hashimoto.² ¹Programa Nacional de Prevención y Control de la Enfermedad de Chagas y Leishmaniasis, Secretaría de Salud; ²Agencia de Cooperación Internacional de Japón – JICA; Tegucigalpa, Honduras.

La Enfermedad de Chagas se conoce en Honduras desde los años sesenta, pero es reconocida como un problema de salud pública solo a fines de los setenta y comienzos de los ochenta, cuando se realizaron estudios seroepidemiológicos y entomológicos a nivel nacional, que demostraron la presencia de *Rhodnius prolixus* y *Triatoma dimidiata*, su asociación con el tipo de vivienda y la seroprevalencia de *Trypanosoma cruzi* en diferentes zonas de Honduras. Se estima una prevalencia de 6.2% de serología positiva en población general y 4.7% en escolares rurales. Actualmente la prevalencia en donantes de sangre es de 1.4%. La problemática de esta parasitosis es multicausal y entre los factores condicionantes se destacan la presencia de dos especies de vectores de importancia médica: *T. dimidiata* y *R. prolixus*. El 83% de la población del área rural es pobre. La carencia de servicios básicos, vivienda digna y falta de educación sanitaria, agudizan la problemática. Los vectores se encuentran en un rango de altitud entre 600 y 1,600 metros sobre el nivel del mar. En 1944 se dio a conocer la existencia de *T. dimidiata* en varias localidades del país. Ésta especie se encuentra distribuida en 17 departamentos, tanto a nivel silvestre como en el domicilio. En 1960 se informó por primera vez la presencia de *R. prolixus* y actualmente se encuentra distribuido en 13 departamentos. El control de la transmisión transfusional de *T. cruzi* se realiza en el 100% de los Bancos de Sangre del país. Este control es mandatorio por la Ley de Control de Agentes Infecciosos Transmisibles por Transfusiones Sanguíneas aprobada en 1985. El control se inició en 1987, alcanzando el 100% de cobertura en 1991. Ante la eficacia de este control se han fortalecido los vínculos de referencia clínica y epidemiológica de los donantes de sangre seropositivos, que garanticen una oportuna y adecuada atención de los mismos. La detección de la infección reciente por *T. cruzi* en menores de 15 años, para administración de tratamiento etiológico, se realiza mediante búsqueda activa a través de encuestas serológicas en áreas endémicas con transmisión vectorial interrumpida. El Programa ha venido realizando actividades para la eliminación de *R. prolixus* y control de *T. dimidiata*; diagnóstico y tratamiento etiológico a menores de 15 años; y vigilancia con participación comunitaria. En estos momentos el Programa está en proceso de certificación de la eliminación de *R. prolixus*. Se ha logrado realizar un abordaje de la Enfermedad de Chagas de manera integral, formando alianzas con organizaciones no gubernamentales, instituciones del estado, agencias de cooperación externa, gobiernos locales y población de las diferentes comunidades. Hemos logrado llevar las acciones de

eliminación de *R. prolixus* hasta el punto de la certificación. Es necesario el control de *T. dimidiata*, ya que ha estado ocupando los espacios dejados por *R. prolixus*.

8C. Epidemiología, control y prevención del Cáncer. Flora Duarte, Jacqueline Figueroa, Mario Sánchez. Centro de Cáncer Emma Romero de Callejas Tegucigalpa, Honduras.

El cáncer produce cada año más de 10 millones de casos nuevos y es la principal causa de mortalidad a nivel mundial, con 7,9 millones de defunciones ocurridas en 2007 según la OMS, por lo que se ha convertido en uno de los padecimientos más devastadores del mundo. Se estima que en la actualidad más de 20 millones de personas padecen cáncer en todo el mundo y que para el año 2020, este número será de aproximadamente 30 millones. Cerca del 23% del total de defunciones en los países desarrollados se deben al cáncer, y el número de muertes por cáncer en los países subdesarrollados gradualmente superará las defunciones por esta misma causa en los países desarrollados debido a la diseminación global de patrones de consumo de tabaco y hábitos dietéticos poco saludables. Los tipos de cáncer más frecuentes a nivel mundial son: pulmón, estómago, hígado, colon-recto, esófago y próstata en hombres; y en mujeres el de mama, pulmón, estómago, colon-recto y cuello uterino. De acuerdo al documento Indicadores Básicos 2003, en Honduras la tasa de morbilidad por tumor maligno es de 73.88 por 100,000 habitantes y la mortalidad hospitalaria por la misma causa es de 5.10 por 100,000 habitantes. Más del 80% de los casos de cáncer se atribuyen al consumo de cigarrillos, exposición a químicos cancerígenos, radiaciones ionizantes, rayos ultravioletas, y carcinógenos biológicos (virus del Papiloma Humano, virus de la Hepatitis). Otro factor importante es el envejecimiento ya que la incidencia de cáncer aumenta con la edad. El estilo de vida tiene una gran influencia y el cáncer se relaciona más con factores modificables y prevenibles como ser consumo de tabaco, alcohol, malos hábitos alimenticios, obesidad, infecciones, ingesta insuficiente de frutas y hortalizas y sedentarismo. La falta de acceso y el acceso tardío a servicios de salud son la principal causa de morbilidad y mortalidad por cáncer especialmente en países subdesarrollados. A nivel mundial los programas nacionales de control de cáncer están poniendo mucho énfasis en las acciones de prevención, lo cual implica eliminar o reducir al mínimo la exposición a las causas de cáncer con el fin de disminuir el riesgo individual frente a los efectos de tales causas. Este enfoque ofrece el mayor potencial para la salud pública y la posibilidad de conseguir de manera más económica el control del cáncer a largo plazo. La prevención debe incluir entre otras acciones, el aumento de la cobertura y el acceso a servicios de salud, la reducción del consumo de tabaco, alcohol, el sobrepeso y la obesidad, mejorar los hábitos alimenticios y hacer ejercicio así como evitar la exposición al Virus de Papiloma Humano mediante conducta sexual responsable y programas activos de vacunación. Se recomienda además la educación y programas de detección temprana que incluyan citología cérvico-vaginal, mamografía, auto examen, PSA, examen de sangre oculta en heces.

9C. Traqueotomía: manejo. Roberto O. Tinoco. Enlace Servicio Alemán de Intercambio (DAAD)-UNAH, Facultad de Ciencias Médicas, Universidad Nacional Autónoma de Honduras.

La traqueotomía es la abertura temporal de la tráquea para habilitar la vía aérea en caso de insuficiencia aguda del paso de aire a los pulmones. Las primeras traqueotomías fueron realizadas: 2000 A.C - 1000 A.C. Libro sagrado de la India. En 1921 Chevalier Jackson hizo la descripción técnica recomendando no seccionar cartílago cricoides ni primer anillo traqueal. Las indicaciones de traqueotomía son: espasmo agudo de laringe, laringitis aguda, epiglotitis, laringomalasia, estenosis, sub-glótica, hemangioma, sub-glótico quistes laríngeos, laringocele, compresión congénita de laringe obstrucción respiratoria aguda del recién nacido, edema agudo de laringe, edema angio-neurótico, trauma cráneo facial, tumores de nasofaringe y laringe. La técnica quirúrgica consiste en 1) Incidir piel y tejido celular subcutáneo 2 cm por arriba de la horquilla esternal; 2) Diseccionar músculos infra hioideos e istmo de la glándula Tiroides; 3) Ubicarse en cartílago Cricoides y los tres primeros anillos traqueales; 4) Incidir el segundo cartílago en adultos y el tercero en niños dependiendo del tamaño de la cánula a utilizar (10 y 7 mm,) metálicas, polivinilo, sirlatic. 5) Todas con su conductor y su respectiva endocánula. Se indican los siguientes consejos: 1) Anestesia general Intubado, 2)

Historia y diagnóstico exacto, 3) Exámenes de laboratorio urgente, 4) Intubación urgente, 5) Traslado urgente del paciente al quirófano previa notificación del caso al anestesiólogo de guardia o MR y al ORL de guardia, 6) Que el equipo de aspiración funcione al 100%, 7) Que los tubos de traqueotomía tengan su endo-cánula ideal bien colocada, 8) Doble fijación de la cánula al cuello, 9) Que los adaptadores del sistema de oxígeno a la cánula sean suficientemente largos y que adapten bien, 10) Las sondas para aspiración deben ser atraumáticas, 11) Aspiración cada 15 minutos PM, 12) Desinflar el balón 10 minutos cada 45 minutos para evitar necrosis de mucosa, 13) Aspirar boca e hipofaringe así como tráquea y bronquios, 14) Retirar y asear endocánula.

10C. Quinolonas fluoradas en vía aérea superior. Raúl Zelaya Rodríguez. Servicio de Otorrinolaringología, Departamento de Cirugía, Hospital Escuela.

Las quinolonas integran una familia de antibióticos conocida desde la década de los 60, a partir de la investigación de antimaláricos. La primera quinolona usada en la clínica fue el ácido nalidíxico, introducido en 1962 junto con el ácido pipemídico, obtenido en 1973, integran la primera generación de quinolonas. Así en las últimas tres décadas, se produjo el desarrollo farmacoterapéutico de las quinolonas. El primer producto, que se incorporó al comercio en el año 1965, fue el ácido nalidíxico (quinolona de primera generación) y luego, se sintetizaron muchos derivados modificando primariamente la posición N-1 y las posiciones C-6, C-7 y C-8 sobre el anillo quinolona-naftiridona. Es así que en 1984, debido a la introducción de uno o varios átomos de flúor en el núcleo básico, aparecen las primeras 4-fluorquinolonas, también llamadas quinolonas de segunda generación encabezadas por la norfloxacin y seguida por la pefloxacin, ofloxacin, ciprofloxacina, fleroxacin y temafloxacin. Los cambios estructurales incorporados en los nuevos compuestos aumentaron las propiedades farmacodinámicas y mejoraron los perfiles farmacocinéticos.

11C. Reseña histórica de la endocrinología pediátrica en Honduras y perspectivas de un servicio de atención especializada en el Departamento de Pediatría, Hospital Escuela, Tegucigalpa. Guillermo Villatoro, Lesby M. Espinoza. Servicio de Endocrinología, Departamento de Pediatría, Hospital Escuela, Tegucigalpa.

Nuestra historia data desde 1977 con el regreso a Honduras del Dr. José Reyes Noyola (QDDG), habiendo terminado sus estudios de Endocrinología Pediátrica en el Hospital Jackson Memorial de Miami, Florida, EUA. En ese momento el Dr. Reyes (Chepito) fue asignado al Servicio de Recién Nacidos del Hospital Materno Infantil iniciando paralelamente las primeras consultas en la especialidad de Endocrinología Pediátrica. Posteriormente fue trasladado a la Sala de Medicina Pediátrica donde fungió como médico base y luego médico jefe por más de 20 años, beneficiando con esto a sus compañeros de trabajo, alumnos del pre y post-grado de pediatría y sobre todo a los niños que tuvieron la dicha de ser sus pacientes. Durante prácticamente 25 años fue el único Endocrinólogo Pediatra para los niños referidos de todo el país. Como digno ejemplo a seguir e influenciados por tan distinguido maestro y apoyados en todo momento por las autoridades del Departamento y del Post-grado de Pediatría, dos egresados del Post-grado de Pediatría deciden realizar sus estudios de subespecialidad en Endocrinología Pediátrica, quienes al regresar al país se integran al Departamento de Pediatría formando un verdadero equipo de trabajo con quien fuera previamente su mentor, además de la incorporación de la Lic. en Enfermería Cecilia Pavón y juntos suman esfuerzos y energía y comienzan a vislumbrar la creación de lo que hoy es el Servicio de Endocrinología Pediátrica. Se reconoce y agradece el apoyo incondicional de las autoridades actuales del Departamento de Pediatría. Es así como después de múltiples gestiones y el apoyo desinteresado de amigos, pacientes, colegas y familiares, nuestro Servicio fue inaugurado el 11 de junio del 2004. Desde entonces hemos avanzado ampliando la gama de estudios de laboratorio para el diagnóstico, realización de pruebas dinámicas de estimulación hormonal, diagnóstico por biología molecular de algunas patologías con la contribución de centros de investigación extranjeros, instauración del plan de educación diabetológica, creación de la Fundación del Niño con Diabetes, tratamiento con Hormona de Crecimiento y Acetato de Leuprolide a niños que de otra manera no tendrían acceso al mismo, publicaciones en el ámbito

nacional e internacional. En la función académica a nivel del Post-grado de Pediatría estamos actualmente contribuyendo en la formación más integral de los futuros pediatras a partir de la generación del 2009, a través de una rotación por nuestro servicio de los residentes de último año. Pero aun hay mucho por hacer y tenemos nuevas metas a alcanzar como el proyecto de tamizaje para detección de hipotiroidismo congénito, la cocina experimental para desarrollar talleres de alimentación con los pacientes obesos y con diabetes, incentivar la formación de recursos específicamente educadores en diabetes, completar todos los protocolos de atención y manejo de las 10 patologías más frecuentes en endocrinología de niños, estudios colaborativos de investigación con otras Universidades. Estamos convencidos que con el esfuerzo de todo nuestro equipo de trabajo lograremos ofrecer una atención de calidad y con calidez que merecen los niños de Honduras.

12C. Desarrollo de un modelo de atención integral en VIH/SIDA. Marco Urquía,¹ Sandra Núñez,¹ Ramón Jeremías Soto,^{1,2} Freddy Tinajeros.³ ¹Departamento de ITS/VIH/SIDA, Secretaría de Salud; ²Visión Mundial Honduras; ³Centros para el Control de Enfermedades (CDC), Atlanta, EUA.

En 2008, 0.65% fue la prevalencia de VIH estimada en Honduras (población 15-49 años), la epidemia es generalizada en la costa norte (0.91%) y concentrada en el resto (0.59%). Entre el 2000 y 2007, las muertes hospitalarias por VIH disminuyeron de 4.9% a 2.8%, lo cual coincide con la implementación de la TARGA a partir del 2002. La disponibilidad de servicios de atención integral (CAI) ha aumentado de 50% a más de 85% (No. de CAI según No. de regiones). Según estimaciones oficiales, 9369 PVIH requerían TARGA en 2008, el 67% la recibe. En 2008, se realizaron más de 28,000 pruebas voluntarias de VIH con consejería, pero esta cifra sigue siendo insuficiente. El programa de PTMH se implementa en más 500 US, así el 86% de hospitales y el 100% de CESAMO, pero solo el 16% de CESAR. En 2009, bajo el marco de la reforma del sector salud, la SSH inicia un proceso para la revisión del modelo de atención integral en VIH/SIDA. Esto ha requerido la realización de un estudio diagnóstico con proveedores de los CAI, la conformación de un equipo conductor liderado por el Dpto. ITS, VIH/SIDA e integrado por expertos de diferentes organizaciones de la sociedad civil, academia y cooperación externa (en apoyo para la reorientación y/o diseño de un modelo de atención integral, MAI, acorde a las actuales circunstancias de la epidemia de VIH), una evaluación cualitativa de la calidad de servicios, así como una valoración de los diferentes componentes del Modelo de Atención Integral (MAI) con los actores clave tanto desde su rectoría, implementación como desde la perspectiva de los usuarios. El MAI parte de la concepción impulsada por la OPS según escenarios y niveles que dio lugar a los Centros de Atención Integral (CAI), haciendo una revisión exhaustiva de los diferentes componentes y subcomponentes que integran un modelo deseado desde una perspectiva multisectorial e interdisciplinaria. Evidentemente el modelo bajo los CAI ha sido superado y se requiere un replanteamiento o nuevo diseño, donde la integración a los servicios de salud del estado es un requisito clave, y las funciones de regulación y rectoría deben quedar claramente establecidas desde la SSH.

13C Definiendo un paquete básico de servicios de atención integral. Mayte Paredes,¹ Elsa Y. Palou E.² Departamento ITS/VIH/SIDA, Secretaría de Salud,¹ Proyecto Fondo Mundial, CHF Internacional, Honduras; ²Centro de Atención Integral, Instituto Cardiopulmonar, Tegucigalpa.

Honduras implementa, como parte de la respuesta institucional al VIH/Sida, un modelo de atención integral piloto para la atención en VIH con financiamiento nacional y del proyecto Fondo Mundial en el año 2002. A través del mismo se logró avanzar de 84 personas en terapia antirretroviral en el 2002 a más de 7,000 para el 2008 y de tres a 32 Centros de Atención Integral (CAI) respectivamente. Este modelo ha dado respuesta a las necesidades de atención en el país evidenciando funcionalidad y buen suceso; sin embargo, actualmente se requiere de una revisión y redefinición del mismo ante nuevos retos. Con el objetivo de identificar estrategias que permitan integrar el modelo de manera sistematizada en el marco del proceso de reforma de los servicios de salud, el Departamento

ITS/VIH/SIDA ha realizado un diagnóstico del modelo cuyo resultado nos permite conocer su estado actual con sus debilidades, fortalezas y retos para diseñar y redefinir las acciones estratégicas, consolidarlo y sistematizarlo a un mediano plazo. Asimismo se ha realizado un proceso de revisión estratégica del modelo vigente y se ha sugerido un replanteamiento del mismo, concluyendo con un modelo con componentes y subcomponentes definidos en los aspectos de prevención, atención integral y rehabilitación con participación de agentes comunitarios y sociales para cada uno de los niveles comunitario, municipal, departamental y nacional. Como parte del proceso de definición del paquete básico de servicios de atención integral se han tenido talleres regionales de validación del modelo con representantes de la sociedad civil (ASONAPVSIDAH, personas viviendo con VIH/Sida, y grupos vulnerables); organizaciones no gubernamentales y gubernamentales; cooperación internacional, y prestadores de servicios en los CAI.

14C. Retos y oportunidades para el nuevo modelo de atención integral. Rolando Pinel. Departamento ITS/VIH/SIDA, Secretaría de Salud, Proyecto AIDSTAR-One Honduras.

En 2009, bajo el marco de la reforma del sector salud, la Secretaría de Salud a través del Programa Nacional de SIDA inicia un proceso para la revisión del modelo de atención integral en VIH/SIDA lo que ha requerido una serie de análisis de los logros obtenidos a la fecha y los desafíos al futuro. De acuerdo a una exhaustiva revisión de documentos, estrategias y estudios sugerimos y desarrollamos los siguientes retos y oportunidades para lograr un modelo que se consolide a largo plazo y garantice la sostenibilidad: 1) Inserción del modelo de prestación de servicios de VIH/SIDA en el marco amplio de la Reforma del Sector Salud. A través de un proceso de mediano plazo los servicios de VIH/SIDA deben ser integrados a los servicios esenciales del paquete de intervenciones garantizadas en los diferentes niveles de intervención del sistema de salud de Honduras. Esta inserción establece una definición de los diferentes roles de rectoría y de provisión de servicios. 2) Revisión del planteamiento estratégico de abordaje de las diferentes áreas programáticas del nuevo modelo. Un desafío importante es la definición clara de las siguientes interrogantes: ¿qué vamos a hacer?, ¿cómo lo vamos a hacer?, ¿dónde y con quién hacerlo? 3) Uno de los retos más importantes es el desarrollo del Recurso Humano que quizás es uno de los pilares más olvidados en el modelo de prestación de servicios. Entre las áreas prioritarias de este aspecto están la definición de competencias necesarias para cada uno de los miembros del personal multidisciplinario y el entrenamiento necesario para poder tener un desempeño adecuado, definiendo necesidades de entrenamiento pre-servicio a nivel de las instituciones formadoras del recurso humano o en programas certificados de entrenamiento en servicio. 4) Monitoria y Evaluación: es necesario retomar la cultura de medir y valorar lo que los diferentes niveles de prestación de servicios contribuyen a la obtención de los logros globales de país y cómo se evalúa el desempeño de cada uno de los servicios. 5) Financiación: un reto importante es la definición clara del costeo unitario de los servicios, análisis de costo-efectividad y el costo-beneficio de la tercerización de servicios entre otros.

TRABAJOS LIBRES

- 1T. **Análisis de la literatura médica publicada en revistas nacionales como una herramienta de enseñanza – aprendizaje utilizada en los cursos de metodología de la investigación que imparte la Unidad de Investigación Científica (UIC), Facultad de Ciencias Médicas (FCM), UNAH.** Edna Maradiaga, Jackeline Alger, Yeny Chavarría, Iván Espinoza, Eleonora Espinoza, Mauricio Gonzales, Gustavo Moncada, Elizabeth Paguada, Denis Padgett, Manuel Sierra. Unidad de Investigación Científica, Facultad de Ciencias Médicas, UNAH, Tegucigalpa.

Antecedentes. La UIC imparte cursos de metodología de la investigación bajo diferentes modalidades dirigidos a estudiantes y docentes del pre y postgrado de la FCM y profesionales no docentes de la FCM, incluyendo médicos aspirantes a los Postgrados Clínicos de Medicina UNAH. El curso se basa en la metodología de “Aprender Haciendo” y como parte del contenido curricular del curso se desarrollan temas que proveen a los participantes los conocimientos y las herramientas para desarrollar un protocolo de investigación individual, el cual forma parte de los requisitos para aspirar a los programas de residencia. El análisis de la literatura médica publicada en revistas nacionales como una herramienta de enseñanza – aprendizaje se originó en el año 2008 y se definió que como parte del trabajo grupal del curso se realizara un análisis de los trabajos publicados en la Revista de Postgrados. Los objetivos de esta herramienta son: (1) contribuir a que los estudiantes adquieran los insumos teóricos y prácticos para realizar un análisis crítico reflexivo de los diferentes estudios publicados en el área de la salud; (2) desarrollar la habilidad de identificar los criterios mínimos metodológicos de calidad y los diferentes temas de investigación en cada uno de los artículos publicados; y 3) relacionar las nuevas investigaciones con temas prioritarios y líneas de investigación del postgrado. En el año 2009 la estrategia se revisó para establecer si cumplía con los objetivos descritos, con el propósito de efectuar los cambios necesarios en el análisis realizado para mejorar la calidad de las propuestas de investigación presentadas por los aspirantes a los Postgrados Clínicos de Medicina y que los temas seleccionados sean sobre temas prioritarios no estudiados. **Descripción de la experiencia.** Para uniformar criterios, se ha diseñado un perfil del proyecto de investigación que realizan incluyendo un formulario estructurado que se llena al revisar cada uno de los artículos asignados. Los estudiantes del curso son divididos en grupos y luego a cada grupo se le asigna el volumen y los números publicados en un periodo determinado. La información colectada es tabulada, digitada y analizada por ellos mismos en una base de datos en el programa EpiInfo (CDC, Atlanta, EUA). Al finalizar el curso cada uno de los grupos realiza una presentación sobre los hallazgos encontrados, las conclusiones y las recomendaciones respectivas. A continuación se presentan los resultados obtenidos en tres cursos impartidos entre abril y agosto del año 2009. En relación a la experiencia los participantes opinan: 1) “Notamos como a través del curso de cinco semanas fuimos mejorando nuestro conocimiento y habilidades para analizar artículos...”, 2) “Recomendamos revisar el instrumento pues algunas preguntas podían ser redundantes...”. Sobre las publicaciones expresaron que 1) “Cada grupo de investigación en el Postgrado debe contar con un miembro experto en metodología de la investigación...”, 2) “La actividad de investigación se puede realizar más efectivamente si nos encontramos motivados por los temas de investigación...”, 3) “Las instrucciones para autor deben estar incluidas en cada número de las revistas para unificar criterios...”, 4) “Llama la atención que la mayoría de los estudios no cuentan con dictamen ético.....” **Lecciones aprendidas.** Esta estrategia de aprender - haciendo ha sido efectiva en la enseñanza de la metodología de la investigación y también ha proporcionado múltiples oportunidades de aprendizaje para los estudiantes y para los docentes del curso.

2T. Caracterización de las infecciones por *Strongyloides stercoralis*. Rina Girard de Kaminsky,¹ Lysien Zambrano,² Carol Sevilla,² Carlos Sanchez,² Selvin Reyes.² ¹Departamento de Pediatría; ²Alumnos VII Año Carrera de Medicina; Facultad de Ciencias Médicas, UNAH, Tegucigalpa.

Antecedentes. El diagnóstico y tratamiento de estrongiloidiasis es difícil y no siempre efectivo, siendo una parasitosis que puede complicarse en personas con otras patologías o inmunocompromiso. **Objetivos.** Presentar resultados retrospectivos y discutir propuesta de proyecto que propone obtener información epidemiológica y clínica de pacientes con infección por *Strongyloides stercoralis*. **Material y métodos.** Se revisaron 6 de 19 expedientes de pacientes con estrongiloidiasis solicitados al Departamento de Estadística del Hospital Escuela. Adicionalmente se analizaron los resultados de publicaciones locales sobre el tema. Se presentará proyecto de investigación prospectiva que propone aplicar el método de Baermann y de Migración en agar a muestras de heces recibidas en el Servicio de Parasitología, Departamento de Laboratorios Clínicos, Hospital Escuela, para recobrar larvas de *S. stercoralis* e identificar portadores de esta parasitosis. Luego de explicar y solicitar la participación voluntaria del paciente, se levantará una encuesta para obtener datos que permitan determinar algunos factores de riesgo y características clínicas de utilidad para sospechar la infección. A los pacientes se les explicó en qué consistía el estudio, se les invitó a participar y se realizó consentimiento informado. **Resultados.** (Preliminares). **Retrospectivos.** La revisión de expedientes se dificulta por la pérdida, numeración equivocada o no correspondencia con el paciente. De los 6 revisados, todos eran de adultos, 5 de procedencia rural, 3 vivían con SIDA, uno tenía hepatomegalia sin otro diagnóstico, uno era expediente equivocado y otro consultó por problema dermatológico. **Prospectivos.** De los 12 pacientes prospectivos, 3 eran de área marginal de Francisco Morazán; el resto era de área rural de 6 Departamentos diferentes. Dos eran niños, uno tenía diagnóstico de atopia, uno tenía leucemia. Del resto todos eran adultos, 1 era VIH positivos, 4 vivían con SIDA, 1 insuficiencia renal crónica, 1 alcohólico crónico, 1 asma bronquial, 1 probable neoplasia y 1 anemia aplásica severa. **Conclusiones/Recomendaciones.** En pacientes con enfermedad crónica debilitante el desarrollo de formas severas de estrongiloidiasis conlleva una alta mortalidad, lo cual exige un diagnóstico rápido y un tratamiento supervisado contra estrongiloidiasis.

3T. Informe de un caso de malaria falciparum complicada con antecedente de residir en Ghana, Africa, país con resistencia reconocida a la cloroquina, Tegucigalpa, Honduras. Juan Carlos Zapata,¹ Jackeline Alger.² ¹Gastroenterología, La Policlínica; ²Servicio de Parasitología, Departamento de Laboratorios Clínicos, Hospital Escuela, Tegucigalpa.

Antecedentes. En Honduras no se ha documentado la existencia de parásitos *Plasmodium* spp. resistentes a la cloroquina (CQ). Sin embargo, en los últimos años se han documentado casos de malaria falciparum importada procedentes de países con resistencia reconocida a CQ. Por lo tanto, además de la posibilidad de emergencia de parásitos resistentes, existe un riesgo real de su introducción al país. Aquí se informa de un caso de malaria por *Plasmodium falciparum* atendido en el Hospital La Policlínica (HLP), cuyo origen de la infección se trazó a Ghana, Africa. **Descripción del caso clínico.** El paciente masculino, 60 años de edad, ciudadano japonés, ingeniero, fue atendido e ingresado en HLP el 15 de junio con cuadro de tres días de evolución de fiebre acompañada de escalofríos intensos, dolor articular general y cefalea. El paciente informó haber arribado en Honduras el 5 de junio procedente de Japón, donde estuvo durante un mes (mayo-junio). Los tres años anteriores (2005-2008) residió en Ghana, Africa. En los años 2005 y 2006 presentó un ataque de malaria cada año. En agosto de 2007 presentó un nuevo ataque febril pero encontrándose en Japón le dijeron que no era malaria. En abril 2008 presentó nuevo ataque malárico confirmado y tratado en Ghana. Refirió antecedente de tuberculosis pulmonar (2005) recibiendo tratamiento antifímico durante seis meses. Al momento de su ingreso en HLP se documentó fiebre de 38.5° C, sin encontrar alteración cardiopulmonar y sin masas o visceromegalias en abdomen. La radiografía de tórax demostró infiltrado intersticial apical izquierdo. El día 16 de junio se diagnosticó malaria por *Plasmodium falciparum* y se inició tratamiento con cloroquina. Por el antecedente epidemiológico, el

17 de junio se omitió la cloroquina y se inició tratamiento con mefloquina. Presentó trombocitopenia progresiva de 83,000 hasta 40,000/ μ L y anemia que evolucionó de 13 a 10.2 g/dL. En el Día 0 del tratamiento con mefloquina la densidad parasitaria fue 147 estadios asexuales sanguíneos (EAS)/52 leucocitos más un gametocito y un leucocito con pigmento fagocitado. En el Día 2 la reducción de la densidad parasitaria fue de aproximadamente 45%; en el Día 3 fue superior a 95%. Se administró tratamiento con primaquina a dosis gametocitocida (dosis total de 90 mg en 3 días). El paciente evolucionó de forma satisfactoria cediendo la fiebre y aumentando el conteo plaquetario; egresó el 21 de junio. Sus controles a los Días 7 y 14 no demostraron parásitos en 300 campos. El análisis biológico molecular por técnica PCR demostró *P. falciparum* genotipo K1 (infección policlonal). **Conclusiones y recomendaciones.** Se informa sobre un caso de malaria falciparum complicada procedente de un país africano con resistencia reconocida a la cloroquina y que respondió adecuadamente al tratamiento alternativo con mefloquina. Las complicaciones incluyeron trombocitopenia severa y anemia moderada. Honduras debe contar con lineamientos técnicos para abordar estos casos de malaria resistente importada desde el punto de vista clínico y epidemiológico. Es necesario contar con antimaláricos alternativos a la CQ así como medicamentos parenterales. *Estudio financiado parcialmente por Proyecto Fortalecimiento de la Respuesta Nacional para la Protección y Promoción de la Salud en Malaria, Tuberculosis y SIDA, Fondo Mundial Honduras; Programa Nacional de Prevención y Control de la Malaria, Secretaría de Salud; US Army Center for Health Promotion, San Antonio, Texas, Estados Unidos de América.*

4T. Malaria transfusional: informe de un caso sospechoso investigado en el Hospital Escuela, Tegucigalpa, agosto 2008. Jackeline Alger, MD, PhD;¹ Jorge García, MQC;^{1,2} Elizabeth Vinelli, MD,³ Juana Lozano, MD.³ ¹Servicio de Parasitología, Departamento de Laboratorios Clínicos, Hospital Escuela; ²Proyecto Fondo Mundial Componente Malaria; ³Cruz Roja Hondureña.

Antecedentes. La transmisión de *Plasmodium* spp. por vía transfusional continúa siendo un riesgo importante para la seguridad sanguínea. Aunque se hacen esfuerzos por excluir mediante interrogatorio a los donantes con riesgos para la transmisión de la malaria en los Bancos de Sangre de Honduras, aun no se han implementado pruebas de tamizaje sensibles para la detección del parásito en los donantes de sangre. **Descripción del caso.** Paciente femenina, de 64 años, ingresó al Hospital Escuela en agosto 2008 con diagnóstico de malaria por *Plasmodium falciparum*. Se identificó la transfusión sanguínea como probable origen de la infección ya que ella residía en zona no endémica, aseguró no haber viajado a otro lugar y fue transfundida en un centro asistencial privado dos semanas antes. Con el apoyo de la Dirección General de Vigilancia de la Salud, Secretaría de Salud, y la Cruz Roja Hondureña, se trazaron siete donantes a quienes se interrogó y tomó muestra de sangre. El tiempo promedio transcurrido entre la donación y la toma de muestra para evaluación fue 6 semanas (rango 4-11 semanas). El examen inicial de gota gruesa de la paciente (Día Cero) identificó *P. falciparum* 874 estadios asexuales sanguíneos/31 leucocitos. Después de tratamiento parenteral con quinina y oral con cloroquina, evolucionó adecuadamente y el control Día 6 demostró *P. falciparum* 1 gametocito/300 campos + 2 leucocitos con pigmento fagocitado. Cinco donantes procedían del CMDC y dos de comunidades de Francisco Morazán y El Paraíso. La gota gruesa de los donantes no demostró parásitos en 300 campos. Las muestras almacenadas en papel filtro fueron analizadas mediante la técnica de PCR. Se extrajo ADN y se utilizó marcadores moleculares que amplifican el gene de la Proteína 1 de la Superficie del Merozoito (*MSP1*) de *P. falciparum*. Los productos amplificados fueron visualizados en electroforesis de gel de agarosa al 2%. El análisis molecular de la muestra de la paciente LAC dio como resultado un fragmento de aproximadamente 1130 pares de bases (pb) con el marcador MSP1 Bloques I-V. La amplificación con el marcador MSP1 Bloque II alelo MAD20 no detectó ADN mientras que el marcador MSP1 Bloque II alelo K1 demostró un fragmento de aproximadamente 200 pares de bases. El análisis molecular de las muestras de los siete donantes no amplificó ADN. **Conclusiones y recomendaciones.** No se pudo examinar evidencia directa por no contar con muestras de las unidades de sangre transfundidas. El análisis microscópico y biológico molecular no identificó infección por *P. falciparum* en los donantes. Entre las posibles causas podemos mencionar: 1) portadores asintomáticos con densidad parasitaria baja no detectable,

2) automedicación con eliminación de parásitos, 3) ausencia de infección por *P. falciparum*. El genotipo de los parásitos *P. falciparum* encontrados en la paciente se define como MSP1 K1. Es necesario propiciar un diálogo que permita establecer lineamientos claros para la valoración de donantes de sangre con riesgos potenciales para la transmisión malaria. *Estudio financiado parcialmente por Proyecto Fortalecimiento de la Respuesta Nacional para la Protección y Promoción de la Salud en Malaria, Tuberculosis y SIDA, Fondo Mundial Honduras; Programa Nacional de Prevención y Control de la Malaria, Secretaría de Salud; US Army Center for Health Promotion, San Antonio, Texas, Estados Unidos de América.*

5T. Experiencia de control y vigilancia comunitaria de la Enfermedad de Chagas en el Municipio de Corquín, Departamento de Copán, Honduras, Centro América. Antonio Zaldivar Chacón,¹ Luis Edgardo Tabora,² Ken Hashimoto.³ ¹Técnico de Salud Ambiental Santa Rosa de Copán, ²Técnico de Salud Ambiental Corquín, Secretaria de Salud; ³Agencia de Cooperación Internacional del Japón – JICA.

Antecedentes. En Honduras, la Enfermedad de Chagas afecta en mayor proporción a la población económicamente activa. Los efectos de la infección por *Trypanosoma cruzi* en los órganos internos, especialmente en el corazón, provocan un crecimiento anormal que resulta en una cardiopatía. El municipio de Corquín, situado al sur del Departamento de Copán, con una población aproximada de 11,550 habitantes y 2,536 viviendas ubicadas en un área de 138 Km², es uno de los municipios con alto riesgo por la presencia del vector que la transmite. Las actividades de control y vigilancia de la Enfermedad de Chagas en este municipio iniciaron en el año 2004 con el apoyo del Programa Nacional de Prevención y Control de la Enfermedad de Chagas de la Secretaría de Salud (PNCH) y la Agencia Japonesa de Cooperación Internacional (JICA). **Descripción de la experiencia.** Inicialmente se realizó una exploración entomológica que consistió en la presentación de fotografías del insecto transmisor a los escolares la cual concluyó que el 55% de los niños había visto el vector en sus hogares. Posteriormente se realizó una exploración serológica aplicando una prueba rápida a 777 niños de 29 escuelas encontrando 6% reactivos con anticuerpos contra *T. cruzi*. Con esta información se programó una encuesta entomológica con Técnicos de Salud Ambiental y voluntarios de las comunidades, estableciendo 38% de infestación domiciliar del vector, *Triatoma dimidiata*, en el municipio. A partir de los resultados encontrados, se procedió en 2005 a realizar un rociamiento masivo de insecticida piretroide logrando una cobertura de 96% de 2,366 viviendas en riesgo y encontrando durante la actividad 143 viviendas más con reporte del vector. El recurso humano para el rociado fue financiado por el gobierno local. Después de controlar el agente transmisor se realizó una encuesta serológica en menores de 15 años, tomando muestras en papel filtro para ELISA a 1,351 niños de los cuales 3 resultaron positivos. Los niños recibieron el tratamiento correspondiente bajo supervisión médica sin presentar efectos secundarios. En 2007, se organizó una campaña de vigilancia comunitaria “**Sin chinches no hay Chagas**” en el municipio. Se fortaleció la red de voluntarios, incorporando a los maestros y niños de las comunidades capacitándolos para que lograran identificar los criaderos preferenciales y factores que contribuyen a la colonización del vector. Para lograr una mejor motivación y participación en la campaña, se montó una obra de teatro la cual se presentó en las escuelas y colegios de la zona. **Lecciones aprendidas.** La participación del gobierno local y la comunidad en la búsqueda, entrega y control químico del vector, así como el ordenamiento del medio, ha sido fundamental para alcanzar los objetivos propuestos, tales como la disminución de los indicadores de infestación y la negatividad de los pacientes tratados a los 18 meses del tratamiento. Se recomienda 1) realizar la evaluación entomológica periódica de la zona, 2) elaborar un plan de intervención a partir de los resultados encontrados, 3) fortalecer la red de voluntarios existentes en el municipio y 4) aplicar una encuesta de conocimientos, actitudes y prácticas para evaluar el proceso de la vigilancia.

6T. Experiencia vivida durante las actividades de la Enfermedad de Chagas en el Municipio de Dolores, Intibucá, 2004-2009. Bielka Pineda,¹ Gaspar Reyes,¹ Lexsy Iliana Calix,¹ Roger Reyes,² Luis Israel Girón.² ¹Centro de Salud de Dolores; ²Región Departamental de Salud, Intibucá; Secretaría de Salud.

Antecedentes. El Municipio de Dolores esta ubicado en el occidente del Departamento de Intibucá con de población de 4,774 habitantes y 920 viviendas, tiene 19 localidades y con 8 acceso vehicular. Su actividad económica en su mayoría es de cultivo de maíz, frijol y café. Los centros educativos están ubicados en 18 localidades con 22 escuelas. En 2004, se encontraban dos vectores principales de Chagas, *Triatoma dimidiata* en todo el municipio y *Rhodnius prolixus* en 7 localidades. Se examinó en 2004 y 2007, un total de 1,943 en niños menor de 15 años con la serología de Chagas, saliendo un total de 58 niños (3.0%) positivos. **Descripción de la experiencia.** Se rociaron con insecticida piretroide un total de 909 viviendas, lográndose un cobertura de 98.8%. Fueron 58 niños tratados en 2006 con el medicamento, nifurtimox. En 2008 se evaluó a 18 meses post-tratamiento a los 54 niños, quedando 28 niños (51.9%) con serología negativos. Se instaló el sistema de vigilancia en 2007 para obtener datos reales de la presencia de vectores en el municipio con el personal voluntario y líderes de la comunidad, cubriendo 100% de las comunidades. Los voluntarios de salud con las actividades de promoción de búsqueda de vector en su comunidad y envío del vector al Centro de Salud. El personal del Centro de Salud se lleva el registro diario de vectores enviados, se organiza la reunión mensual de voluntarios, se socializa los resultados mensuales de análisis de información y se actualiza el mapa de riesgo para caracterizar la presencia de los vectores, niños positivos y viviendas no mejoradas y plan de actividades para vigilancia del vector. Los datos recolectados son enviados a la oficina departamental de Salud. Como resultados de la vigilancia, a partir de 2005 hasta la fecha, no se han encontrado *R. prolixus* en todo el municipio. Insectos *T. dimidiata* se han reportado desde 2005 en 22 viviendas, 2006 en 17 viviendas, 2007 en 39 viviendas, 2008 en 76 viviendas y 2009 hasta el mayo en 36 viviendas. **Lecciones aprendidas.** Con los diferentes sectores del municipio se han relacionado o involucrado en las actividades de vigilancia de Chagas. El trabajo coordinado facilita recolección de información de vectores de todas las comunidades, la cual las personas de comunidades generan los datos, los voluntarios trabajan como enlace enviando las muestras al Centro de Salud y el personal de Centro de Salud confirma, registra, analiza y retroalimenta a la población a través de los voluntarios de salud. Promoción de la vigilancia se fortaleció por medio de lineamientos e insumos tal como materiales educativos, bolsas para envío de muestras, pruebas de diagnóstico y medicamentos por el nivel regional y central. Para la actividad del rociamiento de insecticida, la Municipalidad ha proporcionado la alimentación a los rociadores comunitarios. En la actualidad, se necesita fortalecer la vigilancia por medio de incentivo y capacitación a los voluntarios de salud y a los maestros y rociar 100% de las comunidades con presencia de ninfas de *T. dimidiata* como respuesta a la vigilancia comunitaria.

7T. Vigilancia de la Enfermedad de Chagas en en el sector de San José de la Reunión en el Municipio de Ocotepeque, Depto. de Ocotepeque de 2004- 2008. José German Lopez,¹ Toshitake Nishihara,² Jorge Henrriquez,³ Hernan Chinchilla.³ ¹Centro de Salud de Ocotepeque, Secretaría de Salud; ²Agencia de Cooperación Internacional del Japón; ³Región Departamental de Salud, Ocotepeque, Secretaría de Salud.

Antecedentes. El sector de San José de la Reunión está ubicado al oeste del municipio de Ocotepeque a 16 km de distancia, al sur con la República de El Salvador, cuenta con acceso vehicular. Este sector está constituido por seis comunidades, con población de: 471 habitantes; en su mayoría pertenece a la etnia Chortis, contando con una unidad de Salud, CESAR, organizado en un comité de 32 voluntarios de Salud y 6 Rociadores comunitarios. Existen 112 viviendas y cinco escuelas primarias. En 2004 a través de búsqueda de Vector de Chagas por la comunidad y Secretaria de Salud se encontraron 6 comunidades infestadas con *Rhodnius prolixus* y *Triatoma dimidiata*. En 2005 se examinaron 110 niños y resultaron 13 positivos (11.8%) en la encuesta serológica. **Descripción de la experiencia.** En 2004 se realizó el primer rociado en 100% de viviendas, con participación de la comunidad, comité de Salud, personal institucional con capacitación y organización de la actividad. En 2005 se encontró una

vivienda positiva por *R. prolixus* reportada por un voluntario de Salud, dando paso de inmediato a realizar un segundo rociamiento, se tuvo cobertura de 100% en una localidad positiva y 3 comunidades colindantes. Se procedió a tratar los 13 niños positivos de chagas bajo la supervisión del médico, en 2006. En la evaluación Post tratamiento a 18 meses, se negativizaron 5 niños quedando 8 pendientes de seroconversión. En el año 2007 fue Instalado un sistema de vigilancia que consiste en notificación comunitaria y rociado selectivo para mantener la infestación vectorial mínima para evitar la transmisión de Chagas. Se realizaron una serie de actividades comenzando por la elaboración de mapas de riesgo, considerado como un instrumento para identificar viviendas y comunidades a vigilar con más intensidad. Se reunieron los voluntarios de salud mensualmente, analizando la infestación y distribución del vector en cada comunidad. En base a los resultados de análisis se programó y se realizó inmediatamente el rociado selectivo como respuesta a las viviendas reportadas positivas. Para promover la participación en la comunidad en la búsqueda de vectores y brindar apoyo técnico a los voluntarios de salud, se les visitó a cada comunidad por parte del Equipo institucional de TSA y Auxiliares de Enfermería. Como resultado de la vigilancia no se han encontrado *R. prolixus*, y para *T. dimidiata* 39 viviendas fueron notificadas y 43 rociadas en 2007; durante el 2008, 15 viviendas fueron notificadas y 8 rociadas. A partir del 2008 se aplico el criterio de respuesta de rociar viviendas con colonización de *T. dimidiata*. **Lecciones aprendidas.** El involucramiento activo del personal comunitario es clave para el éxito y la sostenibilidad del sistema de vigilancia (solo el pueblo cambia el pueblo), a través de identificación de roles de diferentes actores y establecimientos de compromisos conjuntos. El acompañamiento técnico del personal Institucional a la comunidad es importante en cada proceso para motivar, sensibilizar y controlar la calidad de las actividades realizadas.

8T. Avances del sistema de vigilancia de la Enfermedad de Chagas en el Centro de Salud Rincón del Buey, Copán Ruinas. Lucia Yesenia García,¹ Ritza Suazo,² Emiliano López,³ José Luis Torres,² Doris Ramírez,¹ Martín Pineda,¹ Ken Hashimoto.⁴ ¹Centro de Salud Rincón del Buey, Copán Ruinas, ²Centro de Salud Copán Ruinas, ³Centro de Salud La Entrada, Secretaría de Salud; ⁴Agencia de Cooperación Internacional del Japón-JICA.

Antecedentes. La enfermedad de Chagas es calificada por el Banco Mundial como la más seria de las infecciones parasitarias en América, sobrepasando la suma de malaria, leishmaniasis y otras. Se calcula que las personas infectadas en Honduras son 220,000, y el número de personas en riesgo 3,500,000 identificándose como una zona endémica el Municipio de Copán Ruinas. Un estudio serológico en 2004 confirmó 54 niños (10%) positivos en los niños mejores de 18 años de edad en la zona del Rincón del Buey, Copán Ruinas. Realizándose las acciones de rociamiento de 676 viviendas con insecticida y tratamiento de los 53 pacientes. **Descripción de la experiencia.** La experiencia consiste en dos componentes; 1) instalación del sistema de vigilancia entre octubre y diciembre 2008 y 2) ejecución de acciones encaminadas hacia la vigilancia del vector a partir de enero 2009. 1) Comprende la participación comunitaria en el cual se elaboró un comité de Chagas con el personal voluntario (representante de cada comunidad). Se realizó la capacitación del personal voluntario por el personal de salud, elaboración de plan de trabajo y mapa de riesgo de cada comunidad. 2) Se realizaron envío del vector por la comunidad y registro del mismo por el Centro de Salud. Analizando la información recolectada y colocando en un mural informativo en el establecimiento. Para fortalecer el sistema de vigilancia, se les ha dado materiales para la captura de chinches, charlas educativas y presentación del taller de revocado de la pared para el mejoramiento de viviendas en reuniones mensuales de voluntarios. **Lecciones aprendidas.** 1) En el mes de enero y febrero de 2009, hubo mayor reporte del vector (9 en cada mes), disminuyendo en el mes de marzo, abril y mayo (3, 4 y 1, respectivamente). Reducción de número de reporte se vio afectado por disminución de motivación de los voluntarios posiblemente por el pago inicial en la fase de capacitación y/o falta de respuesta a sus demandas de atención clínica al problema de Chagas. 2) Mapa de riesgo elaborado y actualizado por el comité de Chagas hace más accesible la información, permitiendo un mejor análisis de situación de cada comunidad. 3) Limitante en el sistema de vigilancia es la supervisión del control de calidad de cobertura y acción de búsqueda del vector (ej. dificultad en identificación de ninfas y en el envío del vector). Se recomienda buscar una alternativa para verificar los datos que llegan al Centro de Salud. 4)

La comunidad y el comité organizado para el enlace al Centro de Salud son capaces de trabajar adecuadamente para la interrupción de transmisión de Chagas por el vector.

- 9T. Experiencia de la vigilancia de la Enfermedad de Chagas en el municipio de San Marcos de Sierra, Departamento de Intibucá, año 2009.** Luis Berrios,¹ Orlando Medina,¹ Roger Reyes,² Luis Israel Girón.² ¹Centro de Salud de Dolores, Intibucá, Secretaría de Salud; ²Región Departamental de Salud, Intibucá, Secretaría de Salud.

Antecedentes. San Marcos de Sierra ubicado en la parte sur del Dpto. de Intibucá, cuenta con 34 comunidades, con una población de 6,477 habitantes de los cuales 2,770 son menores de 15 años. Existen 1,595 viviendas, 39 escuelas, 2 colegios, 1 CESAMO, 1 CESAR, 1 médico, 3 enfermeras auxiliares, 1 TSA, 50 voluntarios de salud y 25 rociadores comunitarios. El municipio de San Marcos de Sierra fue catalogado por el Instituto Nacional de Estadísticas, (INE), como el municipio más pobre del departamento. Actualmente la municipalidad, el Fondo Hondureño de Inversión Social y CARE International han repuesto 939 viviendas, de un total de 1595, que presentan factores de riesgo para la presencia de vectores transmisores del parásito de la enfermedad de Chagas. La mayoría de las personas trabajan en la agricultura de subsistencia. Dadas las características del municipio de San Marcos de Sierra, que favorecen el hábitat de los vectores *Triatoma dimidiata* y *Rhodnius prolixus*, fue necesario realizar diversas actividades que incluye: encuesta entomológica, rociamiento, encuesta serológica y tratamiento. **Descripción de la experiencia.** Dada la alta prevalencia de *R. prolixus* en el municipio, se realizaron actividades, encaminadas al control de la enfermedad. El rociamiento se inició en el año 2004, en el 100% de las viviendas, para ello se capacitaron 25 voluntarios y 7 TSA. Todas estas actividades fueron realizadas de forma armonizada entre la alcaldía, ONG, JICA y la Secretaría de Salud. Parte de todas estas actividades, es el sistema de vigilancia, que es realizado en conjunto con los voluntarios y el personal técnico de salud. La cual consiste en el envío de información o especímenes, desde el nivel comunitario pasando por la unidad de salud, el municipio, de este al nivel departamental en donde se consolida al departamental, quienes posteriormente la envían al nivel central, para preparar la respuesta. Posteriormente a estas actividades se han encontrado especímenes en tres viviendas en el año 2007. La encuesta serológica, se ha realizado a 1,625 menores de 15 años de edad, de los cuales resultaron positivos 65 niños, de estos se les ha administrado tratamiento a 57 y están pendiente de su finalización 8 niños. El medicamento suministrado es nifurtimox. **Lecciones aprendidas.** 1) Los diferentes sectores del municipio, se han involucrado en cada una de las actividades del sistema de vigilancia de la enfermedad de Chagas. 2) El tratamiento fue muy bien tolerado por los pacientes, siendo las reacciones adversas más frecuentes: cefalea, disminución del apetito y dolor abdominal. Con excepción de un paciente, quien presentó síntomas neurológicos, caracterizado por parestesias y pérdida del conocimiento. 3) La injerencia política, no permite seleccionar adecuadamente las viviendas que reúnen los factores de riesgo, para ser repuestas.

- 10T. Participación comunitaria en el control y la vigilancia epidemiológica de la Enfermedad de Chagas en el municipio de Santa Cruz, Lempira, 2004 -2009.** Elvin Antonio Rodríguez,¹ José Edman Muñoz,¹ Kiyoko Izumi,² Ken Hashimoto,² Concepción Zúniga,³ Noel Guerra.⁴ ¹Unidad de Salud de Santa Cruz; ²Agencia de Cooperación Internacional del Japón – JICA; ³Programa Nacional de Prevención y Control de la Enfermedad de Chagas, Secretaría de Salud; ⁴Región Sanitaria de Lempira.

Antecedentes. En Honduras, el número de personas infectadas por la enfermedad de Chagas, se estima en 220,000 y el número de personas en riesgo de infectarse en unas 3, 500,000. El municipio de Santa Cruz, se ubica en el tercer lugar de los municipios más pobres de Honduras, tiene una población de 5,858 habitantes, de los cuales 2,661 son menores de 15 años. Para el control y vigilancia de la enfermedad de Chagas, se establecieron 2 fases, de ataque y vigilancia. En la primera se determinaron los índices de infestación por *Rhodnius prolixus* y *Triatoma dimidiata*, se realizó un estudio serológico a población escolar y se hizo rociamiento masivo en todas las localidades. Se

aplicó una encuesta entomológica en 496 viviendas de 33 comunidades, el 98 % tenían al menos una condición que favorece la colonización por el vector, ya sea piso de tierra, paredes de adobe sin repello, de material vegetal o de bahareque y el techo de paja. 4 comunidades reportaron un índice de infestación por *T. dimidiata* mayor del 5% y 5 localidades (15%) reportaron la presencia de *R. prolixus*. 20 miembros de personal comunitario se entrenaron para el rociamiento masivo de 1,145 viviendas de 40 comunidades. La encuesta serológica se hizo mediante prueba rápida y se estudiaron 345 niños de 12 escuelas, en 9 centros educativos (60 %) se obtuvieron pruebas rápidas positivas, el número de niños con pruebas positivas fueron 13 (3.7 %), la diferenciación por género es 5 niñas (38 %) y 8 varones (62 %). **Descripción de la experiencia.** En la fase de vigilancia la capacitación sobre Chagas se ha dirigido a personal comunitario de salud, autoridades municipales, docentes, alumnos y población general, la distribución de material educativo ha sido importante para que la población participe activamente en la vigilancia, aprendiendo a identificar los tipos de vectores, los lugares donde buscarlo, técnica para capturarlo y enviarlo a la unidad de salud. El personal de salud está organizado en una red municipal, que es gestora de procesos como el de vigilancia de presencia de vectores en las localidades, en la reunión mensual dan el reporte de chinches capturadas, después del rociamiento masivo no se ha tenido registro de *R. prolixus*, sólo de *T. dimidita*, en 2006 se reportó captura en 14 de 218 casas de 6 comunidades, en 2007 se capturó en 15 de 172 casas de 5 localidades, en 2008 se capturó en 9 de 220 casas de 4 comunidades y hasta junio de 2009 se reporta en 25 de 253 casas de 6 comunidades. En los años anteriores la cantidad de reportes se ha mantenido, en el primer semestre de 2009 el número de localidades se mantiene, pero el incremento de vectores capturados refleja un mayor interés y participación de las personas en este proceso. **Lección aprendida.** El control y vigilancia epidemiológica de la enfermedad de Chagas es posible mediante la participación comunitaria y la coordinación inter institucional.

11T. Estudio de prevalencia y mortalidad por cáncer en la población general en el periodo enero 2003 a diciembre 2007, en los municipios y/o zonas de influencia cubiertos por Médicos en Servicio Social: resultados preliminares y experiencia de una estrategia innovadora de investigación en temas prioritarios nacionales. Manuel Sierra,¹ Elizabeth Paguada,¹ Rosa Maria Duarte,² Jacqueline Figueroa,³ Mauricio Gonzales,¹ Jackeline Alger,¹ Eleonora Espinoza,¹ Ivan Espinoza,¹ Edna Maradiaga,¹ Gustavo Moncada,¹ Denis Padgett.¹
¹Unidad de Investigación Científica, Facultad de Ciencias Médicas, UNAH; ²Programa Nacional de Cáncer, Secretaría de Salud de Honduras; ³Centro de Cáncer Emma Romero Callejas; Tegucigalpa, Honduras

Antecedentes. Existe un convenio suscrito entre el Colegio Médico de Honduras, la Secretaría de Salud de Honduras (SSH) y la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional Autónoma de Honduras (FCM UNAH) para la investigación nacional de temas prioritarios de salud con la participación de médicos en servicio social (MSS) de la Carrera de Medicina. La realización de estos trabajos de investigación además ha sido ratificada como requisito de graduación por las autoridades de la UNAH. Para la promoción de MSS Abril 2008 – Julio 2009, la Unidad de Investigación Científica (UIC), FCM UNAH, en conjunto con el Programa Nacional de Cáncer de la SSH y el Centro de Cáncer Emma Romero Callejas, diseñaron un estudio nacional en las zonas de influencia de las unidades de salud y hospitales asignados a los MSS. **Objetivo.** contribuir a dimensionar la magnitud de la problemática de cáncer y proponer recomendaciones para diseñar estrategias de control y prevención de cáncer en las zonas de influencia de los MSS. **Material y Métodos.** Se realizó un estudio descriptivo transversal. Aproximadamente el 10% de los MSS, asignados a hospitales públicos, realizaron un registro de los expedientes de personas admitidas o egresadas con diagnóstico de cáncer en el período 2003-2007. El resto de los MSS, hizo un estudio poblacional de alrededor de 200 viviendas cada uno utilizando un muestreo aleatorio multi-etápico. Se utilizaron instrumentos aplicados a informantes clave, a residentes de la comunidad o al expediente clínico. Se diseñó una base de datos en EpiInfo 3.5 (CDC, Atlanta, GA, EUA). **Resultados.** Como parte del proceso, los MSS asistieron a 5 talleres programados para afianzar las fases del proceso de investigación científica, implementar el protocolo de investigación en sus diferentes fases y profundizar en temas específicos de cáncer desde una perspectiva interdisciplinaria. Un total de 90 MSS participaron en el estudio

poblacional estudiando 16,383 viviendas y detectando 1,119 casos de cáncer en población general para el período 2003-2007. En el estudio hospitalario participaron 13 MSS quienes detectaron 1,060 casos de cáncer en el mismo período. **Conclusiones/Recomendaciones.** La UIC ha diseñado una estrategia innovadora para promover la investigación nacional de temas prioritarios de salud en Honduras. Esta estrategia de bajo costo utiliza la metodología de “Aprender Haciendo”. Los MSS fueron capacitados en el proceso de investigación científica y sensibilizados y capacitados en aspectos bioéticos de la investigación. También se enfatizó sobre la importancia de la prevención y el auto-cuidado de la salud como los pilares fundamentales costo-efectivos para disminuir la incidencia y la morbi-mortalidad por cáncer en el país.

12T. Caracterización clínica y epidemiológica del cáncer en el Hospital Manuel de Jesús Subirana, en la ciudad de Yoro, Yoro, Honduras, en el periodo 2003-2007. Mauricio O. Martínez,¹ Elizabeth Paguada,² Manuel Sierra,² Jackeline Alger,² Mauricio Gonzales.²
¹Médico en Servicio Social Período 2008-2009; ²Unidad de Investigación Científica, Facultad de Ciencias Médicas, UNAH, Tegucigalpa, Honduras.

Antecedentes. El cáncer es un grupo de enfermedades diferentes caracterizadas por crecimiento y propagación descontrolada de células anormales. Constituye una epidemia que afecta a más de 10 millones de personas en todo el mundo, incluyendo Honduras. Durante el año 2006, el Centro de Cáncer Emma Romero de Callejas informó más de 18,000 víctimas de cáncer de las cuales 2,300 eran pacientes nuevos. **Objetivos.** Determinar la proporción y mortalidad por cáncer y el perfil clínico-epidemiológico de los pacientes atendidos en el Hospital Manuel de Jesús Subirana (MJS), Yoro, en el período de 2003 a 2007. **Material y Métodos.** Estudio descriptivo transversal realizado a nivel nacional por el grupo de médicos en servicio social, período 2008-2009. Se analizó los expedientes clínicos de las personas admitidas con diagnóstico de cáncer en el Hospital MJS. Se utilizó un instrumento de 13 preguntas. Se diseñó una base de datos utilizando el programa EpiInfo 3.5.1 (CDC, Atlanta, GA, EUA). Los resultados se presentan como frecuencias y porcentajes de las variables estudiadas y cruces bivariados. **Resultados.** En el período 2003-2007 se registraron 98 casos de cáncer para una proporción acumulada de 0.028% (28 x 100,000 atenciones). De los 98 casos, se obtuvo el expediente clínico de 91 (92.8%), distribuidos en 41 (45.0%) hombres y 50 (55.0%) mujeres. La mayoría de los casos correspondió a mujeres (36.3%) y hombres (12%) mayores de 60 años de edad, seguidos por el grupo de hombres de 40 a 49 años (17.6%). Los tres tipos de cáncer más frecuentes fueron en las mujeres cáncer de cérvix (56.0%), cáncer de mama (26.8%) y cáncer de estómago (14.6%); en los hombres cáncer de estómago (44.0%), cáncer de pulmón (14.0%) y cáncer de próstata (12.0%). El diagnóstico se realizó con mayor frecuencia en el propio Hospital MJS (77.0%). El 68.1% (62) recibió tratamiento, 17.6% (16) rechazó la terapia y en el resto no se consignó en el expediente (14.2%). La terapia más usada fue la cirugía oncológica (29.7%), seguida por radioterapia y quimioterapia (26.4% y 9.9%, respectivamente). En 65 casos (72.2%) se consignó en el expediente clínico que se practicó biopsia pero solo en 6 (6.7%) se encontró informe anatomopatológico. La mortalidad fue de 9.8% (9). **Conclusiones/Recomendaciones.** La proporción de casos de cáncer en el Hospital MJS en el periodo 2003-2007 es de 0.03%. En el periodo del estudio, el cáncer de estómago fue la principal causa de ingreso y cuidados hospitalarios por procesos neoplásicos en el Hospital MJS. El cáncer más frecuente en las mujeres fue el cáncer de cérvix (56.0%); en hombres fue el cáncer gástrico (44.0%). La mortalidad en 5 años fue 9.8%. Recomendamos fomentar la investigación científica en el área de salud para identificar los factores que predisponen a la población de Yoro al desarrollo de neoplasias de origen gástrico. Se deben implementar campañas educativas para fomentar la detección temprana de casos.

13T. Estudio de prevalencia y mortalidad por cáncer en la población general en el período Enero 2003 a Diciembre 2007, en el municipio de Güinope, Departamento de El Paraíso, zona central de Honduras. Diana V. Sierra,¹ Elizabeth Paguada,² Manuel Sierra,² Jackeline Alger,² Mauricio Gonzales.² ¹Médico en Servicio Social Período 2008-2009; ²Unidad de Investigación Científica, Facultad de Ciencias Médicas, UNAH, Tegucigalpa, Honduras.

Antecedentes. En Honduras, no se cuenta a nivel nacional con información completa y unificada sobre cáncer. La Unidad de Investigación Científica, Facultad de Ciencias Médicas, UNAH, convocó a los Médicos en Servicio Social del período 2008-2009 a realizar un trabajo de investigación con la finalidad de dimensionar la magnitud de la problemática por cáncer en Honduras. **Objetivos.** Determinar la prevalencia y mortalidad por cáncer, la proporción de uso de métodos de prevención para cáncer y el perfil epidemiológico del cáncer en el municipio de Güinope, Departamento de El Paraíso, en el periodo Enero 2003 a Diciembre 2007. **Material y métodos.** Estudio descriptivo transversal, modalidad estudio poblacional con muestreo aleatorio multi-etápico de 200 viviendas. Se utilizaron tres instrumentos: uno se aplicó a informantes clave, otro en cada vivienda encuestada y el otro a cada caso de cáncer identificado. Los resultados se presentan como frecuencias y porcentajes de las variables estudiadas y cruces bivariados. **Resultados.** El cáncer representó la primera causa de mortalidad en el municipio de Güinope, con prevalencia anual que varió entre 0 y 0.7 casos por 1000 habitantes en el periodo de 5 años (2003-2007) y prevalencia acumulada de 1.2 casos por 1000 habitantes (7 casos/5,694 habitantes). En el municipio no se identificaron actividades mineras ni industriales a gran escala pero si actividad agrícola con uso de pesticidas. Se obtuvo información sobre prácticas de medidas de prevención de 470 individuos de la comunidad. De estos, entre 98 hombres mayores de 50 años (20.9%), solo el 13.2% informó haberse realizado examen rectal y solo 6.1% la determinación de antígeno prostático en los últimos 5 años. De 372 mujeres mayores de 10 años (79.1%), el 66.1% informó haber tenido relaciones sexuales y haberse practicado en los últimos 5 años una citología vaginal (25.3%), un auto examen de mamas (32.0%), un examen clínico de mamas (18.5%) y una mamografía (4.3%). La mayoría de los casos de cáncer se presentó en mujeres (71.4%), en el grupo de 20-49 años (71.4%). Se encontró el antecedente familiar de cáncer en primer en 42.8% de los casos y los siguientes hábitos: tabaquismo (28.6%), consumo de alcohol (28.6%) y el uso de hormonas (80.0%). No se encontró un tipo de cáncer predominante en la población: un caso cada uno de cáncer de mama, pulmón, colon, retinoblastoma, riñón, leucemia y uno no determinado. Una proporción importante de los casos fueron diagnosticados (42.9%) y tratados (66.7%) en el Hospital Escuela, Tegucigalpa. La mayoría (71.4%) se realizó una biopsia pero no fue discutida ni entregada al paciente ni a sus familiares. **Conclusiones/Recomendaciones.** El cáncer se constituye una causa importante de morbilidad y mortalidad en el municipio de Güinope. Menos del 50% de la población encuestada practica medidas de detección temprana de cáncer. Recomendamos fomentar las medidas de detección temprana de cáncer en la población. El personal de salud debe proporcionar la información pertinente utilizando este espacio como una oportunidad para educar al paciente y sus familiares.

14T. Prevalencia y mortalidad por cáncer en la población general, patrones de prevención de los tipos de cáncer más frecuentes y los factores asociados en el municipio de Las Flores, Lempira, en el periodo enero 2003 a diciembre 2007. Mirna L. Centeno,¹ Elizabeth Paguada,² Manuel Sierra,² Jackeline Alger,² Mauricio Gonzales.² ¹Médico en Servicio Social Período 2008-2009; ²Unidad de Investigación Científica, Facultad de Ciencias Médicas, UNAH, Tegucigalpa, Honduras.

Antecedentes. El marcado aumento del cáncer lo ha convertido en uno de los padecimientos más devastadores del mundo, por lo que a nivel mundial los programas nacionales de control de cáncer destacan las medidas de prevención, lo que implica disminuir la exposición a las causas de cáncer y la detección temprana de los casos. **Objetivos.** Determinar la prevalencia y mortalidad por cáncer, la proporción de uso de métodos de prevención para cáncer y el perfil epidemiológico del cáncer en el municipio de Las Flores, Lempira, en el periodo Enero 2003 a Diciembre 2007. **Material y métodos.** Estudio descriptivo transversal realizado a través de una investigación a nivel nacional llevada a cabo

por los médicos en servicio social utilizando un muestreo aleatorio multi-etápico que permitió seleccionar 200 viviendas. Se utilizaron tres instrumentos aplicados a informantes clave y a residentes de la comunidad, en cada vivienda encuestada y por cada caso de cáncer identificado. Los resultados se presentan como frecuencias y porcentajes de las variables estudiadas y cruces bivariados. **Resultados.** En el periodo de cinco años (2003-2007), la prevalencia anual varió de 0 a 1.1 por 1000 habitantes. La prevalencia acumulada fue 1.7 por 1000 habitantes (5/2998). Se demostró una relación de sexo masculino: femenino de 1.5:1. Se encontraron cuatro tipos de cáncer: en mujeres, de cérvix (67 X 100,000 habitantes) y en hombres, de estómago, próstata y cerebro (33 X 100,000 habitantes). La mortalidad fue de un 100%, con sobrevida alrededor de 3 años. En su mayoría (80.0%), tanto los hombres como las mujeres eran mayores de 50 años de edad. Un bajo porcentaje de los hombres mayor de 50 años (n=78) se había realizado alguna vez tacto rectal (8.4%) y antígeno prostático (2.5%). En las mujeres mayores de 10 años (n=195), se determinó que bajos porcentajes se habían realizado la citología (25.1%), auto-examen de mama (9.4%) y mamografía (12.8%) en los últimos 5 años. Se demostró que los casos tenían antecedentes de consumo de alcohol y tabaquismo así como exposición a actividades agrícolas en el sexo masculino (100.0%) y uso de hormonas en la mujer (50.0%). Todos los casos fueron tratados en el Hospital Escuela. **Conclusiones/ Recomendaciones.** La prevalencia de cáncer en la población estudiada es mayor que la informada en otros países de la región. La mortalidad de 100% puede ser un reflejo de diagnóstico tardío, ya que los pacientes recibieron tratamiento y el 60.0% de los tipos de cáncer identificados, tanto en hombres como mujeres, son prevenibles a través de detección temprana con la realización de la citología y examen de próstata. Se recomienda mejorar la detección precoz de cáncer mediante intervenciones comunitarias efectivas unificando esfuerzos tanto las instituciones de salud pública y proveedores de salud privados con el objetivo de promocionar medidas de autocuidado de la salud como realizarse auto examen de mama, citología, mamografía en la mujer y examen de próstata (tacto rectal y antígeno prostático) en el hombre.

15T Prevalencia y mortalidad por cáncer en la población general, patrones de prevención de los tipos de cáncer más frecuentes y los factores asociados en el municipio de Maraita, Francisco Morazán, en el periodo enero 2003 a diciembre 2007. Ana Moradel,¹ Elizabeth Paguada,² Manuel Sierra,² Ivan Espinoza,² Mauricio Gonzales.² ¹Médico en Servicio Social Período 2008-2009; ²Unidad de Investigación Científica, Facultad de Ciencias Médicas, UNAH, Tegucigalpa, Honduras.

Antecedentes. En los registros de morbilidad a nivel mundial las enfermedades neoplásicas se posicionan entre las principales causas de atención, tanto en países industrializados como en aquellos en vías de desarrollo. Debido a la escasa incursión en el ámbito investigativo, existe un registro deficiente de la ocurrencia de éstas patologías en nuestro medio. Pero se conoce que ocupa los primeros lugares de procesos mórbidos, afectando a diversos grupos de población y produciendo un impacto económico considerable por los gastos implicados en atención sanitaria. **Objetivos.** Determinar la prevalencia y mortalidad por cáncer y su relación con exposición minera, industrial y agrícola; así como la proporción de uso de métodos de prevención para cáncer cérvico-uterino, prostático y de mama y caracterizar su perfil epidemiológico de acuerdo a tipo, localización, frecuencia, edad, sexo, antecedentes familiares y hábitos personales. **Material y métodos.** Se realizó un estudio descriptivo transversal en el que participaron 403 habitantes distribuidos en 90 viviendas, que representaban la totalidad de casas del casco municipal de Maraita. Se incluyeron aquellos casos de cáncer diagnosticados en el período comprendido entre enero 2003 a diciembre 2007 y que residían en el área geográfica al momento de realizar ésta investigación. Se utilizaron tres encuestas aplicadas a: (a) informantes clave y a residentes de la comunidad, (b) en cada vivienda encuestada y (c) por cada caso de cáncer identificado. **Resultados.** Se encontró una prevalencia de cáncer de 0.2%, sin embargo no se registraron defunciones. El actual estudio reveló que el cáncer más frecuente fue el del sistema hematopoyético presentándose en el sexo masculino y en menores de 14 años, no relacionado con antecedentes familiares ni con actividades de agricultura, industriales o de minería; a pesar que en esta comunidad existió exposición ambiental a sustancias utilizadas en ocupaciones agrícolas (pesticidas) por un período mayor a 10 años. Se utilizó como tratamiento la quimioterapia en combinación con

radioterapia. Se evidenció la utilización de métodos de prevención de cáncer en un importante número de la población. **Conclusiones/Recomendaciones.** Se estableció que la prevalencia de cáncer en esta población fue de 0.2%, sin registrarse muertes asociadas al mismo; el tipo más frecuente fue debido a leucemia afectando a pacientes menores de 14 años del sexo masculino, los cuales fueron tratados con quimioterapia en combinación con radioterapia. No hubo asociación con antecedentes familiares ni con los hábitos personales. Existió un mayor uso de métodos preventivos de cáncer en la población femenina con respecto a los hombres; asimismo, la prevalencia y mortalidad no se relacionaron con exposición de tipo ocupacional o ambiental. Se recomienda orientar las estrategias de intervención al campo de la promoción de métodos preventivos, además de la implementación de evaluaciones clínico-laboratoriales rutinarias en poblaciones de riesgo, para incrementar la detección temprana y en consecuencia brindar un mejor pronóstico a estos pacientes.

16T. Estudio de prevalencia y mortalidad por cáncer en la población del municipio de La Paz, La Paz, en el periodo de Enero 2003 a Diciembre 2007. Martha E. Perdomo,¹ Elizabeth Paguada,² Manuel Sierra,² Mauricio Gonzales.² ¹Médico en Servicio Social Período 2008-2009; ²Unidad de Investigación Científica, Facultad de Ciencias Médicas, UNAH, Tegucigalpa, Honduras.

Antecedentes. El cáncer ha estado presente desde el principio de la historia de la humanidad. En las momias egipcias e incaicas se evidencian pruebas de esta enfermedad. Los médicos griegos ya la describieron e Hipócrates la bautizó con este nombre. El cáncer es la segunda causa principal de muerte, detrás de las enfermedades cardíacas y se estima que a lo largo del siglo XXI, el cáncer será la principal causa de muerte en los países desarrollados. Sin embargo el cáncer también ha pasado a ser un importante problema de salud pública en los países en desarrollo. **Objetivos.** Contribuir a dimensionar la magnitud de la problemática de cáncer en las zonas de influencia del Hospital Roberto Suazo Córdova de La Paz, con el fin de proponer recomendaciones para diseñar estrategias de control y prevención. **Material y Métodos.** Estudio descriptivo transversal realizado a nivel nacional por el grupo de médicos en servicio social, período 2008-2009. Se realizó la investigación, con un universo de 5,000 personas que habitan dos barrios de la ciudad de La Paz, se tomó una muestra de forma aleatoria de 162 viviendas, la recolección de datos se hizo mediante la aplicación de tres encuestas, las cuales fueron validadas haciéndose ajustes al instrumento final. El procesamiento de datos se hizo a través de la base de datos EpiInfo versión 6, utilizándose frecuencias y porcentajes como estadísticas. **Resultados.** El total de casos de cáncer detectados en este estudio fue de 30 de casos; Encontrándose una prevalencia acumulada por cáncer de 6 casos \times 1.000 habitantes y una mortalidad por cáncer de 5 \times 1.000 habitantes. De los cuales 16 (53.3%) de estos son de sexo femenino y 14 (46.7%) son de sexo masculino. En el sexo femenino, según su localización en primer lugar según frecuencia se encuentran el cáncer de cérvix con 6 (37.5%), seguido del cáncer de mama con 3 (23.07%). En el sexo masculino se encontraron en primer lugar según frecuencia el cáncer de estómago con 4 (30.76%) y de próstata con 4 (30.76%). El diagnóstico se realizó a partir de los 39 años de edad y en 15 (50%) de los casos no recibieron tratamiento. **Conclusiones/Recomendaciones.** El cáncer, tiene predominio en el sexo femenino, por la elevada frecuencia de detección de cáncer de cérvix, que en su mayoría se detectan a una edad de 60 a 69 años, solo el 36.6% de los casos se presentaron antecedentes familiares de cáncer. Se recomienda al personal del Hospital regional de La Paz, la creación de una base de datos de los casos con cáncer, con la finalidad de promover la detección precoz, así como tratamiento oportuno.

17T. Caracterización clínica y epidemiológica del cáncer en el Centro de Salud El Socorro, en el Municipio de San Jorge, Ocotepeque, Honduras, en el periodo 2003-2007. Juan José Flores,¹ Manuel Sierra,² Elizabeth Paguada,² Mauricio Gonzales.² ¹Médico en Servicio Social Período 2008-2009; ²Unidad de Investigación Científica, Facultad de Ciencias Médicas, UNAH, Tegucigalpa, Honduras.

Antecedentes. El cáncer en general es un conjunto de enfermedades en las cuales el organismo produce un exceso de células malignas con rasgos típicos de comportamiento y crecimiento

descontrolado. El cáncer es un factor creciente en la morbilidad mundial, en el año 2005, hubo 24.6 millones de personas con cáncer en todo el mundo incluyendo Honduras, se calcula que en el 2020 habrá 30 millones y podría ser mortal en más de 10 millones de personas al año. Durante el año 2004, el Centro de Cáncer Emma Romero de Callejas informó que en el periodo de 1998 al 2003 realizó la admisión en la consulta externa de 4026 pacientes nuevos, de los cuales a 2727 (68%) se les diagnóstico neoplasia maligna. **Objetivos.** Determinar la prevalencia y mortalidad por cáncer y el perfil epidemiológico en la población de la aldea El Socorro, Municipio de San Jorge, Ocotepeque, en el período de 2003 a 2007. **Material y Métodos.** Estudio descriptivo transversal realizado a nivel nacional por el grupo de médicos en servicio social, período 2008-2009. Se tomo una muestra de 220 viviendas, a cada casa se aplico un cuestionario estructurado diseñado para detectar casos de cáncer en el domicilio, entrevistando a una persona de cada hogar. Se diseñó una base de datos utilizando el programa EpiInfo 3.5.1. Los resultados se presentan como frecuencias y porcentajes de las variables. **Resultados.** En el período 2003-2007 se registraron 4 casos de cáncer para una prevalencia de 0.1%. De los 4 casos, 3(75%) pertenecían al sexo masculino y 1 (25%) al sexo femenino. La mayoría de los casos correspondió al rango de edad entre 40-60 años. Los tres tipos de cáncer en los hombres fueron cáncer de próstata (25%), leucemia (25%) y cáncer de estómago (25%); el único caso en el sexo femenino fue cáncer de pulmón (25%). Es importante mencionar que el 50% de los casos presentaron antecedentes positivos de tabaquismo y alcoholismo, al igual que el antecedente de utilización de sustancias carcinógenas como el uso de pesticidas. El 50% (2) recibió tratamiento y el 50% (2) restante rechazó la terapia. Las terapias usadas fueron la cirugía oncológica (25%) y quimioterapia (25%). **Conclusiones/Recomendaciones.** La prevalencia de casos de cáncer en el Centro de Salud El Socorro en el periodo 2003-2007 es de 0.1%. El sexo más afectado por cáncer fue el masculino con un 75%, donde la mayoría se encontraron en el rango de edad de 40-60 años. La mitad de los pacientes con cáncer presentaron antecedentes de hábitos personales positivos para tabaquismo, alcoholismo y de haber estado expuesto a pesticidas. Recomendamos concientizar a instituciones de salud y agrícolas a brindar equipo y medidas de protección a los trabajadores para proporcionarles de esta manera medidas de bioseguridad para disminuir la morbi-mortalidad en la población de la aldea El Socorro. Se deben implementar actividades educativas hacia la población para brindarle conocimientos sobre el uso de medidas preventivas, cambios de hábitos dañinos y estilos de vida saludables para el beneficio de toda la población.

18T. Prevalencia y mortalidad por cáncer en la población general, y factores de riesgo asociados, en el municipio de Trujillo, Colón en el periodo de enero 2003 a diciembre 2007. Jared Isai Martínez Guzmán,¹ Elizabeth Paguada,² Manuel Sierra,² Edna Maradiaga,² Mauricio Gonzales.² ¹Médico en Servicio Social Período 2008-2009; ²Unidad de Investigación Científica, Facultad de Ciencias Médicas, UNAH, Tegucigalpa, Honduras.

Antecedentes. El cáncer ha aumentado de frecuencia según el informe mundial sobre cáncer del 2007, produce cada año más de 10 millones de casos nuevos y 6 millones de muertes. Se estima que 20 millones de personas padecen cáncer en todo el mundo. Constituyó en el 2005 la segunda causa de muerte en las Américas y en Honduras ocupa los primeros lugares en morbi-mortalidad considerándolo un importante problema de salud pública. **Objetivo.** Dimensionar la magnitud de la problemática y mortalidad de cáncer en el municipio de Trujillo, Colón, y proponer recomendaciones para diseñar estrategias de control y métodos de prevención. **Materiales y Métodos.** Se trata de un estudio Descriptivo transversal, efectuado en el Hospital Salvador Paredes de Trujillo Colon. La muestra fue de 128 pacientes con diagnóstico de cáncer desde el año 2003 al 2008. Se realizó un registro de los expedientes utilizando un formulario orientado a registrar en cada caso de cáncer datos demográficos, condición de la persona: vivo o muerto y datos clínicos y anatomopatológicos del cáncer. La base de datos se ejecutó con el Programa EPI INFO, ya depurados los datos se les aplicaron las siguientes pruebas estadísticas: Frecuencias y Porcentajes. Este estudio conto con la aprobación del Comité de Ética. **Resultados.** De 128 expedientes con diagnóstico de cáncer descritos 84.3% pertenecieron al sexo femenino, del cual los más afectados fueron de 15-49 años (77%), en el sexo masculino fue en hombres mayores de 50 años (52.6%). El Hospital Salvador Paredes fue el centro que más diagnosticó esta patología en un 93.6%. En general el cáncer mas encontrado fue de

Cérvix en un 44.5%, seguido de Mama 18.5% y de Ovario 15.7%. En el sexo masculino resaltaron las Leucemias en un 40%, igualmente el Cáncer de Próstata. De los casos el 90.6% se sometió a algún tipo de tratamiento del cual el 83% se sometió a Cirugía, de estos 81.4% se la realizó en el Hospital Salvador Paredes. El 89% de los pacientes se realizó biopsia, pero solo 52% tenía el reporte histopatológico. En el sexo femenino las biopsias reportaron la NIC1 en un 18.5%, la NIC3 y cistadenoma en un 14.8%. En el sexo masculino leucemia linfocítica Aguda es la más frecuente en un 40% igualmente el Carcinoma Prostático. Hay un caso (0.8%) que falleció en el Hospital por cáncer. La prevalencia por cáncer encontrada es de 0.27%, con una tasa de mortalidad de 2x10,000 habitantes. **Conclusiones/Recomendaciones.** El personal de salud debe promover los métodos de prevención del cáncer e indicar el estudio biopsia en todos los pacientes con sospecha clínica de cáncer. Es importante que el hospital Salvador Paredes cuente con métodos de diagnóstico de laboratorio específico para cáncer. La dirección departamental de Salud debe desarrollar estrategias para identificar factores que predisponen a la población de Trujillo a las neoplasias y fortalecer los programas de prevención de cáncer de cérvix, de mama y de próstata.

19T. Proporción y Mortalidad por Cáncer en la población general, patrones de prevención de los cánceres más frecuentes y factores asociados en el Hospital Departamental de San Marcos de Ocotepeque en el Periodo de Enero 2003 a Diciembre 2007. Mirra Maldonado,¹ Elizabeth Paguada,² Manuel Sierra,² Iván Espinoza,² Mauricio Gonzales.²
¹Médico en Servicio Social Período 2008-2009; ²Unidad de Investigación Científica, Facultad de Ciencias Médicas, UNAH, Tegucigalpa, Honduras.

Antecedentes. Los cánceres que causan el mayor número de muertes en América Latina y el Caribe para hombres son los de próstata, pulmón y estómago, mientras que en las mujeres, el cáncer cervical, de mama y pulmón. **Objetivos.** 1. Determinar la prevalencia y la mortalidad por cáncer en el Hospital Departamental de San Marcos de Ocotepeque. 2. Enumerar los tipos y localizaciones de los cánceres más frecuentes. 3. Determinar el sexo y la edad con mayor frecuencia. **Material y Métodos.** El estudio es descriptivo transversal en donde se utilizaron dos tipos de encuestas. La primera se realizó en el municipio de San Marcos, tomando de referencia a personas clave que tuvieran el conocimiento de pacientes con cáncer; la segunda encuesta se realizó en el departamento de estadísticas del Hospital a todo expediente que egreso con el diagnóstico de cáncer. Los instrumentos electrónicos y la generación de resultados se llevó a cabo en el programa EpiInfo para Windows (Atlanta, Georgia). **Resultados.** El único factor de riesgo encontrado fue el uso de pesticidas por la cosecha de granos básicos; la proporción de cáncer fue de 0.64 por 100 atenciones y la mortalidad de 0.74 por 1000 atenciones, presentándose más en la población femenina en un 66.3% y en mayores de 60 años en un 43%. El cáncer de cérvix se presentó con mayor frecuencia en un 27.9% y el 75.6% de los casos fueron diagnosticados en el Hospital Departamental de San Marcos, de los cuales el 51.8% recibió tratamiento, ocupando el primer lugar las cirugías con un 78.7%; brindando dicho hospital el 50% de los tratamientos. **Conclusiones/Recomendaciones.** El cáncer es un problema que está cobrando cada día más vidas. La población toma pocas medidas de prevención y no le dan importancia a estas. Es importante fortalecer los conocimientos del recurso humano; realizar un sistema de registro; concientizar a la población sobre la importancia de realizarse exámenes periódicamente; evaluar periódicamente el desempeño de los programas de prevención y control del cáncer; realizar campañas educativas, orientando a la población sobre los factores de riesgo en la aparición del cáncer; y mejorar el acceso a tecnologías apropiadas, con el apoyo de la OMS.

20T. Fístula de canal semicircular lateral: presentación de un caso clínico. Jacobo Andres Batres Martinez. Postgrado de Otorrinolaringología, Hospital Escuela, UNAH, Tegucigalpa.

Descripción del caso clínico. Paciente masculino, 17 años, procedente del Distrito Central, atendido por otorrea crónica de oído izquierdo desde la infancia. Consultó nuevamente en abril 2008 con historia de que en los últimos 10 meses se exacerbó su sintomatología. Al examen se observó pólipo aural que no mejoró con tratamiento antibiótico tópico y sistémico. Se realizó TAC en la que se

observaron imágenes de lisis ósea y fístula del canal semicircular lateral (CSL) por lo que se decidió hacer mastoidectomía radical, encontrándose granuloma en la caja, antro y mastoides. Se visualizó también fístula de CSL de 4 mm y otras lesiones cercanas. En el post-operatorio, el paciente desarrolló afección del VII par craneal ipsilateral a la lesión. Continúa evaluándose y curándose en consulta externa, además de terapia física y rehabilitación. **Conclusiones/recomendaciones.** Este caso clínico nos permite destacar la importancia de la valoración preoperatoria de imágenes radiológicas y la precaución del manejo de la extracción de lesiones cuando estructuras como el canal semicircular están afectadas.

21T. Respuesta al tratamiento con hormona de crecimiento en pacientes atendidos por problemas endocrinológicos en el Hospital Escuela e Instituto Hondureño de Seguridad Social, Tegucigalpa. Guillermo Villatoro, Lesby M. Espinoza. Servicio de Endocrinología, Departamento de Pediatría, Hospital Escuela, Tegucigalpa.

Antecedentes. La hormona de crecimiento está aprobada en pacientes pediátricos desde hace más de dos décadas. Con el advenimiento de la hormona recombinante humana el tratamiento es actualmente más accesible. Las indicaciones aceptadas internacionalmente son: deficiencia de hormona de crecimiento, síndrome de Turner, restricción de crecimiento intrauterino sin crecimiento de recaptura (RCIU), talla baja idiopática, síndrome de Prader-Willi, insuficiencia renal crónica pretransplante. Estos diagnósticos deben comprobarse científicamente a través de pruebas estandarizadas a nivel mundial: la deficiencia de hormona de crecimiento se realiza a través de la medición de IGF-1 y pruebas de estimulación hipofisiaria con L-Dopa, insulina, clonidina, etc. Demostrando falta de elevación de hormona de crecimiento sérica mayor a 10 ng/ml en ambas pruebas. En el síndrome de Turner se realiza por medio del cariotipo 45;XO o sus variantes; en síndrome de Prader-Willi con el test de metilación de ADN. **Objetivos.** 1. Determinar la respuesta terapéutica después de dos años de tratamiento con hormona de crecimiento en pacientes con los diferentes diagnósticos en los que está indicada la terapia hormonal; 2. Determinar la velocidad de crecimiento antes y después del inicio de hormona de crecimiento; 3. Determinar la velocidad de crecimiento por grupo de patología; 4. Identificar efectos secundarios durante el tratamiento. **Material y Métodos.** Estudio descriptivo longitudinal que incluye todos los pacientes con talla baja en quienes se demostró patrón de crecimiento atenuado y se comprobó la deficiencia de hormona de crecimiento atendidos en el Servicio de Endocrinología, Departamento de Pediatría del Hospital Escuela. En las niñas con fenotipo Turner se comprobó con el cariotipo, en niñas con síndrome de Prader-Willi con el test de metilación de ADN y en niños con RCIU sin crecimiento de recaptura. Se indicó tratamiento con hormona de crecimiento a 0.35 mg/kg semanal dividida en siete dosis. Seguimiento cada tres meses para control de antropometría y vigilancia de efectos secundarios. Cada 6 meses se determinó pruebas de función tiroidea, hemoglobina glucosilada y anualmente la edad ósea. **Resultados.** Hasta la fecha se han estudiado 32 pacientes, 14 niñas y 18 varones. Edad promedio de inicio del tratamiento: 9.5 años (3.2-20 años). Diagnósticos más frecuentes: deficiencia de hormona de crecimiento 14 pacientes (43.7%), síndrome de Turner 7 pacientes (21.8%), RCIU 4 pacientes (12.5%) y síndrome de Prader-Willi 2 pacientes (6.2%), panhipopituitarismo 3 pacientes (9.3%). La velocidad de crecimiento en general previo al tratamiento fue de 2.9 cm/año y 12 meses después fue 10.1 cm/año, 24 meses después 7.2 cm/año. En pacientes con deficiencia de hormona de crecimiento la velocidad de crecimiento mejoró de 3.04 a 10.9 cm/año. En las niñas Turner incrementó de 3.2 a 8.7 cm/año. En los niños con RCIU incrementó de 3.7 cm/año a 8.3 cm/año y en los casos de Panhipopituitarismo mejoró de 4.1 a 9.6 cm/año. En las niñas con Síndrome de Prader-Willi mejoró la velocidad de crecimiento y la composición corporal. No se presentaron efectos secundarios. **Conclusiones/Recomendaciones.** Estos resultados demuestran que la respuesta al tratamiento en 24 meses fue satisfactoria, se triplicó la velocidad de crecimiento y no se presentaron efectos secundarios.

22T. Síndrome de Klinefelter e hiperplasia suprarrenal congénita. Presentación de un caso clínico. Karen Yulissa Córdova Láines,¹ Lesby M. Espinoza,² Guillermo Villatoro.²
¹Postgrado de Pediatría, Hospital Escuela, UNAH; ²Servicio de Endocrinología, Departamento de Pediatría, Hospital Escuela, Tegucigalpa.

Antecedentes. El Síndrome de Klinefelter (SK) es una cromosomopatía y es la primera causa de hipogonadismo hipergonadotrófico, con incidencia entre 400 a 600 por cada 100,000 nacidos vivos. En el 80-90% de los casos el cariotipo es 47: XXY. Ocurre sólo en varones y se debe a la presencia de un cromosoma X extra. El retraso mental e hipogonadismo son más graves en pacientes con 49: XXXXY. Cada cromosoma X extra reduce el coeficiente intelectual en un promedio de 15 a 16 puntos, siendo el lenguaje lo más afectado. El fenotipo es variable y la severidad es proporcional al número de cromosomas X. En la infancia, se observa hipoplasia medio facial, perímetro cefálico en percentil más bajo que el correspondiente a la talla, hipotonía, escoliosis, cifosis secundarias a hiperlaxitud ligamentaria y otras manifestaciones esqueléticas, atrofia testicular, ginecomastia, hialinización de los túbulos seminíferos, azoospermia y aumento de la secreción de gonadotropinas. Mayor incidencia de diabetes tipo 1 por el mayor riesgo de patologías autoinmunes y de diabetes tipo 2 por mayor prevalencia de obesidad e insulinoresistencia. El cariotipo es el estándar de oro para el diagnóstico. El tratamiento en la pubertad es testosterona para corregir el hipogonadismo y provocar los caracteres sexuales secundarios. La Hiperplasia Suprarrenal Congénita (HSC) es una enfermedad autosómica recesiva que conlleva una alteración en la síntesis de cortisol y aldosterona, con acúmulo de precursores androgénicos. La incidencia para la forma clásica de 1/15,000 nacidos vivos y la de portadores de la mutación de 1 de cada 60 individuos. En el periodo neonatal se manifiesta con genitales ambiguos: virilización en las niñas e hiperpigmentación escrotal y disociación falo-testicular en los varones. El 90% de casos es por déficit de la 21 hidroxilasa y 75% de los pacientes tienen deficiencia de glucocorticoide y mineralocorticoides desarrollando síndrome perdedor de sal entre el 5to y 15to día postnatal. El diagnóstico se basa en los niveles de 17 hidroxiprogesterona elevados y el estudio de genética molecular. Tratamiento terapia sustitutiva con glucocorticoides y mineralocorticoide (9 α fludrocortisona). **Descripción del caso clínico.** Recién nacido con genitales ambiguos. Producto de un primer embarazo, padres jóvenes no consanguíneos, embarazo normal. Parto de término, eutócico, peso al nacer 2900 gramos, talla 49 cm, perímetro cefálico 32 cm. Genitales hiperpigmentados, escrotalización de pliegues labio-escrotales, falo de 3 cm, seno urogenital único, No se palpan gónadas. En ultrasonografía no se observan derivados de Müller. Cariotipo: 47; XXY. Sodio 133 mEq/L, potasio 6.2 mEq/L, (hormona adrenocorticotropa) ACTH 158 pg/ml, 17 hidroxiprogesterona 1670 ng/dl. Considerando el fenotipo y genotipo se decide asignación de sexo masculino. Se prescribe tratamiento con prednisolona en dosis sustitutiva y 9 α fludrocortisona. Pendiente laparoscopia para búsqueda de testes intraabdominales. **Conclusiones/ Recomendaciones.** La combinación de estas dos entidades es rara y se han descrito muy pocos casos en la literatura, haciendo de gran interés el hecho de que la HSC por si sola en el varón no causa ambigüedad genital sino más bien sobrecrecimiento a nivel del falo pero asociado a SK puede presentarse como genitales ambiguos por que el SK contrarresta el hiperandrogenismo característico de la HSC.

23T Criptorquidia bilateral: acerca de un caso de hiperplasia suprarrenal congénita. Paola Gonzales,¹ Lesby M. Espinoza,² Guillermo Villatoro.² ¹Postgrado de Pediatría, Hospital Escuela, UNAH; ²Servicio de Endocrinología, Departamento de Pediatría, Hospital Escuela, Tegucigalpa.

Antecedentes. La evaluación de un paciente con trastornos y anomalías del contenido escrotal como criptorquidia bilateral requiere un protocolo de investigación para establecer su etiología y tratamiento específico. Múltiples enfermedades pueden presentar criptorquidia desde defectos anatómicos, deficiencias hormonales por defecto testicular o del eje hipotálamo – hipofisario, malformaciones congénitas o síndromes sin defecto hormonal. En los recién nacidos con genitales externos ambiguos (virilizados), derivados de Müller y cromosómicamente femeninos, la causa más frecuente es la hiperplasia suprarrenal congénita (HSC). **Descripción del caso clínico.** Paciente producto del

segundo embarazo, control prenatal sin complicaciones, parto hospitalario a término, eutócico. Peso: 3.5 Kg, talla: 52 cm, examen físico normal excepto criptorquidia bilateral. Ocho ingresos por diarrea, vómito y deshidratación severa desde el primer mes de vida. Evaluado en el Servicio de Endocrinología a los 4 meses de edad por vómitos, diarrea y deshidratación. Al examen físico: Peso: 3.4 Kg. Talla: 56 cm., P.C: 37 cm. Pálido, deshidratado, hipotónico, irritable, no hiperpigmentación de encías. Genitales: falo de 3.5 cm de longitud, escroto vacío no hiperpigmentado. Areolas hiperpigmentadas. Exámenes de laboratorio y gabinete: Ht 27 vol%, Hb 7.9 g/dl, leucocitos 16000/uL, Plaquetas 105,700/uL, glucemia 92 mg/dL, sodio 119 mEq/L, potasio 9 mEq/L. electrocardiograma normal. ultrasonografía: imagen de útero con línea endometrial y tercio superior de vagina. Gónadas no visibles. 17-hidroxiprogesterona: 2600 ng/dL. Cariotipo 46, XX. Genética molecular de 21 hidroxilasa: deleción 8 p (Del 8p). Diagnóstico: Hiperplasia Suprarrenal Congénita Clásica perdedora de sal. Tratamiento: Hidrocortisona luego prednisolona más 9 alfa fluorhidrocortisona. **Conclusiones/Recomendaciones.** Cuando nos enfrentamos a un paciente con criptorquidia bilateral debe hacerse un abordaje como si de genitales ambiguos se tratara, ya que puede ser una niña con virilización severa y una de las causas más frecuente de este problema es la hiperplasia adrenal congénita perdedora de sal que puede poner en riesgo la vida después de la primera semana de vida. La asignación del sexo debe realizarse hasta completar la investigación completa del caso.

24T. Diagnóstico y tratamiento prenatal de hiperplasia suprarrenal congénita: informe de un caso clínico. Gilma Castillo Morales,¹ Lesby M. Espinoza,² Guillermo Villatoro.² ¹Postgrado de Pediatría, Hospital Escuela, UNAH; ²Servicio de Endocrinología, Departamento de Pediatría, Hospital Escuela, Tegucigalpa.

Antecedentes. La hiperplasia suprarrenal congénita (HSC) engloba un grupo de trastornos enzimáticos de la glándula suprarrenal que conlleva una alteración en la síntesis de cortisol y aldosterona con acumulo de precursores androgénicos. Se hereda de forma autosómica recesiva. La enzima más frecuentemente afectada es la 21 hidroxilasa: 92% de los casos. Tienen dos formas clínicas de presentación: la forma clásica que puede ser *con pérdida de sal* (representa un 75%-85% del total) y *sin pérdida de sal* (virilizante pura) y la forma no clásica o de presentación tardía. Las suprarrenales comienzan a funcionar en el feto hacia la semana 10-12 de vida, en el mismo momento en el que comienza a diferenciarse el seno urogenital, esta diferenciación es bipotencial evolucionando a uno u otro sexo según los estímulos hormonales que reciba. El diagnóstico prenatal de la HSC forma clásica, se realiza en mujeres embarazadas afectas o con otros hijos afectos. El tratamiento prenatal tiene como principal objetivo prevenir la virilización de los genitales externos del embrión femenino administrando a la madre un glucocorticoide capaz de frenar el eje hipotálamo-hipofiso-gonadal del feto que evite una mayor producción de andrógenos. La dexametasona es el corticoide de elección, por su vida media, por su paso transplacentario activo y por su mejor efecto supresor sobre la ACTH; la dosis es de 20 µg/kg/día dividido en 3 tomas por vía oral. Debe iniciarse lo más precozmente posible, antes de la 6-7 semana de gestación, y mantenerlo de forma ininterrumpida hasta conocer el diagnóstico antenatal que se hará por estudios de cariotipo (gen SRY) y biología molecular (CYP21B) de las vellosidades coriales (entre la 8-12 semana) o del líquido amniótico (amniocentesis a las 12-14 semanas). Si el feto esta afecto de una HSC y es femenino se continuará el tratamiento hasta finalizar el embarazo, se suspenderá si es masculino o si es femenino no afecto. **Descripción del cuadro clínico.** Recién nacida hija de padres jóvenes, no consanguíneos, ambos portadores heterocigotos de la mutación del Intrón 2G para hiperplasia adrenal. Hermana: fallecida en julio del 2007 a los 9 meses de edad con diagnóstico de hiperplasia adrenal congénita clásica (homocigota Intrón 2G/Intrón 2G). Probable causa de muerte "crisis adrenal". Segundo embarazo, programado, recibió tratamiento durante todo el embarazo con dexametasona 20µg/kg/día en tres tomas diarias, desde las 6 semanas y 5 días. USG a las 20 semanas de gestación: genitales femeninos normales. Parto a las 38 semanas, por cesárea. Al examen físico no hiperpigmentación areolar, genitales: femeninos normales, no virilización, no clitorimegalia, no hiperpigmentación, introito vaginal normal. Se realizó 17-hidroxiprogesterona y se objetivó en 2742 ng/dl (normal hasta 170 ng/dl). A los 7 días de vida inició prednisolona en base a 15mg/m²/día de hidrocortisona y 9-α fluorhidrocortisona 0.1mg/día.

Conclusiones/Recomendaciones. El paso previo al tratamiento prenatal es el consejo genético preconcepcional y el tratamiento prenatal debe ir acompañado siempre de un adecuado diagnóstico genético prenatal y en caso de no ser posible y el feto es niña debe continuarse el tratamiento hasta finalizar el embarazo para evitar la virilización.

25T. Hipertiroidismo neonatal. Mario Torres,¹ Lesby M. Espinoza,² Guillermo Villatoro.² ¹Postgrado de Pediatría, Hospital Escuela, UNAH; ²Servicio de Endocrinología, Departamento de Pediatría, Hospital Escuela, Tegucigalpa.

Antecedentes. El hipertiroidismo es un conjunto de síntomas y signos que se producen como consecuencia de un exceso de hormonas tiroideas. Aproximadamente el 5% de todos los casos ocurre en la niñez y la presentación neonatal es menor al 1%; en niños, 95% de los casos están relacionados con la Enfermedad de Graves-Basedow. El hipertiroidismo fetal o neonatal es producido por el paso, a través de la placenta, de los anticuerpos TSH-Rs en hijos de madres con enfermedad tiroidea autoinmune. Los anticuerpos antiperoxidasa, antitiroglobulina no son considerados patogénicos en la enfermedad tiroidea neonatal. El hipertiroidismo fetal puede asociarse a prematuridad, restricción del crecimiento intrauterino, *hydrops fetalis* y muerte intrauterina. Puede detectarse por taquicardia y arritmias. El recién nacido presenta: irritabilidad, diarrea, escasa ganancia ponderal, vómitos, ictericia, vasodilatación cutánea, taquicardia, hipertensión, insuficiencia cardíaca, hepato-esplenomegalia, bocio difuso y exoftalmo. El comienzo clínico suele ser después de las 48 horas de vida o entre 8-9 días del nacimiento. Es frecuente la remisión completa a las 20 semanas y prácticamente en el total de los pacientes a las 48 semanas. El diagnóstico se basa en niveles plasmáticos de T4 total y T4 libre elevados y TSH inhibida. En el 93% de los casos es posible detectar en sangre anticuerpos antimicrosomales, antitiroglobulina, antirreceptor de TSH. La ecografía de tiroides es de gran ayuda. El tratamiento incluye fármacos antitiroideos: metimazole o propiltiuracilo. **Descripción del caso clínico.** Paciente masculino de 35 días de vida, producto de 6to embarazo, madre con Enfermedad de Graves de 9 años de evolución, tratada con propiltiuracilo. Dos años previos al embarazo se le había suspendido el medicamento. Control prenatal a partir del 4to mes de embarazo y se reinició tratamiento. Parto a las 30 semanas, eutócico, APGAR 7 y 8 respectivamente, peso 1980 gr, talla 45 cm y perímetro cefálico 30 cm. Al examen físico: craneoestenosis, exoftalmo, ampollas y vesículas generalizadas. Hospitalizado 6 días por sospecha de TORCH e hipertiroidismo. Estudios de laboratorio: T3 >600 ng, T4 >24 ng, TSH= 0.708 uUI/mL, egresado con antibióticos vía oral y cita en Servicio de Endocrinología. Evaluado a los 35 días de vida, encontrándolo irritable, fontanela anterior <1 cm, exoftalmo bilateral, bocio grado II, consistencia suave, frecuencia cardíaca: 168 x min, no soplos, temblor fino, piel pastosa y húmeda. Se realizó: T3= 123 ng/dL, T4= 14.2 ng/dL, y TSH <0.004 uUI/ml, anticuerpos antitiroglobulina <20 UI/ml, anticuerpos antimicrosomales = 69.9 UI/ml. Ultrasonografía: aumento de tamaño de la tiroides. Radiografía de cráneo: fontanela anterior cerrada. Se inicia tratamiento con propiltiuracilo. **Conclusiones/Recomendaciones.** El hipertiroidismo neonatal es una afección poco frecuente y en general la duración de la enfermedad no sobrepasa los seis meses. La ausencia de síntomas en la madre al momento del parto no excluye que el niño sufra de hipertiroidismo neonatal. La aparición de los síntomas puede ser inmediata o mediata al nacimiento y la gravedad del cuadro clínico puede llevar a la muerte si no se hace un diagnóstico temprano así como la aplicación de un tratamiento enérgico y adecuado de manera oportuna.

26T. Diabetes mellitus Tipo 1: debut temprano. Arturo Villatoro,¹ Lesby M. Espinoza,² Guillermo Villatoro.² ¹Postgrado de Pediatría, Hospital Escuela, UNAH; ²Servicio de Endocrinología, Departamento de Pediatría, Hospital Escuela, Tegucigalpa.

Antecedentes. El aumento en la incidencia de diabetes mellitus tipo1 en niños menores de 5 años en las últimas décadas ha aumentado de 2 a 4 veces más según las distintas series. La principal preocupación de este hecho radica en la dificultad que existe en el manejo de este grupo de pacientes, ya que debido al tratamiento con insulina exógena pueden presentar hipoglucemias con mayor frecuencia que los adolescentes y adultos. Asimismo, el control metabólico es más difícil que a edades

mayores. Para lograr su manejo es necesario considerar las variaciones en la actividad física diaria, la ingesta alimentaria que muchas veces es impredecible, los cuadros infecciosos concomitantes y la dificultad en la administración de pequeñas dosis de insulina. Es importante destacar que este grupo etario es más susceptible de secuelas neurológicas secundarias a eventos de hipoglucemia, respecto a los adolescentes y adultos con diabetes tipo 1. Sumado a todo lo anterior en este grupo etario, principalmente en los menores de 6 meses, debe considerarse la posibilidad diagnóstica de una diabetes neonatal mediada por factores genéticos y que son tributarias de tratamiento con sulfonilureas. Causando una enorme dificultad para el clínico en la toma de decisiones terapéuticas en un paciente que debuta con esta enfermedad. Todo lo anterior lo convierte en grupo de mayor riesgo que requiere de diagnóstico y manejo estricto. **Descripción del caso clínico.** Paciente masculino, 6 meses de edad, ingresó a la Sala de Emergencia de Pediatría del Hospital Escuela con deshidratación severa en choque secundario a gastroenteritis aguda, asociado a hiperglucemia, acidosis metabólica, cetonuria. Se inició manejo en relación al diagnóstico de gastroenteritis aguda y sus complicaciones pero ante la evolución tórpida se replanteó el diagnóstico logrando integrar el caso como una cetoacidosis diabética, para lo cual se dió tratamiento obteniendo mejoría en 48 horas. Al 6to día se le inició insulina glargine; actualmente con una dosis de 8 U/día. Durante su hospitalización y considerando la edad del paciente, se realizaron estudios de genética molecular resultando negativo para las mutaciones Kir6.2 (KCNJ11), SUR1 (ABCC8), INS, por lo que se logró descartar diabetes neonatal. **Conclusiones/Recomendaciones.** La diabetes mellitus en pediatría es cada vez un reto más complejo para el clínico debido a la necesidad de incorporar estudios bioquímicos, inmunológicos y moleculares para realizar el diagnóstico y brindar el tratamiento más adecuado según el tipo. Durante los 6 primeros meses de vida se vuelve imperioso hacer diagnóstico diferencial con la diabetes neonatal ya que esta última tiene como tratamiento de elección los hipoglucemiantes orales del grupo de las sulfonilureas porque el defecto genético es a nivel del receptor de las mismas en la célula beta del páncreas y por lo tanto no es la insulina el tratamiento de elección. En Honduras ya se confirmó un caso de diabetes neonatal.

27T. Neoplasia Endocrina Múltiple 2B. Guillermo Villatoro Godoy, Lesby Espinoza Colindres. Servicio de Endocrinología Departamento de Pediatría, Hospital Escuela, Tegucigalpa.

Antecedentes. La neoplasia endocrina múltiple (NEM) es un síndrome de herencia autosómica dominante caracterizado por el desarrollo de tumores endocrinos. El más común es el carcinoma medular de tiroides. Asociado a mutaciones del protooncogén RET. Los tumores asociados con NEM 2B son: carcinoma medular de tiroides (CMT) (90%), feocromocitoma (50%) y ganglioneuromas (100%). Existe correlación entre genotipo y fenotipo y el 50% de casos son mutación de *novo*. La mutación más frecuente M918T, exón 16 del cromosoma 10 (transforma metionina en treonina). Características clínicas: hábito marfanoide, neuromas mucosos y del tracto gastrointestinal. Datos de laboratorio: elevación de calcitonina y antígeno carcinoembrionario (ACE). El tratamiento consiste en tiroidectomía y vaciamiento ganglionar. El seguimiento es a través de la determinación de niveles de Calcitonina, ACE, ácido vanilmandélico (AVM). El pronóstico va en relación a las características de la neoplasia al momento del diagnóstico. **Descripción de serie de casos clínicos.** Casos atendidos en el Servicio de Endocrinología, Departamento de Pediatría, Hospital Escuela. **Caso 1** (índice). Masculino de 12 años, procedente de Iruya, Colón. Consulta en abril 2006 por adenopatías cervicales duras de 3 años de evolución. No datos de afección sistémica ni disfunción tiroidea. Examen físico: fenotipo marfanoide, labios prominentes, lesiones en los bordes de la lengua, bocio GII de consistencia dura y múltiples adenopatías cervicales y submaxilares. Se realizó biopsia de ganglio cervical derecho encontrando CMT. TSH de 3.22 uUI/ml, T4: 9.08 ng/dl, AVM: 5.6 y ACE: 138. Tiroidectomía total y extirpación de ganglios circunvecinos (Junio 2006). No complicaciones postquirúrgicas. Recibió quimio y radioterapia. Actualmente eutiroides tomando 100 µg de Levotiroxina/día. En control se palpa ganglio en región cervical derecha, pétéreo de 7 x 7cm. USG suprarrenal normal, ACE: 101 ng/ml, TSH > 75 uUI/ml, T4=5,3 ng/dl. Se ajusta la dosis de levotiroxina y se realiza extirpación de la adenopatía en enero 2009. **Caso 2.** Femenina 30 años, madre del caso índice. Sin disfunción tiroidea. Biopsia de tiroides por aspiración con aguja fina: cambios compatibles con CMT. TSH 1.68 uUI/ml, T4: 8.74 ng/dl, AVM: 6.9 y ACE: 254. En julio 2006:

tiroidectomía total y vaciamiento ganglionar cervical total y de ganglios de mediastino superior. Se confirmó metástasis a 4 ganglios cervicales regionales. Recibió quimio y radioterapia. Actualmente eutiroides tomando 100 µg de Levotiroxina/día. **Caso 3.** Femenina de 7 años, hermana del caso índice. Sin manifestaciones de disfunción tiroidea. TSH de 3.24 uUI/ml, T4: 9.14 ng/dl, AVM: 5.5 y ACE: 74.8. Se le realizó tiroidectomía, biopsia: CMT. Complicaciones: hipoparatiroidismo permanente; recibió quimio y radioterapia. Actualmente eutiroides tomando 100 µg de Levotiroxina/día, Vitamina D3 y carbonato de calcio. **Caso 4.** Masculino de 18 meses, hermano del caso índice. Sin disfunción tiroidea. Se le realizó tiroidectomía profiláctica; biopsia: hiperplasia de células C. TSH de 2.03 uUI/ml, T4: 10.9 ng/dl, AVM: 7.8 y ACE: 1.07. Actualmente eutiroides tomando 50 µg de Levotiroxina/día. **Caso 5.** Masculino de 1 mes, hermano del caso índice. Sin disfunción tiroidea. TSH de 2.03 uUI/ml, T4: 10.9 ng/dl y ACE: 4,9. Pendiente de tiroidectomía al cumplir un año de edad. **Conclusiones/Recomendaciones.** NEM 2B de prevalencia muy baja pero alta mortalidad. El diagnóstico genético permite el tratamiento preventivo y el pronóstico va en relación al CMT.

28T. Síndrome de Bardet-Biedl: Informe de un caso clínico. Blanca L. Galo,¹ Lesby M. Espinoza,² Guillermo Villatoro,² Ramón Alvarenga.³ ¹Postgrado de Pediatría, Hospital Escuela, UNAH; ²Servicio de Endocrinología, Departamento de Pediatría; ³Sección de Genética, Departamento de Laboratorios Clínicos y Departamento de Pediatría; Hospital Escuela, Tegucigalpa.

Antecedentes. El síndrome de Bardet-Biedl es un desorden autosómico recesivo con un alto grado de heterogeneidad genética, hasta la fecha hay descritos 12 genes (BBS1 a BBS12). Caracterizado por obesidad, polidactilia, retinitis pigmentaria, distrofia de retina, estrabismo, cataratas, hipogonadismo, retraso mental, ataxia, diabetes mellitus, hipertrofia ventricular izquierda, hipertensión arterial, fibrosis hepática y displasia o hipoplasia renal. La proporción hombre / mujer es de 1.3:1, con una frecuencia estimada en la población general de 1 por cada 125.000 nacimientos. Los *criterios mayores* son: Obesidad central, anomalías de extremidades (polidactilia postaxial-braquidactilia de ambas manos y pies), problemas aprendizaje, hipogonadismo y anomalías genitales, anomalías renales, distrofia de retina. Los *criterios menores* son: trastorno del habla, retraso en el desarrollo, pérdida de audición, poliuria, polidipsia, pobre coordinación y torpeza, diabetes mellitus, fibrosis hepática, hipertrofia ventricular izquierda, espasticidad. **Descripción del caso clínico.** Masculino de 14 años de edad con retraso psicomotor, historia de aumento de peso desde los 5 años de edad, pérdida de la visión desde hace 6 meses la cual ha progresado hasta la amaurosis. De 3 meses de evolución presenta poliuria, polidipsia, polifagia y pérdida de peso por lo que se diagnosticó diabetes mellitus y se le inició metformina. Antecedente de dos hermanos con características similares al paciente, uno falleció a los 26 años y el otro tiene 17 años. No hay relación consanguínea entre padres. **Examen físico:** Peso: 73 kg, Talla: 162 cm, Índice de Masa Corporal: 27.8 kg/m², perímetro cefálico: 53 cm, presión arterial: 100/70 mmHg, Cintura: 93 cm. Facie redonda, pabellón auricular derecho con antihelix displásico, obesidad central, volumen testicular -1.55 desviación estándar (DE), pene PZ: -3.10 DE de la media poblacional, polidactilia postaxial de mano derecha, limitación para la extensión de los dedos de ambas manos. Exámenes de laboratorio: Hemoglobina glucosilada: 7.1%, transaminasa glutámico oxalacética: 77 U/L, transaminasa glutámico pirúvica: 112 U/L, colesterol de alta densidad: 20 mg/dl, Cetonuria +. Edad ósea de 14 años. Ultrasonido de abdomen: Hepatoesplenomegalia y esteatosis hepática. **Interconsultas de especialidades:** **Audiología:** oído derecho con lesión coclear basal. **Cardiología:** ecocardiograma normal. **Neurología:** retraso psicomotor leve-moderado. **Oftalmología:** **Agudeza visual:** Ojo derecho (OD): cuenta dedos a 1 metro, Ojo izquierdo (OI): solo movimientos de luz. Movilidad ocular normal. **Segmento anterior:** cornea y cristalino transparente, **Fondo de ojo:** papila de aspecto normal, macula pigmentada, poco brillo foveal, retina periférica con discreta hipertrofia del epitelio retiniano pigmentario, no signos de retinitis pigmentaria. **Genética:** fenotipo compatible con síndrome de Bardet-Biedl. **Conclusiones/Recomendaciones.** Nuestro paciente cumple con 5 criterios mayores (obesidad central, polidactilia, problemas de aprendizaje, problemas de visión y hipogonadismo) y 7 criterios menores (retraso de desarrollo, alteraciones de la audición, poliuria/polidipsia, retardo mental, diabetes mellitus, espasticidad y trastorno del habla).

Es importante considerar que el cuadro clínico del síndrome Bardet-Biedl varía de espectro tanto dentro como entre familias y el diagnóstico se da con cuatro de los seis criterios mayores presentes. El seguimiento de los pacientes con síndrome Bardet-Biedl, debe ser integral y multidisciplinario. Además los miembros de toda la familia deben recibir consejería genética.

29T. Microprolactinoma y macroprolactinoma: informe de tres casos. Marissa Anariba,¹ Lesby M. Espinoza,² Guillermo Villatoro.² ¹Postgrado de Pediatría, Hospital Escuela, UNAH; ²Servicio de Endocrinología, Departamento de Pediatría, Hospital Escuela, Tegucigalpa.

Antecedentes. El prolactinoma es el adenoma hipofisario funcional más común en los niños mayores de 12 años y es más frecuente en mujeres. Tienen una prevalencia estimada de 100 casos por cada millón de personas. La prolactina estimula la producción láctea y tiene efectos secundarios en la función gonadal. La hiperprolactinemia interrumpe la secreción pulsátil de la hormona liberadora de gonadotropinas e inhibe la hormona luteinizante (LH) y hormona folículo estimulante (FSH). Se presenta con oligomenorrea en mujeres y ginecomastia e hipogonadismo en varones, además de cefalea y alteraciones de campos visuales. Se clasifican en microadenoma (diámetro ≤ 10 mm) y macroadenoma (diámetro > 10 mm) sin importar si hay invasión del seno cavernoso o hueso. Es el único adenoma hipofisario que puede manejarse con tratamiento médico a largo plazo. **Descripción de serie de casos clínicos.** Se presentan tres casos atendidos en el Servicio de Endocrinología, Departamento de Pediatría, Hospital Escuela. **Caso 1.** Femenina, 15 años, consultó por galactorrea de 6 meses, ciclos menstruales regulares, cefaleas, sin alteración neurológica. Niveles de prolactina 146.7 ng/ml. Radiografía de cráneo demostró silla turca amplia. Tomografía Axial Computarizada (TAC) cerebral demostró lesión intraselar de 15 x 12mm. Se manejó con cabergolina. La TAC cerebral control 2 años después, demostró lesión de 2.5mm y remisión de galactorrea. **Caso 2.** Femenina, 18 años, escasa galactorrea de mama derecha, telarquia II, pubarquia II, no menarquia. Prolactina 150 ng/ml, FSH 3.98 mUI/ml, LH 0.556 mUI/ml, Estradiol: 116 pg/ml. Resonancia magnética cerebral (RM) de silla turca: demostró imagen pequeña hiper-intensa redondeada que corresponde a microadenoma hipofisario. Manejo con bromocriptina. Un año después del tratamiento presentó menarquia, no galactorrea y prolactina de 28 ng/ml. **Caso 3.** Femenina, 16 años, ingresó a Sala de Medicina Pediátrica por encefalitis. Ciclos menstruales regulares, pero con galactorrea bilateral. Prolactina de 108 ng/ml, pérdida de ritmo circadiano. RM de área selar demostró lesión intra y supraselar de 13 x 11mm haciendo contacto con el quiasma óptico; no se observó defectos hemianópticos en campimetría. RM control un año después demostró aumento del tumor por lo que se indicó cirugía. **Conclusiones/Recomendaciones.** La galactorrea en niñas debe motivarnos siempre a realizar estudios para investigar prolactinomas aunque no haya alteraciones del ciclo menstrual ni alteraciones neurológicas ni oftalmológicas.

30T. Macroadenoma de hipófisis. José Edgardo Hernández Monterroso, Ena Miller. Departamento de Neurocirugía, Hospital Mario Catarino Rivas, San Pedro Sula, Honduras.

Antecedentes. El macroadenoma de hipófisis representa aproximadamente el 10% de todas las neoplasias intracraneales primarias y constituye la tercera neoplasia por orden de frecuencia de todas las neoplasias intracraneales primarias, después de gliomas y meningiomas. En general, los adenomas de la hipófisis son tumores de adultos; menos del 10% se presenta en niños. Los microadenomas son definidos como adenomas hipofisarios con un diámetro < 10 mm; los macroadenomas son > 10 mm. Clínicamente se presenta con cefaleas (75% de los casos), pérdida de la visión, manifestaciones hipotalámicas que incluyen: alteraciones del sueño, de la atención, de la conducta, de la alimentación, de las emociones. El tratamiento es casi siempre quirúrgico y también puede hacerse radioterapia. Entre las complicaciones que se pueden dar están la diabetes insípida, déficits adicionales de hormonas hipofisarias, rinorraquia, descenso de las fibras ópticas dentro de la silla turca. La mortalidad es menor al 1%. **Descripción del caso clínico.** Paciente femenina de 35 años, procedente de Tela, Atlántida, en unión libre, universitaria, maestra de educación primaria, la cual ingresó por la consulta externa del Hospital Mario Catarino Rivas (MCR), con cuadro de galactorrea de 6 años de

evolución, en ambas mamas, la cual fue disminuyendo en cantidad. Además, historia de aumento de tamaño en manos y pies de igual evolución, a expensas del grosor de los mismos, cefalea de 2 años de evolución de predominio universal, así como mareos y debilidad generalizada de igual evolución. En funciones orgánicas generales presentó disminución de apetito, defecación y peso (aprox. 15 lbs.) y aumento de la micción. Por aparatos presentó engrosamiento de la mandíbula y labios, pérdida progresiva de agudeza visual periférica, tinnitus, hipoacusia, aumento de tamaño de la nariz, galactorrea, acromegalia, sudoración excesiva e intolerancia al frío. Con antecedentes personales patológicos de hipertensión arterial de 1 año de evolución, controlada con antihipertensivos; y rinitis alérgica controlada con antialérgicos, con historia de alergia al polvo y la lana. Antecedentes de que en 1993 se le realizó cesárea en el Hospital Tela Integrado por trabajo de parto irregular, sin complicaciones. Historia familiar: Paterno de cáncer de pulmón, materno de hipertensión arterial e infarto agudo del miocardio; abuela paterna falleció padeciendo diabetes mellitus. Al examen físico se encontró paciente lúcida, consciente, orientada; con los siguientes signos vitales: Presión arterial 110/90 mmHg, frecuencia cardíaca 80 x min., frecuencia respiratoria 18 x min., T°: 37°C. Cabello desprendible fácilmente, cara con facies grotesca, engrosada e hirsutismo. Se corrobora galactorrea, manos y pies engrosados, vello abundante en miembros inferiores. La solución del caso fue quirúrgica extirpando el tumor en su totalidad por vía transnasal con la colaboración del departamento de Otorrinolaringología del MCR. **Conclusiones/Recomendaciones.** El macroadenoma hipofisiario es una enfermedad de poca frecuencia en nuestro medio, todos los pacientes intervenidos hasta la fecha en el HMCR han sobrevivido a la intervención para la extirpación del mismo, los pacientes operados por esta patología pueden hacer una vida completamente normal después de realizado el procedimiento. Estimular cada vez mas en el proceso de formación académica el estudio de patologías como el macroadenoma hipofisiario, dotar de material quirúrgico a las salas de operaciones de los hospitales estatales para la evacuación de casos como este ya que a veces por no contar con el instrumental necesario no es posible realizar dichas cirugías.

31T. Síndrome de Wiskott Aldrich (Inmunodeficiencia primaria mixta). Ruth E. Funes,¹ Virna Rivas,¹ José Antonio Samra.² ¹Alumnas VI Año Carrera de Medicina, Facultad de Ciencias Médicas, UNAH; ²Departamento de Pediatría, Facultad de Ciencias Médicas, UNAH; Tegucigalpa.

Antecedentes. El Síndrome de Wiskott-Aldrich (WAS) es una enfermedad de inmunodeficiencia primaria mixta que afecta tanto a los linfocitos B, linfocitos T y una disminución de las plaquetas. Es un trastorno recesivo ligado al cromosoma X que se caracteriza por eccema, púrpura trombocitopénica crónica (con megacariocitos de aspecto normal pero plaquetas pequeñas y defectuosas) y con una susceptibilidad a la infección sobre todo por agentes oportunistas. En su forma clásica, el WAS tiene un patrón de síntomas característico que incluye: una mayor tendencia a las hemorragias causada por una reducción notable del número de plaquetas (trombocitopenia crónica), infecciones frecuentes causadas por bacterias, virus y hongos (inmunosupresión mixta primaria) y eccema crónico. Es un síndrome poco frecuente, se presenta en 2-4 casos por cada millón de recién nacidos masculinos. Estudios realizados en países europeos revelan que WAS se presenta en 8-9 casos por cada millón de recién nacidos masculinos. Las mujeres no se ven afectadas pero son portadoras del gen alterado heredándolo solamente a sus hijos varones. El WAS es una enfermedad muy rara en el mundo por lo cual se consideró importante presentar un caso diagnosticado en el Hospital Escuela, Tegucigalpa. **Descripción del caso clínico.** Paciente de 10 meses de edad, mestizo, procedente de Tegucigalpa. Ingresó a la Sala de Lactantes en octubre 2008 por presentar cuadro de diarrea aguda disintérica y trombocitopenia en estudio. El paciente presentaba un antecedente neonatal de eczema crónico. Además presentaba antecedentes de infecciones a repetición caracterizadas por una otitis media y cuadro diarreico previo a su ingreso. Al examen físico encontramos lactante menor consciente, lúcido, sin signos de deshidratación, con peso: 6.4 kg, talla: 65 cm y perímetro cefálico: 44 cm; con percentiles de Peso/Edad: <5, Talla/Edad: <5, Perímetro cefálico: 25, Peso/Talla: 25. Los datos de laboratorio al ingreso demostraron trombocitopenia de 49,000 plaquetas/uL, hallazgo de plaquetas pequeñas al frotis de sangre periférica. Se realizaron pruebas inmunológicas que demostraron IgM ligeramente disminuida, IgG normal, IgA elevada e IgE elevada unas 150 veces (1,489 UI/ml). Se

realizó un conteo de linfocitos CD4 el cual demostró un valor disminuido para su edad con 1,140 cel/uL. La exploración de cabeza demostró áreas de descamación en el área de la fontanela anterior por rascado crónico y lesiones eritematosas en área occipital. Posteriormente, en noviembre 2008 ingresó nuevamente por presentar neumonía basal bilateral y un nuevo ingreso posterior a este por presentar equimosis de pie derecho secundario a trauma; persistiendo con su trombocitopenia.

Conclusiones/Recomendaciones. Los datos clínicos y de laboratorio demuestran evidencia que sugiere tratarse de un caso de WAS. A pesar de tener una incidencia mundial extremadamente baja, este nos deja mucho aprendizaje ya que nos revela que en nuestra población existen todo tipo de patología inmunológica primaria, que su diagnóstico va a depender de la acuciosidad e interés médico y que evidentemente nuestro hospital sigue siendo el polo primario de conocimiento a nivel nacional debido a los complejos casos que aquí se diagnostican.

32T. Relación entre la percepción de conducta del maestro y la incidencia de trastorno de déficit de atención e hiperactividad. Rolando S. López. Postgrado de Psiquiatría, Universidad Nacional Autónoma de Honduras, Tegucigalpa.

Antecedentes. El Trastorno por Déficit de Atención y/o Hiperactividad (TDAH) es un cuadro sintomático tremendamente heterogéneo desde el punto de vista clínico y pronóstico. Se caracteriza básicamente por una atención lábil y dispersa, impulsividad e inquietud motriz exagerada para la edad del niño y sin carácter propositivo. Los pacientes afectados se muestran inquietos y dispersos en los primeros años de edad, e incluso, en los primeros meses de vida. El cuadro se hace especialmente notable a partir de los tres primeros años, mostrando una diversidad clínica e intensa a partir de los seis años de edad, durante la etapa escolar. **Objetivo.** Determinar la relación que hay entre la percepción de la conducta hecha por el maestro y los padres del niño y la incidencia de TDAH en la población estudiada. **Material y Métodos.** a cada maestro de la escuela Juan Ramón Molina de la colonia San Miguel de Tegucigalpa, se le pidió que hiciera una lista de 5 niños considerados como con una conducta buena (grupo 1) y otro grupo de 5 niños con problemas de disciplina (grupo 2). Además, antes de iniciar a llenar la encuesta se le aplicó a cada maestro una prueba para determinar los conocimientos previos sobre TDAH. Una vez escogidos los niños, se les pidió a los educandos y a los padres respectivos que contestaran la escala de Conners para detectar la incidencia de TDAH en la población y comparar ambos grupos. **Resultados.** 36 maestros aceptaron participar, de ellos solo el 8% obtuvo tres o más respuestas correctas, 28 maestros (77%) no sabían nada. Se seleccionaron 100 niños, 50 en cada grupo. En el grupo 1 la mayoría 37 eran mujeres (74%), su edad promedio fue de 9.2 años, el 66% vivía con ambos padres y solo el 8% cumplía criterios para TDAH al comparar los resultados de la escala de Conners llenada por los maestros y padres. El grupo 2 era el constituido por aquellos estudiantes cuyos maestros identificaron como tener problemas de disciplina, la mayoría fueron varones (80%), su edad promedio fue de 9 años, el 60% vivía con ambos padres y el 58% de ellos cumplían criterios para TDAH. **Conclusiones/Recomendaciones.** La gran mayoría de los maestros encuestados (77%) no tenían ningún conocimiento sobre las características básicas del TDAH. al analizar ambos grupos podemos decir que según la opinión de los maestros las niñas muestran una mejor conducta que los varones, no hubo diferencia estadística al comparar la edad promedio ni con quien viven los niños. si se pudo constatar que un 58% de los niños que presentan problemas de disciplina cumplían criterios para TDAH, lo que permitirá brindarle a estos estudiantes una opción terapéutica farmacológica y no farmacológica que pudiese ayudar en mejorar su desempeño.

33T. Factores asociados con infección neonatal por *Escherichia coli* en la Unidad de Neonatología, Hospital Dr. Juan Manuel Gálvez, Municipio de Gracias, Lempira, Honduras, marzo-mayo 2008. Doris Guillén,¹ Norma Duarte,² Fany García,³ Jesús Monge.⁴
¹Departamento de Medicina Interna, Hospital Dr. Juan Manuel Gálvez; ²Jefatura Médica Consulta Externa, Hospital Dr. Juan Manuel Gálvez; ³Vigilancia de la Salud, Región Departamental de Salud No. 13; ⁴Unidad de Salud Municipal, Municipio San Manuel, Región Departamental de Salud No. 13.

Antecedentes. Anualmente fallecen cinco millones de recién nacidos (RN) en el mundo (OMS), las principales causas son las infecciones en 32%. En Honduras es similar. En marzo 2008 se notifica aumento inusual de infecciones en recién nacidos de sala neonatología, hospital Dr. Juan Manuel Gálvez, con neonatos graves y una defunción, desconociéndose factores causales; iniciándose estudio para identificar causa, e implementar medidas de prevención y control. **Material y métodos.** Estudio descriptivo, con segunda fase analítica, de casos y controles con relación de 2:1. Caso Sospechoso: neonato, ingresado a unidad de neonatología, 1 de marzo al 31 de mayo, con síntomas, Proteína C Reactiva y/o Velocidad de Eritrosedimentación positivos, con o sin factores de riesgo materno como Infección Urinaria, Ruptura Prematura de Membranas, Caso confirmado: neonato, ingresado a unidad de neonatología 1 de marzo al 31 de mayo, con o sin datos de caso sospechoso y cultivo positivo por *Escherichia coli*, urocultivo, hemocultivo o coprocultivo. Control: neonato, ingresado a unidad de neonatología, 1 de marzo al 31 de mayo, sin síntomas, ni PCR o VES o cultivos positivos, con o sin factores maternos de riesgo. Se aplicaron medidas de asociación y significancia estadística. Revisión de historias clínicas y de laboratorio. **Resultados.** se encontró 61 casos, tasa de ataque 27 por 100 egresos, letalidad 1.6%. Se aisló *E. coli* en cultivos neonatos, bacinete transitorio y antiséptico para lavado de manos de madres. Mostraron asociación estadísticamente significativa: parto intrahospitalario, OR 3.0 (95% IC 1.2-7.7, p = 0.01); semana gestacional 38-42, OR 2.8 (95% IC 1.1-7.0, p = 0,02); colocación de colector de orina, OR 4.9 (95% IC 1.9-13.0, p = 0.0002). **Conclusiones/Recomendaciones.** Se verificó la existencia del brote de infección en neonatos por *E.coli*. Los factores causales fueron de origen materno y del neonato, con factores intrahospitalarios asociados al riesgo de infección nosocomial. En vista de resultados se fortaleció el sistema de vigilancia de infecciones intrahospitalarias, descontaminación, limpieza y desinfección de la sala de neonatología para evitar infecciones intrahospitalarias.

34T. Evaluación de la adherencia del personal de salud en la práctica diaria a las normas locales de prevención de infecciones, Hospital Dr. Juan Manuel Gálvez, Gracias, Lempira, Honduras, agosto-septiembre, 2008. Doris Guillén. Departamento de Medicina Interna, Hospital Dr. Juan Manuel Gálvez, Gracias, Lempira, Honduras.

Antecedentes. Los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC) uniformaron definiciones de infección nosocomial y sus concurrentes acciones, las cuales fueron socializadas e implementadas en Honduras por organismos internacionales, incluyéndose el personal de salud del hospital Dr. Juan Manuel Gálvez, con talleres educativos. Sin embargo, el porcentaje puntual de infecciones nosocomiales en el 2007 fue de 75% en el área materno infantil y 25% en el médico-quirúrgico, ameritándose investigar la adherencia del personal a las prácticas en la prevención de infecciones nosocomiales más frecuentes: urinarias, neumónicas, diarreicas, y por venopunciones, con el fin de conocer fortalezas y debilidades existentes en la prevención de infecciones a nivel local. **Material y métodos.** Estudio transversal, incluyó personal médico y enfermería, de turno en Pediatría, Ginecología, Cirugía y Medicina Interna. Muestra estratificada por porcentaje de personal por servicio y por turno, total 78 empleados; elaboración y aplicación de encuesta, descripción de las variables en tiempo, espacio y persona, aplicando las medidas de frecuencia, tendencia central, razones, proporciones, y construcción de gráficas y tablas. **Resultados.** Se aplicaron 73 encuestas, 31 en turno A; 21 en turno B y 21 en turno C; El 83.6% (61/73) fueron enfermeras auxiliares, 8.2% (6/73) enfermeras profesionales y 8.2% (6/73) médicos especialistas; destacó el lavado de manos en el servicio de Neonatología antes de examinar los neonatos el cual se realizó en un 100% (73/73); al evaluar al personal de todo el hospital en general en relación a medidas de prevención de infecciones

respiratorias tales como el uso de equipo de protección personal para el aseo del instrumental respiratorio fue incompleto en el 100% (73); 55.4% (36/65) del personal no usó protección con mascarillas ante un paciente tosedor. El 67.3% (37/55) de los pacientes tosedores se encontraron a menos de 1 metro de pacientes no tosedores y 36.4% (20/55) ubicados en áreas no ventiladas. Respecto a las otras medidas de prevención estudiadas la asepsia y antisepsia al colocar sonda Foley se realizó en un 96.2% (51/53). El 100% (73) del personal se lavó las manos al salir del servicio sanitario y el 72.6% (53/73) se lavó las manos antes de colocar una vía intravenosa. **Conclusiones/ Recomendaciones.** Las medidas de prevención de infecciones respiratorias se aplicaron en un promedio de 63.4%; las urinarias en un 94,1%, las gastrointestinales en un 81.8% y en un 82.1% las de venopunción. En base a los resultados se requiere reeducar al personal de la institución implementando las normas nacionales existentes de prevención de infecciones intrahospitalarias y crear un programa de evaluación continua de conocimiento, actitudes y prácticas aplicable a esta área.

35T. Criptococosis Cutánea. Reporte de un Caso. Reina Isabel Rivera Cerrato,¹ Flor de Azalea Girón.² ¹Postgrado de Anatomía Patológica, Hospital Escuela, UNAH; ²Departamento de Patología, Hospital Escuela, Tegucigalpa.

Antecedentes. La criptococosis es una infección micótica oportunista, causada por la levadura encapsulada *Cryptococcus neoformans*, estructuras redondas u ovals que miden 3,5-8 µm, que se reproducen por gemación única, con un cuello estrecho entre la célula madre y la hija. La vía de transmisión es la inhalación. Al entrar por las vías respiratorias altas, el hongo coloniza el árbol bronquial, se inicia como una enfermedad pulmonar con tos y escaso esputo mucoso con o sin hemoptisis, febrícula, malestar general y pérdida de peso, con diseminación a la piel, huesos, vísceras abdominales y particularmente hacia el sistema nervioso central donde invade el espacio subaracnoideo. El diagnóstico se realiza por medio de la identificación del hongo por medio de cultivos, en secreciones con tinta china y en tejidos por medio de coloraciones específicas para hongos como grocot y el ácido peryódico de Schiff (PAS). **Descripción de caso clínico.** Se presenta caso de paciente masculino de 75 años, procedente de Pespire, Choluteca, agricultor, sin antecedentes personales patológicos, con tumoración en ala nasal izquierda de 4 meses de evolución, al examen físico se observa pápula de 3 cms en ala nasal, con cambios de coloración, bordes elevados e irregulares, fue ingresado con Diagnóstico Clínico de Carcinoma Basocelular, de la cual se le realizó biopsia excisional, en los cortes histológicos coloreados con hematoxilina y eosina se observó epidermis adelgazada, en la dermis se encontró lesión gelatinosa, bien delimitada, donde se observan numerosos microorganismos ovoideos rodeados por un halo claro, en un fondo mixoide, con escasa reacción tisular, estas estructuras adquieren una tonalidad negra con la coloración de Grocot y rojo intenso con la coloración de Ácido Peryódico de Schiff. Los folículos y los anexos cutáneos se observaban sin alteraciones. El diagnóstico histológico fue reportado como Criptococosis Cutánea. **Conclusiones.** La mayoría de los casos de Criptococosis Cutánea se derivan de una infección pulmonar primaria, sin embargo se han reportado casos aislados en que las lesiones cutáneas no van precedidas de una infección previa. Cuando solo existen alteraciones cutáneas, el curso es benigno, con curación. En nuestro caso el paciente no tenía ningún antecedente patológico, por lo que se trata de un caso de criptococosis cutánea, sin infección sistémica.

36T. Infección por virus herpes simple en Sistema Nervioso Central. Reporte de un caso. Mázlova Toledo,¹ Lesly Lizeth Cerrato.² ¹Departamento de Anatomía Patológica, Hospital Escuela; ²Postgrado de Anatomía Patológica, Hospital Escuela, UNAH; Tegucigalpa.

Descripción del caso clínico. Femenina de 43 años, ingresada durante 20 días en Hospital Escuela por fiebre alta no cuantificada acompañada de cefalea frontal, alteraciones conductuales, agitación psicomotriz y convulsiones tónico clónicas, con pérdida de la conciencia al ingreso, signos vitales estables, Glasgow 13/15 y presencia de signos meníngeos. Durante su evolución intrahospitalaria presentó estatus epiléptico refractario al tratamiento y deterioro de su estado neurológico. Falleció con diagnóstico clínico de meningoencefalitis herpética, neumonía nosocomial sobreagregada y falla renal

aguda. Los hallazgos de la autopsia revelaron meninges grisáceas, opacas, cerebro con estrechamiento de los surcos y aplanamiento de las circunvoluciones, histológicamente se comprobó la presencia de algunas neuronas con cuerpos de inclusión virales intranucleares (Cowdry) a nivel de corteza frontal y temporal lo que es compatible con meningoencefalitis herpética confirmado mediante detección molecular del líquido cefalorraquídeo, dichos hallazgos demuestran datos de inmunosupresión y a pesar de que el examen de ELISA VIH es negativo existe un período de aproximadamente 6 meses en el cual pueden en casos positivos aparecer dichas pruebas no reactivas. Además se observó Necrosis centrolobulillar, Necrosis tubular aguda del hígado, Derrame pleural bilateral con Atelectasia bilateral por compresión, Hipertrofia miocárdica izquierda y Congestión esplénica secundario a la insuficiencia cardíaca congestiva. Otros hallazgos incidentales fueron Esteatosis macrovesicular focal del hígado, leiomioma intramural, Cervicitis crónica quística, Hidátide de Morgagni en trompa uterina derecha. Por lo anterior se concluyó como causa básica de muerte la meningoencefalitis herpética y como causa inmediata de muerte la herniación de amígdalas cerebelosas secundaria al edema, lo que produjo compresión del tronco del encéfalo y compromiso de los centros vitales cardíacos y respiratorios del bulbo raquídeo.

37T. Hallazgo incidental en caso de autopsia: coriocarcinoma metastásico. Mázlova Toledo,¹ Reynaldo Castro.² ¹Departamento de Anatomía Patológica, Hospital Escuela; ²Postgrado de Anatomía Patológica, Hospital Escuela, UNAH; Tegucigalpa.

Antecedentes. El coriocarcinoma es una neoplasia epitelial maligna de células trofoblásticas derivadas de cualquier forma de embarazo previamente normal o anormal o *de novo* de las células germinales. Aunque la mayoría de los casos se originan en el útero, los embarazos ectópicos aportan sitios de origen extrauterino, se considera una neoplasia rápidamente invasiva y ampliamente metastatizante, pero una vez identificada responde bien a la quimioterapia. Afecta 1 de cada 20,000 a 30,000 embarazos en Estados Unidos. Está precedida por molas hidatidiformes (50%), en abortos previos (25%) y en embarazos normales (22%). Los síntomas clínicos son escasos, el tumor se descubre en radiografías de tórax y huesos que revelan lesiones metastásicas. Las metástasis más frecuentes son pulmones (50%), vagina (30 a 40%), seguido por cerebro, hígado y riñón. **Descripción del caso clínico.** Femenina de 27 años, intervenida quirúrgicamente en Hospital Regional de Comayagua por embarazo ectópico tubárico. Egresó en buenas condiciones pero regresó al hospital regional 26 días después de la intervención quirúrgica con dificultad respiratoria, fiebre, escalofrío y diaforesis. Fue referida al Hospital Escuela donde a su llegada fue manejada como cuadro de shock séptico con foco de entrada respiratorio. La radiografía de tórax del ingreso reveló infiltrados algodonosos bilaterales, por lo que se consideró que se trataba de tuberculosis pulmonar. Se proporcionó manejo terapéutico sin resultados positivos. Falleció 17 días después del ingreso. Los hallazgos de la autopsia revelaron una masa en el polo superior del riñón derecho que hacía contacto con la cara inferior del hígado y destruía por completo la glándula suprarrenal ipsilateral. Además en ambos pulmones se observaron múltiples áreas de color café oscuro, la mayor de 0.4 cms. El resto de los órganos se observaron congestivos de aspecto usual. En los cortes histológicos de la masa encontrada en la parte superior del riñón derecho se observó una neoplasia epitelial maligna conformada por células de pleomórficas, atípicas de citotrofoblasto y sincitotrofoblasto catalogadas como un coriocarcinoma, con abundantes áreas de necrosis y hemorragia reciente, y entremezclado entre el tumor se identificaron fragmentos de glándula suprarrenal. En cuanto a las áreas de color café oscuro en ambos pulmones correspondían a metástasis del coriocarcinoma. **Conclusiones/recomendaciones.** La causa básica e inmediata de la muerte en este caso fue el coriocarcinoma con metástasis pulmonares bilaterales. Se recomienda realizar historia clínica exhaustiva que permita asumir un enfoque global del estado general del paciente e incluir dentro de los diagnósticos diferenciales la patología tumoral y no solamente infecciosa.

38T. Linfoma de Burkitt: Informe de autopsia. Olga Zavala,¹ Mazlova Toledo,² Reina Rivera.¹
¹Postgrado de Anatomía Patológica, Hospital Escuela, UNAH; ²Departamento de Anatomía Patológica, Hospital Escuela; Tegucigalpa.

Descripción del caso clínico. Paciente de 3 años de edad procedente de Danlí, con historia de dolor abdominal de 6 días de evolución, defecaciones escasas, debilidad, fiebre de 5 días no cuantificada, tos de igual evolución acompañada de disnea. Al examen físico FC: 168x min, con franca disnea FR: 39xmin, tiraje intercostal, roncus y crépitos bilaterales. Abdomen con perímetro de 60 cm doloroso, se palpa masa en cuadrante inferior, edema de miembros inferiores y palidez generalizada. Se ingresó con diagnóstico de suboclusión intestinal por ascariasis. Durante su estancia hospitalaria fue evaluada por cirujano quien encuentra abdomen con distensión importante, ruidos metálicos, masa en mesogastrio que impresionó nudo de ascaris por lo que indicó manejo médico con sonda nasogástrica, piperacina, USG y Rx de abdomen por la mañana y preparar para eventual cirugía si no resuelve conservadoramente. Su hemograma reporta hemoglobina de 9.3 mg/dl, leucocitos 8.11×10^3 mm³, linfocitos de 21.2%, neutrófilos de 68.3% y eosinófilos de 3.4%. Posteriormente se le realizó Laparotomía exploratoria encontrándose masa 10x8 cm de diámetro en Ileon distal y mesenterio de la cual se realizó resección parcial. Recibiéndose de sala de operaciones taquicardica, presión arterial de 115/72 mmHg, pupilas anisocóricas, hipoxémica, con abundantes crépitos pulmonares, ritmo de galope, palidez mucocutánea intensa, bajo gasto urinario. Abdomen distendido, hepatomegalia. Paciente Grave. Presentó paro cardiorrespiratorio se realiza maniobras de RCP avanzado, sin respuesta. Los hallazgos principales en la autopsia fueron: Paciente postquirúrgica de Suboclusión Intestinal complicada, con masa mesentérica en la que histológicamente se observa infiltrado difuso de células neoplásicas con aspecto linfoide de tamaño intermedio, con núcleo redondos a ovals y de 1-2 nucleolos, abundantes mitosis y en algunas áreas focales se observa patrón “en cielo estrellado” que corresponde a Linfoma de Burkitt con metástasis a tubo digestivo, páncreas, diafragma, médula ósea. Derrame pleural bilateral, ascariasis, hepatomegalia y edema cerebral. El estudio histológico fue confirmado por técnicas especiales de Inmunohistoquímica en St. Jude Childrens Research Hospital, Tennessee, Estados Unidos, el cual reportó: CD3 Negativo, CD45 Negativo, CD20 Positivo ++, CD79a Positivo +++, TdT Negativo, (Ki-67) Positivo 100%, poniendo de manifiesto la naturaleza B del tumor (CD20 y CD79a) y un índice proliferativo evaluado mediante Ki67 muy elevado, del 100%. Sus diagnósticos finales: 1) Linfoma de Burkitt en región ileocecal confirmado por estudios inmunohistoquímicos (CD 79 +, MIB-1 +, TdT-) con infiltración a Tubo digestivo (estómago, intestino delgado, intestino grueso), páncreas, diafragma, vejiga y médula ósea; 1.1 Suboclusión Intestinal complicada, Ascariasis intestinal; 1.2 Hepatomegalia; 1.3 Derrame Pleural Bilateral, Atelectasia bilateral por compresión; 2) Edema cerebral; 3) Esteatosis hepática difusa. Por lo anterior consideramos como causa básica de muerte: Linfoma de Burkitt y causa inmediata de muerte: Obstrucción Intestinal Complicada. **Conclusión.** La literatura internacional reporta que hasta el 90% de éstos tumores son intraabdominales, presentándose frecuentemente como invaginación intestinal, intususcepciones ileo-cólicas, en éste caso se manifestó como obstrucción intestinal por lo que los médicos debemos tener en cuenta estos diagnósticos diferenciales al momento de presentarse abdomen agudo.

39T. Estudio de embarazo en adolescentes en áreas de influencia de cesamos atendidos por médicos en servicio social, Honduras noviembre 2004 - noviembre 2005. Eleonora Espinoza, Manuel Sierra, Denis Padgett. Unidad de Investigación Científica, Facultad de Ciencias Médicas, UNAH, Tegucigalpa.

Antecedentes. El embarazo en adolescente (EA) es una situación compleja a la que se le ha prestado en estas últimas décadas una mayor atención, considerándosele como un problema prioritario de salud pública tanto en los países desarrollados como en los en vías de desarrollo. El embarazo temprano pone en peligro la salud de la las mujeres jóvenes y la de sus hijos y les limita mejorar su status socioeconómico. Cada año alrededor de 15 millones de mujeres adolescentes casadas o solteras resultan embarazadas. La Secretaria de Salud no cuenta con estudios a nivel nacional sobre la proporción de embarazo adolescente del total de embarazos, pero en forma empírica se informa que un

30% de los partos atendidos en el Hospital Escuela, Tegucigalpa, son en menores de 19 años. **Objetivo.** Determinar la proporción y algunos factores de riesgo relacionados con el EA en los centros de salud con médico en servicio social (MSS). **Material y Métodos.** El estudio se llevó a cabo en 81 centros asistenciales donde estaba asignado un MSS en el periodo del 2004-2005, entre Centros de Salud, Clínicas Materno Infantiles y Hospitales. El estudio fue descriptivo transversal. En cada centro se tomó una muestra de 50 adolescentes embarazadas entre 10 y 19 años de edad que asistían a su control prenatal por demanda espontánea y en los casos donde al centro asistencial no acudió el total de adolescentes embarazadas requerido se realizó una búsqueda activa en el área de influencia de la comunidad. Además se registró el total de embarazos ocurridos durante ese periodo para obtener la proporción de EA. **Resultados.** El estudio incluyó 3,779 adolescentes embarazadas, de los 18 departamentos del país, cuyas edades se encontraron en el grupo de 10 a 14 años (6%) y en el grupo de 15 a 19 años (94%). La media, la mediana y la moda fueron de 17 años. De un total de 17,178 embarazos de 10-49 años de marzo a junio del 2005 hubo un total de embarazos de 10 -19 años de 4,410 obteniendo una proporción del 25.7% de EA (95% IC: 25.0%-26.3). Las patologías más frecuentes asociadas al EA fueron en el grupo de 10-14 años: anemia 70 (32.5%), edema de miembros inferiores 31 (14.4%); infección del tracto urinario 71 (33%); Amenaza de aborto 23 (11%); Amenaza de parto pre término 11 (5.1%); sangrado 18 (8.3%); hipertensión arterial 12 (6%); presión arterial baja 7 (3.2%). En el grupo de 15-19 años: anemia 961 (26.9%); edema de miembros inferiores 488 (13.6%); ITU 1067 (30%); amenaza de aborto 288 (8%), amenaza de parto pre término 133(4%), Sangrado 211 (6%), presión arterial alta 133 (4%), presión arterial baja 184 (5.1%). **Conclusiones/Recomendaciones.** Este es el primer estudio que obtiene una proporción de EA a nivel nacional en zonas de influencia de MSS. Este estudio demuestra el impacto que tiene el embarazo en la salud de las adolescentes y la necesidad de establecer estrategias diferenciadas de salud sexual y reproductiva para mujeres adolescentes.

40T. Factores asociados con hipertensión arterial en mujeres embarazadas de Güinope, El Paraíso, Marzo-Octubre del 2008. José Edgardo Hernández Monterroso, German Zavala. Departamento de Salud Pública, Facultad de Ciencias Médicas, Universidad Nacional Autónoma de Honduras.

Antecedentes. La hipertensión arterial constituye el problema de salud pública mas importante en países desarrollados y actualmente empieza a formar parte en mayor medida del panorama de salud en países subdesarrollados como el nuestro. **Objetivo.** Determinar la prevalencia de hipertensión arterial y los factores asociados en mujeres embarazadas de Güinope y sus áreas de influencia, en los meses de Marzo a Octubre del 2008. **Metodología.** Un estudio descriptivo transversal realizado entre los meses de marzo a octubre del 2008. La información se obtuvo a través de una encuesta que permitió estudiar los siguientes factores: edad, presión arterial, peso, talla, índice de masa corporal (IMC), alimentación basada en carbohidratos y grasas, antecedentes personales patológicos, antecedentes familiares, síntomas clínicos asociados a hipertensión e ingesta de sal. **Resultados.** Se entrevistaron 31 embarazadas. Ninguna desarrolló hipertensión arterial, pero aproximadamente la mitad demostró tener factores asociados para dicha enfermedad. El grupo de edad más el de 20-24 años. La presión arterial promedio fue 100/70 mm Hg. Al inicio del estudio, las embarazadas mostraron un peso de 50.0-54.9 Kg, lo cual se considera normal. El 38.7% demostró una talla entre los 150 y 154 cm. El 84% (26) demostraron un IMC entre 19.8 y 26.0 Kg/m², el cual es considerado normal. De las 31 embarazadas encuestadas, 20 (64,5%) informaron consumir carbohidratos y 14 (45%) grasas todos los días. Entre los antecedentes, una paciente padeció preeclampsia en un embarazo anterior; 29% de las madres de las embarazadas padecen hipertensión arterial. El síntoma asociado a hipertensión arterial mayormente encontrado fue cefalea (71%). El 48.4% de las embarazadas informaron agregar sal a sus comidas. **Conclusiones/Recomendaciones.** En este grupo de pacientes no se encontró ningún caso de hipertensión arterial en el embarazo, aunque si se identificaron factores asociados.. Se recomienda investigar más sobre estos temas que tanto afectan a nuestra población para obtener datos más significativos y poder prevenir de una mejor manera este tipo de patologías

41T. Factores de riesgo de amenaza de parto pre-termino en pacientes de la Clinica Materno Infantil de Catacamas, Olancho, en el período de abril – junio 2009. Karen Cerrato Hernández,¹ Betty Flores Mendoza.² ¹Medico en Servicio Social, Facultad de Ciencias Médicas, UNAH; ²Estudiante de Licenciatura Enfermería CURNO-UNAH.

Antecedentes. La amenaza de parto pretérmino (APP) es una emergencia de gran importancia tanto en obstetricia como en pediatría porque hasta el 75% de la morbi-mortalidad neonatal se asocia a recién nacidos pretérmino. La OMS reporta una incidencia mundial cercana al 14%, y algunos estudios hospitalarios en Honduras reportan aproximadamente un 5%, sin embargo cuentan con la limitación de no expandirse a centros regionales y clínicas periféricas rurales. Según la bibliografía internacional, las infecciones padecidas durante el embarazo, tanto urinarias como vaginales, representan una causa importante de parto pretérmino, y la ruptura prematura de membranas representa la causa hasta en un 30% de partos pretérmino. **Objetivos.** Conocer las características epidemiológicas y antecedentes de pacientes que acudieron a la clínica materno infantil de Catacamas con amenaza de parto pretérmino entre los meses de abril – junio de 2009. **Materiales y Métodos.** Estudio transversal descriptivo, realizado en un universo de 265 pacientes atendidas en la emergencia de maternidad, tomando como muestra todas que tenían amenaza de trabajo de parto y una edad gestacional menor a 37 semanas, totalizando 34 pacientes. Se usó un instrumento de 15 preguntas, previa lectura del consentimiento informado. La información se procesó en Epi Info. **Resultados.** Se encontró una incidencia de APP de 12.8%. De un total de 34 pacientes, 26 (76.5%) eran menores de 25 años, 23 (67.6%) provenían de área rural, 11 (32.3%) eran analfabetas, 24 (70.6%) tenían un ingreso familiar mensual menor a L.6,000, 15 (44.1%) eran primigestas, y 11 (57.9%) de las multíparas tenían periodo intergenésico menor a 2 años. 30 (88.2%) tenían una edad gestacional entre 32 y 36 SG, 7 (20.6%) no realizaron controles prenatales, 4 (11.7%) presentaban ruptura de membranas, 11 (32.3%) tenía antecedente de infección urinaria, 4 (11.7%) tenían antecedente de infección vaginal. **Conclusiones/Recomendaciones.** La mayor parte de pacientes eran jóvenes y primigestas. La mayoría procedían de áreas rurales con bajos recursos económicos y poca o nula escolaridad. El periodo intergenésico corto fue una característica frecuente en las pacientes con APP. Las infecciones urinarias y vaginales no se encontraron como antecedente en la mayor parte de las pacientes, y solo una minoría no tenía control prenatal. La edad gestacional más frecuente se encontró entre las 32 y 36 SG lo que mejora el pronóstico de los recién nacidos. La ruptura de membranas no fue una causa importante de APP. Se recomienda un mayor énfasis sobre los cuidados del embarazo en jóvenes primigestas y fomentar el uso de métodos de planificación familiar para espaciar los embarazos.

42T. Prevalencia de hipertensión arterial en una comunidad urbana de Honduras. Karen Cerrato Hernández,¹ Lysien Ivania Zambrano.² ¹Medico en Servicio Social, Facultad de Ciencias Médicas, UNAH; ²Alumnos VII Año Carrera de Medicina, Facultad de Ciencias Médicas, UNAH.

Antecedentes. La Hipertensión Arterial (HTA) es un problema de salud importante a nivel mundial. Se reporta una prevalencia de entre 15% y 30% en países occidentales y estudios nacionales reportan hasta un 32%. Se conoce que el envejecimiento de la población, la migración y los cambios en el estilo de vida, ha influido en la incidencia de HTA, y de ésta como factor de riesgo para enfermedad coronaria y cerebro-vascular. A pesar de ser de fácil detección, se estima que en Honduras hay 31.2% de pacientes no diagnosticados, y entre 12 y 30% de pacientes ya diagnosticados que no están controlados. Un índice de Masa Corporal (IMC) elevado, el consumo de tabaco o alcohol, la edad y sexo de los pacientes son factores de riesgo importantes para diseñar estrategias de prevención y diagnóstico precoz. **Objetivo.** Establecer la prevalencia de HTA en una comunidad urbana de Tegucigalpa en los meses de enero – Junio de 2008. **Materiales y Métodos.** Estudio transversal, descriptivo en Colonia Miraflores, Tegucigalpa, en una muestra de 120 domicilios, y un total de 257 participantes mayores de 18 años de ambos sexos. Se usó un instrumento de 12 preguntas y se tomó presión arterial, talla y peso a los participantes, previa lectura del consentimiento informado. La información se procesó con EpiInfo. **Resultados. Población General:** 178 (69.3%) eran de sexo femenino, 142 (55.2%) eran mayores de 40 años. Por IMC, 132 (51.3%) presentaron sobrepeso u obesidad. 28 (10.9%) tenían hábito de tabaquismo y 31 (12.1%) consumían alcohol al menos 2 veces

por semana. **Población con diagnóstico Previo:** 64 (24.9%) tenían diagnóstico previo de HTA, 49(76.5%) eran mayores de 55 años. 24 (37.5%) no estaban controlados, 46 (71.9%) tenía sobrepeso u obesidad. 60(93.8%) no practicaba deportes, y solo 5 (7.8%) asistía al gimnasio regularmente. 18(28.1%) usaban betabloqueadores, que resultó la medicación más frecuente. 15(23.4%) tomaba medicamentos combinados y 6 (9.3%) no usaba medicación. **Hipertensos diagnosticados en este estudio:** 15 (7.8%) de los participantes refirieron no ser hipertensos, pero presentaron cifras tensionales elevadas en tres tomas y fueron diagnosticados durante este estudio. 8(53.3%) se encontraban entre 41-70 años de edad y 13 (86.6%) presentó algún grado de sobrepeso. Se encontró una prevalencia total de HTA del 32.7%. El 23.3% de población general presentó algún trastorno lipídico, pero entre los hipertensos este porcentaje subió al 46.9%. El 80% de los pacientes con antecedente de Infarto de Miocardio eran hipertensos. **Conclusiones.** La prevalencia total de HTA en este estudio fue similar a estudios anteriores en Honduras y otros países de Latinoamérica. El sobrepeso y sedentarismo fueron factores comunes en la mayoría de pacientes con HTA. Se encontró que el número de pacientes con HTA aumentaba a medida que aumentaba la edad por lo que el envejecimiento poblacional si incide en que aumente la prevalencia de HTA. Los trastornos lipídicos fueron más frecuentes en los hipertensos, al igual que la incidencia de enfermedad coronaria.

43T. Diagnóstico Presuntivo de Síndrome Metabólico en la Población del municipio de Tatumbla, mes de marzo del año 2009. Walther Iván Girón Matute, José Jorge Flores Irias, Edwin Rodríguez Calderón. Alumnos VII Año Carrera de Medicina, Facultad de Ciencias Médicas, UNAH.

Antecedentes. El síndrome metabólico (SM) es un tema actual y de debate en la comunidad médica, y su enfoque es esencial, pues se relaciona con las enfermedades que causan mayor mortalidad a nivel mundial y su incidencia va en aumento. **Objetivo.** Determinar la prevalencia de un diagnóstico presuntivo del SM en la población del Municipio de Tatumbla, Departamento de Francisco Morazán en el mes de marzo del año 2009. **Material y Métodos.** Estudio descriptivo transversal tipo investigación-acción. El universo estuvo formado por todos los habitantes de la comunidad de Tatumbla, Francisco Morazán (FM). La muestra fue de 50 habitantes de la comunidad de Tatumbla. Se aplicó un instrumento tipo encuesta de veinte preguntas, de las cuales seis eran preguntas abiertas y trece preguntas eran cerradas. El procedimiento consistió en visitar la comunidad y evaluar la presencia de SM. Luego se realizó una reunión con los habitantes para desarrollar su evaluación clínica completa incluyendo toma de presión arterial, peso, talla, perímetro abdominal y glucometría. A continuación, se identificó a los sujetos con factores de riesgo de SM. Posteriormente se rifó dos canastas con productos de consumo básico entre los participantes. **Resultados.** De los 50 sujetos encuestados, 82.2% era mujeres. El 2.2% era menor de 20 años, el 28.9% estaba entre 21 y 40 años, el 26.7% entre 41 y 60 años, el 24.4% entre 60 y 80 años y el 17.8% era mayor de 80 años. El 68.9% presentó algún antecedente familiar de SM. En el 11.0% de las personas se demostró glicemia aumentada; 57.8% presentó índice de masa corporal en rangos normales. Conjuntamente, el 67.5% de las personas que tenían antecedentes de SM informó no practicar ejercicios, 31.0% informó consumir bebidas alcohólicas y 13.8% informó fumar. El 35.5% de los pacientes con antecedentes de SM presentó perímetro abdominal aumentado y el 37.9% presentó presión arterial mayor a 130/85 mmHg. **Conclusiones/Recomendaciones.** Las mujeres participaron más que los hombres (4.5:1 mujer:hombre) y el grupo de edad más representado fue entre 21 y 40 años. La mayoría presentó antecedente familiar de SM. Los factores de riesgo identificados en orden de frecuencia fueron no practicar ejercicio, tener perímetro abdominal elevado, tener presión arterial elevada al momento de la evaluación, presentar un índice de masa corporal alterado, consumir bebidas alcohólicas y, por último, tener hábito de fumar. Recomendamos implementar actividades educativas que permitan incentivar a la población a participar en actividades que reduzcan los factores de riesgo de SM.

44T. Prevalencia del trastorno de ansiedad social en un instituto de educación media de Tegucigalpa, Honduras. Eunice Reyes Ochoa. Postgrado de Psiquiatría, Hospital Psiquiátrico Dr. Mario Mendoza, UNAH, Tegucigalpa.

Antecedentes. El desenvolvimiento social normal involucra el estar bajo la mirada de extraños, amigos, y colegas, interacciones que son hechas usualmente sin pensamiento consciente. La mayoría de las personas admiten incomodidad social mientras están bajo escrutinio público; sin embargo la fobia social, es el miedo excesivo a que el desempeño o interacción social será inadecuado, vergonzoso o humillante. Las personas con fobia social evitan la mirada de sus interlocutores y con frecuencia evitan el ambiente social. La inhabilidad resultante deteriora severamente los aspectos educacionales y de productividad. A menos que el desorden sea diagnosticado con precisión y tratado rápidamente, se vuelve una carga para la sociedad. **Objetivo.** Conocer la frecuencia del Trastorno de Ansiedad Social en los alumnos que asisten a la jornada nocturna del Instituto Héctor Pineda Ugarte de la Colonia Hato de Enmedio de Tegucigalpa en el mes de Marzo del 2009. **Material y métodos.** Se llevó a cabo un estudio descriptivo transversal. El universo lo constituyeron todos los alumnos que asistieron a clases durante la jornada nocturna, obteniéndose un muestreo al azar del 17% de estudiantes (58 alumnos). Fueron criterios de inclusión: ser de edad entre 12-17 años y ser estudiante del Instituto Héctor Pineda Ugarte. Se eligió la escala de evaluación de fobia social del Mini International Neuropsychiatric Interview para niños y adolescentes. **Resultados.** La edad promedio de los adolescentes encuestados fue de 14.8 años (rango de 12-17 años). La mayoría era de 16 años (25.9%) seguido por las edades 14 y 15 años (20.7% para ambas), con predominancia del sexo femenino (55.2%). El 94.8% es del departamento de Francisco Morazán, el 3.4% de Choluteca y solo 1.7% del departamento de Atlántida. En cuanto al estado civil el 86.2% son solteros y un 13.8% se encuentran en Unión libre (ver cuadro 1). El 32.8% de los alumnos tienen una ocupación y el 67.2% se dedican solo a estudiar. Entre las ocupaciones más frecuentes se encuentran los vendedores en tiendas en un 12% le siguen los comerciantes (5.2%) y oficios domésticos (3.4%). De acuerdo a los resultados de la aplicación de la escala, de los 58 alumnos encuestados 5 de ellos (8.6%) reunieron criterios para ansiedad social, lo cual está dentro de las estadísticas encontradas en diversos estudios. Aunque algunos estudios reportan frecuencias de 16-23% (3). **Conclusiones/Recomendaciones.** La prevalencia del trastorno de ansiedad social de acuerdo a la escala aplicada en los alumnos de Educación Media del instituto Héctor Pineda Ugarte, ubicado en la colonia Hato de En medio, en la jornada nocturna fue de 8.6%. La educación, información y conocimiento conducentes a un diagnóstico y tratamiento temprano son elementos clave para disminuir la carga social y económica del trastorno de ansiedad social.

45T. Manifestaciones psiquiátricas de la epilepsia del lóbulo temporal: informe de un caso. Eunice Reyes Ochoa. Postgrado de Psiquiatría, Hospital Psiquiátrico Dr. Mario Mendoza, UNAH, Tegucigalpa.

Antecedentes. Mundialmente, se estima que los hospitales psiquiátricos tienen 8 veces más pacientes con Epilepsia que lo esperado para trastornos mentales asociados a enfermedad cerebral. Los desórdenes psiquiátricos se presentan en un 28.6% de las epilepsias no complicadas, y en un 58.3% de aquellas complicadas. Las descargas epilépticas o crisis frecuentes pueden alterar el estado de conciencia y/o producir manifestaciones de enfermedad psiquiátrica. **Descripción del caso clínico.** Se trata de paciente femenina de 28 años de edad procedente de Danlí, El Paraíso, madre soltera quien cursó primaria completa. A la edad de seis años sufrió atropellamiento por una motocicleta golpeándose la cabeza contra el pavimento con posterior pérdida de conciencia de duración no determinada. Posterior a esto, ella presenta episodios de extrema irritabilidad sin motivo aparente, llegando incluso a atacar a su familia con objetos cortopunzantes, causa que motivó la consulta médica. La epilepsia del lóbulo temporal se caracteriza por convulsiones que se originan en focos dentro del lóbulo temporal, sobre todo en su parte media. Desde las descripciones de H. Gastaut de las crisis epilépticas, se sabe que en la epilepsia del lóbulo temporal pueden aparecer manifestaciones afectivas ictales, cuya mayor frecuencia la constituyen crisis de temor o angustia extremas inmotivadas y de corta duración. También están descritas crisis de placer o bienestar irresistible (sin

motivo), como asimismo depresiones súbitas. Estos últimos 2 tipos pueden confundirse, o, sobreinstalarse sobre una Enfermedad Bipolar. En ocasiones, puede hacerse un correlato de la sintomatología afectiva y el lóbulo temporal afectado: Está descrito que los pacientes con focos epileptógenos derechos son propensos a la euforia y los focos izquierdos dan síntomas depresivos. Es característica la presencia de crisis parciales típicas tales como las simples, con síntomas psíquicos y/o autonómicos y ciertos fenómenos sensoriales olfatorios, sin compromiso de la conciencia; las parciales complejas, con pérdida de contacto con el medio, mirada fija, detención de la actividad motora, en ocasiones automatismos oroalimentarios confusión post-ictal y amnesia del episodio; y crisis generalizadas secundariamente. Las mismas pueden observarse en forma independiente o combinada unas con otras. El período post-ictal se caracteriza por confusión mental de varios minutos de duración, seguido de una recuperación gradual de la conciencia, con amnesia del evento. Pueden presentarse comportamientos automáticos, como levantarse, caminar o correr, y en ocasiones comportamientos automáticos reactivos que pueden ser violentos aunque carentes de intencionalidad y que generalmente aparecen como respuesta del paciente a un supuesto estímulo amenazante. Conductas anormales como estados de fuga, psicosis y depresión son frecuentemente mencionadas durante este período. **Conclusiones/Recomendaciones:** Las bases para el diagnóstico de la Epilepsia del Lóbulo Temporal con manifestaciones afectivas es lo *súbito, corto e inmotivado de las crisis*, su correlato electroencefalográfico y su respuesta terapéutica a fármacos del tipo Benzodiacepinas o Carbamazepina. El foco epileptogénico de origen de estas descargas se encuentra en la porción anteroinferior del lóbulo temporal. Es por esto, que muchos *EEG son aparentemente "normales"*, encontrándose alteraciones del mismo al usar electrodos profundos o cuando la descarga es suficientemente intensa como para propagarse a la superficie del lóbulo temporal.

46T. Resultados preliminares de la caracterización de los y las EMO en Tegucigalpa, su relación con diferentes tipos de familia y riesgo suicida. *Zeni Duarte,*¹ *Manuel Sierra.*²
¹Médico Residente II de Psiquiatría, Hospital Dr. Mario Mendoza; ² Unidad de Investigación Científica, Facultad de Ciencias Médicas, Universidad Nacional Autónoma de Honduras, Tegucigalpa.

Antecedentes. La adolescencia es un periodo en el que el individuo busca encontrar amor, aceptación e identidad como parte de su proceso de individualización, maduración y crecimiento. Estas necesidades de amor-aceptación-separación-individualización pueden ser menos dolorosas para unos, pero para otros no lo son. Diversos estudios han encontrado una relación entre la rigidez de la familia y el contemplamiento del suicidio, así como la separación de los seres amados, pobres relaciones familiares, padres autoritarios y la psicopatología en la familia. **Objetivos.** Incrementar el conocimiento de la sociedad hondureña del grupo EMO, describir sus motivaciones para ingresar y ser parte del grupo, las relaciones familiares y el riesgo de suicidio. **Material y Métodos.** Se realizó un estudio descriptivo transversal en dos áreas de Tegucigalpa durante el mes de Junio del 2009. El muestreo se hizo por conveniencia usando la técnica en bola de nieve en el que voluntarios EMO ayudaron a contactar otros jóvenes EMO para invitarlos a participar en el estudio. Se utilizó un cuestionario auto-aplicado conteniendo datos generales, antecedentes personales, características individuales y de la familia. Además se empleó la escala de FACES III para evaluar cohesión y unidad familiar y la escala del MINI KID para evaluar riesgo suicida. **Resultados.** Se entrevistaron 16 jóvenes (7 mujeres y 9 hombres) entre 14 y 21 años de edad, con una edad promedio de 18.6 años; 67% de las mujeres y el 25% de los hombres reportaron maltrato psicológico ($p=0.1$); 43% reportó sentirse atraída hacia personas de su mismo sexo (37.5% en hombres y 50% en mujeres, $p=0.7$). En relación a las características familiares: 43% reportaron que alguno de sus padres había tenido problemas de depresión: las mujeres EMO lo reportaron en un 67% y los hombres EMO en un 25% ($p=0.1$). Un 50% reportó que ambos padres habían tenido problemas de depresión. Algunas diferencias significativas de relacionamiento que fueron mayores en mujeres previo a su decisión de formar parte de los EMO fueron: dificultad para establecer metas a mediano y largo plazo ($p=0.04$) y en tener dificultades para encontrar soluciones a situaciones problemáticas ($p=0.009$). Un 83% de las mujeres y 38% de los hombres dijeron que su motivación principal para pertenecer al grupo EMO era tener un sentido de identidad ($p=0.1$). Cerca de un 50% de los y las participantes presentaban problemas en la

cohesión y unidad familiar, según la escala de FACES III. No se encontraron diferencias significativas entre hombres y mujeres. Al aplicar la escala de Mini-Kid se encontró un porcentaje alto de riesgo suicida en los participantes, siendo mayor y estadísticamente significativo en mujeres. **Conclusiones/Recomendaciones.** Se encontró en los y las jóvenes que pertenecen a la subcultura Emo una falta de habilidades sociales, dicen sentirse inseguros, sensibles a la crítica, con poca participación en actividades extraescolares de tipo social, cultural o artístico, involucrándose poco con los compañeros, lo que los hace más proclives a buscar este tipo de agrupaciones. Es preocupante el alto porcentaje de intento pasado y actual de suicidio en este grupo.

47T. Características del Índice de Funcionalidad Familiar en adolescentes alumnos de secundaria con antecedente de abandono familiar uni-biparental por emigración (madre y/o padre). Aaron Rodríguez,¹ Manuel Sierra.² ¹Postgrado de Psiquiatría, Hospital Dr. Mario Mendoza; ² Unidad de Investigación Científica, Facultad de Ciencias Médicas, Universidad Nacional Autónoma de Honduras.

Antecedentes. La emigración se ha constituido en una constante desde los años 80 en Honduras, institucionalizándose a nivel social el abandono familiar, reconociéndose en la literatura la utilidad el índice de funcionalidad familiar, no disponiéndose a nivel nacional de información sobre las características que asume en adolescentes con antecedente de abandono familiar uni-biparental por emigración. **Objetivo.** Describir las características del índice de funcionalidad familiar en adolescentes. **Material y Métodos.** Estudio descriptivo, prospectivo, transversal llevado a cabo en el Instituto Central “Vicente Cáceres” de Tegucigalpa, Honduras durante el período de Mayo-Junio del año 2009 realizado en 55 adolescentes con antecedente positivo de separación parental por emigración, se describen las características socio-demográficas y categorías de funcionalidad familiar basadas en score de APGAR de funcionalidad familiar. **Resultados.** Se estudió 55 casos, con media de edad de 15.05 años (+/-2.218; IC95%: 14.5-15.6; rango: 11-19), predominando el grupo de 13-17 años con 38/55 (69.1%; IC95%: 55.2-80.9), de sexo masculino 17/55 (30.9%) y femenino 38/55(69.1%), encontrándose diferencia de género ($p<0.001$), de procedencia urbana 52/55 (94.5%); en unión libre 3/55 (5.5%), viven con uno de los padres 33/55 (60%), el resto con otros parientes 22/55 (40%). Se identificó índice de funcionalidad familiar anormal en 37/55 casos (67.3%) y normal en 18/55 (32.73%); La disfunción leve se identificó en 21/55 (38.18%), moderada 10/55 (18.18%) y severa 6/55 (10.91%). No se asoció nivel de disfunción con estado civil ($p=0.4$). **Conclusiones/Recomendaciones.** El índice de funcionalidad familiar es anormal en un alto porcentaje de adolescentes que sufren abandono uni-biparental. Recomendamos la implementación de estudios institucionales para determinar si podría utilizarse como herramienta de tamizaje e indicación de necesidad de evaluación psicológica del adolescente.

48T. Análisis de Situación de los Recursos Humanos en Salud Honduras, 2008. Héctor Escalante.^{1,2} ¹Postgrado en Salud Pública, Facultad de Ciencias Médicas, UNAH; ²Profesor visitante de la cooperación Médica Cubana, Tegucigalpa.

Antecedentes. Actualmente las estrategias para el desarrollo de los Recursos Humanos en Salud propuestas en el Llamado a la Acción de Toronto y las Metas Regionales en Materia de los Recursos Humanos demandan un abordaje de este recurso dentro de una perspectiva estructural de objeto y de sujeto, denominados como fuerzas de trabajo y agentes de cambio o actores sociales, respectivamente, los cuales se les confiere la responsabilidad de la producción, productividad y de los cambios en el campo de los recursos humanos de la salud. **Descripción de la experiencia.** El Postgrado en Salud Pública (POSAP) de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional Autónoma de Honduras (UNAH) en coordinación con la Organización Panamericana de la Salud y la Agencia Canadiense de Desarrollo, asumió la responsabilidad de realizar el “*Análisis de Situación de los Recursos Humanos en Salud Honduras, 2008*” con el propósito de desarrollar una plataforma de información sostenible para participar en la Iniciativa de Los Observatorios. Lo que contribuirá a nivel nacional a elaborar planes y estrategias para el desarrollo de los Recursos Humanos en Salud de esta

nación y abordar con evidencia científica la serie de problemas identificados teniendo como visión la formulación de políticas en este campo, que brinden soluciones y mejorar las condiciones de vida de la población hondureña. **Lecciones aprendidas.** La situación actual de los recursos humanos de salud en Honduras está ligada a las responsabilidades del Estado especialmente en lo que se refiere al establecimiento de la coordinación entre el sistema de salud, la formación en el campo y una prestación de los servicios eficaz y eficiente. La situación de los recursos humanos repercute de manera directa en la calidad de vida de la población; al mismo tiempo, favorece u obstaculiza el desarrollo técnico y profesional del personal de salud. El logro de la armonía de los actores sociales y la satisfacción de las necesidades de las personas debe ser el objetivo final en el que se basen las transformaciones necesarias para el país. La complejidad que entraña el campo de los recursos humanos en salud, exige para su abordaje, del entendimiento de que el recurso humano es el pilar fundamental en el sistema de salud y que, la participación de la fuerza laboral en la obtención de salud para todos está determinada por las condiciones y variables que afecten o contribuyan a esta participación. Por ello, la complejidad del asunto se expresa en esa doble condición: reconocer que las personas son lo más importante para el sistema, y al mismo tiempo, que los recursos humanos están inmersos en las reformas económicas y sectoriales. Los sistemas de generación de estadísticas en el país no permiten establecer claramente la información en el campo de los recursos humanos en salud, así como tampoco determinar la magnitud de la problemática de los mismos, por lo que se requiere establecer sistemas de información y redes de intercambio de conocimiento que sean sostenibles como parte de la iniciativa del observatorio de los recursos humanos en salud.

49T. Reservas, flujos y vínculos de trabajo de los Recursos Humanos en el Sector Salud de Honduras 2008. Ana Lilian Guillen Ramírez,¹ Héctor Escalante.² ¹Unidad de Salud de Las Cruces; ²Postgrado en Salud Pública, Facultad de Ciencias Médicas, UNAH; Tegucigalpa.

Antecedentes. En Latino América crece el debate sobre el tema de los recursos humanos. La relevancia de la fuerza de trabajo en salud empieza a ser reconocida y el éxito de las acciones de salud depende de la organización del trabajo, es decir de la definición sobre la cantidad, la combinación de competencias, la distribución, el entrenamiento y las condiciones de los profesionales en salud. **Descripción de la experiencia.** En el post grado de salud pública, el tema de los Recursos Humanos en salud constituye una de las líneas de investigación cuya intencionalidad es aportar evidencias científicas en salud pública, en este caso, de la situación de nuestro país, y a través de estos nuevos conocimientos se puedan presentar planes y propuestas, a los tomadores de decisiones en los respectivos niveles del sector salud. En el presente trabajo se realizó una revisión documental que consistió en la recopilación y análisis de documentos oficiales, técnicos, administrativos de la Secretaría de Salud, Instituto Hondureño de Seguridad Social, Organizaciones gremiales como: Colegios profesionales y el Censo Nacional. Estas fuentes caracterizaron las variables e indicadores del estudio. **Lecciones aprendidas.** Los resultados obtenidos demuestran que Honduras cuenta con distribución geográfica desigual en la red de Hospitales Nacionales. Desde el año de 1996 al 2008 la tendencia de la fuerza de trabajo en salud ha crecido en un 15.17% (2,685) porcentaje mayor al crecimiento poblacional. Desde el 2003 el grupo que obtuvo mayor crecimiento fue el de las enfermeras profesionales con 1.42%; de forma general el crecimiento del personal de salud sea mayor en relación al personal administrativo es un dato positivo para las mejorar condiciones de salud de nuestra población. Para el año 2008 la distribución por categoría del personal de salud que labora en la Secretaría de Salud según la razón de densidad/10,000 habitantes a nivel nacional es de: 3 médicos/10,000 habitantes, 2 enfermeras profesionales/ 10,000 habitantes, y 8 auxiliares enfermeras por 10,000 habitantes, lo que hace una razón 13 personal de salud /10000 habitantes dato por debajo de la meta de 25/10000 habitantes. Es importante destacar que el personal de auxiliar de enfermería es el grupo mayoritario, de los cuales el 90.58% (5962) son permanentes y el 9.42% (6.20) son temporal, este dato garantiza al personal su estabilidad dentro del sistema impactando en la motivación laboral de este grupo de trabajadores. En la ejecución del presente trabajo se devela la escasez y variada información de recursos humanos en el sector salud lo que limita la capacidad de las instancias decisorias a nivel superior para formular estrategias basadas en datos que permitan solventar la crisis de personal

sanitario y poner en pie un sistema sanitario que atiendan las necesidades de las poblaciones desfavorecidas.

50T. Situación de la Formación de Recursos Humanos de Salud, sus tendencias, retos y su vinculación con el Sistema de Salud en Honduras, 2008. Marlen Guadalupe Castillo Serrano,¹ Héctor Escalante.² ¹Centro Universitario del Litoral Pacífico; ²Postgrado en Salud Pública, Facultad de Ciencias Médicas, UNAH; Tegucigalpa.

Antecedentes. Las reformas del Sector Salud, que están en marcha en los países Latinoamericanos, han considerado el papel trascendental y central que los Recursos Humanos (RRHH) juegan en toda reforma. La Organización Panamericana de la Salud (OPS-OMS), la Comisión Económica para América Latina (CEPAL) y la Organización Internacional del Trabajo (OIT) han reconocido la importancia de éstos como sujetos esenciales del proceso de producción de los servicios, de los cuidados sanitarios y de la satisfacción de las necesidades de salud de la población. El proceso de reforma del sector salud destaca el Desarrollo de lo Recursos Humanos en aspectos como: formación, salarios, incentivos, reclutamiento, selección, distribución, capacitación y promoción. En Honduras, la primera evaluación de las funciones esenciales en salud pública, reporta que esta función fue una de las que se evaluó con más bajo a nivel de ejecución a nivel nacional. Por lo que urge una intervención eficaz y oportuna de esta función esencial. **Descripción de la experiencia.** El propósito de esta investigación es que los gestores-planificadores del sector salud tengan a su disposición, una herramienta para el cumplimiento de sus funciones, con información oportuna, válida y confiable para la toma de decisiones y el seguimiento de las políticas, planes y normas. **Lecciones aprendidas.** Se identificaron 16 categorías distintas de recursos humanos en salud que se forman en Honduras. Durante el estudio se identificaron 50 instituciones formadoras de profesionales en salud, de estas 26% (13) son instituciones privadas y 74% (37) son públicas; y de ellas la mayoría 34% (17) forman auxiliares de enfermería y 16% (8) forman profesionales de enfermería. La tendencia del número de matriculados de las diferentes universidades que ofrecen formación en salud para el periodo 2003-2008 la UNAH es la institución que ha tenido un crecimiento neto de 98.06% (96,583) en relación al resto de universidades; luego la Universidad Católica de Honduras (UNICAH) con 1.78% (1,753); Universidad Cristiana Evangélica Nuevo Milenio (UCENM) con 0.01% y la Universidad Cristiana de Honduras (UCRISH) con 0.15%. Notablemente se observa que la oferta potencial de nuevos profesionales al mercado laboral de la salud será cada año mayor por el ritmo de crecimiento que se observa. La información disponible de nuevos ingresos, permite algunas proyecciones para el futuro próximo. En el campo de la formación está marcado por una inadecuada coordinación intersectorial del país entre las y educación. Por lo que es oportuno resaltar la necesidad de concertación de una política de integración y coordinación de esfuerzos entre los sectores de educación y salud en la formación de este tipo de profesionales en todos los niveles, ya que la fragmentación y escasa coordinación debilita la inversión que el Estado hace en este campo.

51T. Herramientas reguladoras de la formación, práctica profesional y el impacto de los sindicatos y de las asociaciones gremiales en la gestión del sistema de salud de Honduras año 2008. José Pedro Arturo Córdova Zúñiga,¹ Héctor Escalante.² ¹Programa Nacional de Salud Bucal, Secretaría de Salud; ²Postgrado en Salud Pública, Facultad de Ciencias Médicas, UNAH; Tegucigalpa.

Antecedentes. El presente estudio se basa en el análisis de los resultados de una investigación de carácter operacional, que se realizó en instituciones formadoras y de ejercicio laboral de profesionales del área de la salud a nivel nacional, durante los meses de Mayo a Diciembre del año 2008. Este estudio ha permitido identificar las modalidades y mecanismos que el Estado y otros actores sociales han permitido regular el campo de los Recursos Humanos de Salud, así como sus intereses muchas veces contra puestos, los cuales suelen ser fuente de conflictos. **Descripción de la experiencia.** El presente estudio se realizó tomando como objeto de análisis a La Universidad Nacional Autónoma de Honduras y Universidad Pedagógica Nacional Francisco Morazán en sus diferentes dependencias así mismo a la Secretaría de Salud, Secretaría de Educación, Sindicatos y Gremios Profesionales. En la

investigación se utilizó una metodología de revisión documental y entrevistas a informantes claves en el terreno, con el objeto de profundizar en los conocimientos de determinados tópicos. **Lecciones aprendidas.** En la campo de los Recursos Humanos hay problemas de disponibilidad, distribución y estructura de la fuerza de trabajo en el contexto sanitario; esta situación se agrava más porque no hay correlación en la planificación, gestión y políticas en la formación y práctica profesional. En el campo de la formación, en los diferentes centros de estudio en salud, ya sean universitarios, técnicos de educación media y técnicos que forma la Secretaría de Salud, no hay una congruencia entre el número de estudiantes que ingresan en relación al número de los egresados ya que los primeros es un número mayoritario. En las universidades que ofertan educación sanitaria deben tener mayor control en la regulación de la formación; de igual forma para los gremios profesionales en el control de las prácticas profesionales. La regulación de la formación y práctica profesional de los Recursos Humanos se aplica por medio de la Constitución de la República, Ley de Administración Pública, el Código Sanitario entre otros, dan a la Secretaria de Salud competencias compartidas en lo relativo a la regulación sanitaria siendo los Recursos Humanos uno de los ámbitos con muchas debilidades en este campo. Según el criterio de los dirigentes sindicales en la actual gestión del Sistema de Salud de Honduras, los conflictos laborales no han impactado de forma negativa, debido a que ellos consideran que desde hace muchos años no se han realizado huelgas generales a nivel nacional sino que son asambleas informativas y han sido de un periodo de corta duración. “En estos últimos años ha existido armonía con el gobierno”.

52T. Prevalencia de estrés, depresión y ansiedad en enfermeras auxiliares del I.H.S.S. de Tegucigalpa. Edna Maradiaga,¹ Manuel Sierra,¹ Carlos Sosa,² Emilia Alduvín.³ ¹Unidad de Investigación Científica, Facultad de Ciencias Médicas, UNAH; ²Instituto Hondureño para la Prevención del Alcoholismo, Drogadicción y Farmacodependencia (IHADFA); ³Maestría en Salud Pública, Facultad de Ciencias Médicas, UNAH; Tegucigalpa, Honduras.

Antecedentes. La salud mental, física y social son componentes esenciales de la vida, estrechamente relacionados e interdependientes. La salud mental es un componente esencial para el bienestar general del individuo, la sociedad y las naciones. Tanto en los países desarrollados como en los países en desarrollo, las encuestas han demostrado que más del 25% de los individuos padecen uno o más trastornos mentales o del comportamiento a lo largo de la vida. Los estudios epidemiológicos realizados en centros de atención primaria han identificado que los trastornos mentales más frecuentemente diagnosticados son la depresión, ansiedad, así como el consumo de sustancias adictivas. El *Global Burden Disease (GBD)* del 2008 manifestó que la prevalencia puntual de los episodios de depresión unipolar fue de 3.2% en población femenina y 1.9% en la masculina. **Objetivo.** El objetivo del estudio es determinar la prevalencia de estrés, ansiedad y depresión en enfermeras auxiliares (EA) del IHSS del MDC. **Material y Métodos.** Se trata de un estudio descriptivo transversal en una muestra aleatoria de 107 enfermeras auxiliares del Hospital de Especialidades del IHSS Barrio La Granja de Comayagüela. La técnica que se utilizó fue la entrevista aplicando un formulario estructurado. Para la identificación de los estresores personales y familiares se aplicó la escala de Reajuste social de Thomas Holmes y Richard Rahe modificada, la cual mide los cambios ocurridos en los últimos 30 días. Se aplicó la escala de Inventario de Situaciones y Respuestas de Ansiedad de Tobal y Cano Vindel, que evalúa el nivel general de ansiedad (rasgo general de personalidad ansiosa), los tres sistemas de respuesta por separado (lo que pensamos, regulado por el sistema cognitivo; lo que sentimos a nivel corporal, o sistema fisiológico; y lo que hacemos, o sistema conductual-motor). Para el diagnóstico de depresión se auto administró la escala de Beck que consta de 13 ítems con respuestas graduadas de 0-3 según la intensidad de la sintomatología. **Resultados.** El promedio de edad de las 107 EA fue de 35.6 años, con un promedio de trabajar en el IHSS de 7.3 años. En relación al grado de satisfacción con la pareja en los últimos 30 días, las EA manifestaron que en su vida sexual un 44.8% estaban insatisfechas y/o poco satisfechas; un 43.0% estaban insatisfechas y/o poco satisfechas con su vida emocional; sobre la situación económica, el 94.4% dijo no estar satisfecha. Al momento de la investigación, 59.8%(64) tenían estrés (95% IC: 49.9%-60.2%). Los estresores personales y familiares que se presentaron con mayor frecuencia en la población encuestada fueron cambios en el estado financiero, seguido de problemas con la familia política,

muerte de un amigo, préstamo menor; un 24.3% (26) tenían ansiedad (95% IC: 16.9%-33.1%); y 14.0%, (15) tenían depresión (moderada o severa, 95% IC: 8.4%-21.6%). **Conclusiones/ Recomendaciones.** La salud mental de las EA amerita de la atención de las autoridades y sindicato del IHSS, ya que el porcentaje de enfermeras afectadas por estrés en este estudio reveló que más de la mitad sufre este padecimiento, un cuarto presentó ansiedad, y más de un tercio presentó sintomatología depresiva, lo cual probablemente esté influyendo en la productividad, ausentismo laboral, relaciones laborales, intentos suicidas, uso de drogas y alcohol.

53T. Implementación de la estrategia de Atención Integral a la Niñez en la Comunidad con el componente de estimulación temprana en 17 comunidades del Municipio de Chinacla, Departamento de la Paz, Honduras. Asunción Alicia Lagos, Waleska Alcerro. Child Fund Honduras, Tegucigalpa, Honduras.

Antecedentes. La estrategia de Atención Integral de la Niñez en la Comunidad (AIN-C) surge a partir de la necesidad de brindar atención integral a los niños de 0 a 2 años. La Estrategia AIN-C se complementa con el componente de Estimulación Temprana a través de la presencia de personas y objetos en cantidad y oportunidad adecuada y en el contexto de situaciones de variada complejidad que generan en el niño y la niña cierto grado de interés y actividad. Esta condición es necesaria para lograr una relación dinámica con su medio ambiente y un aprendizaje afectivo. **Descripción de la experiencia.** Child Fund Honduras inicia su intervención de AIN-C con el componente de Estimulación Temprana en 17 comunidades del municipio de Chinacla departamento de La Paz. El Objetivo general de la estrategia es promover el crecimiento y desarrollo de los/las niños y niñas menores de dos años a través de la mejora de sus niveles de salud, estado nutricional y desarrollo psicosocial, utilizando la Estrategia de AIN-C que impulsa la Secretaría de Salud con la incorporación del componente de Estimulación Temprana. La intervención se ha desarrollado en cuatro fases: Primera Fase: se realizaron actividades de reconocimiento de la zona y socialización del proyecto con las autoridades regionales de salud, red municipal y alcaldía. Segunda Fase: Comunitaria se realiza la primera reunión comunitaria, se identifican monitoras. Tercera Fase: Capacitación de personal de campo y voluntarios. Cuarta Fase: Implementación de la estrategia la cual se realiza en base a objetivos estratégicos los cuales son: Atención prenatal, Atención del niño de 0 a 2 años, Suplemento con micronutrientes, Estimulación Temprana, Consejería para la adquisición de compromisos, Establecimiento de alianzas con los gobiernos municipales y Establecimiento de la estrategia IEC para el cambio de comportamiento. La estimulación temprana se realiza en base a dos modelos de atención, se trabaja con trifolios para las madres los cuales describen actividades de estimulación y se dan en base a edades. **Lecciones Aprendidas.** No existe una verdadera apropiación por parte de la Secretaría de Salud en cuanto a la implementación de la estrategia mediante una supervisión activa lo que se ve reflejada al momento del monitoreo trimestral. La sostenibilidad a largo plazo no se podría determinar en la implementación de la estrategia. La falta de un presupuesto adecuado al valor real de la estrategia con el componente de estimulación se ve reflejado en la logística, cantidad de material que se les provee a los monitores(as), supervisiones del equipo técnico, costos operativos. El número de monitoras(es) que se retiran a mitad del proceso nos lleva a la necesidad de captar nuevos y capacitarlos lo que conlleva inversión de recurso humano y económico. Al no haber una jornada de reforzamiento en el primer año de implementación nos lleva a que los monitores(as) no afiancen los conceptos aprendidos. En el caso nuestro estamos implementando los cuatro módulos de capacitación en forma simultánea en las comunidades lo cual hace que el proceso lleve más tiempo del esperado por la Secretaría de Salud.

54T. Perfil epidemiológico de un grupo de mujeres trabajadoras comerciales del sexo en La Ceiba, Honduras. Lysien Ivania Zambrano, Selvin Zacarías Reyes García. Alumnos VII Año Carrera de Medicina, Facultad de Ciencias Médicas; Asociación Científica de Estudiantes de Medicina de Honduras (ASOCEMH UNAH).

Antecedentes. El problema de la prostitución está íntimamente ligado a factores educativos, económicos, jurídicos, sociales y morales que lo convierten en un fenómeno social complejo. **Objetivo.** Determinar el perfil de mujeres trabajadoras comerciales del sexo en La Ceiba. **Materiales y Métodos.** Estudio descriptivo transversal realizado entre los meses de noviembre y diciembre del año 2008. El universo lo constituyeron 208 mujeres registradas en el Centro de Atención Integral (CAI) adscrito al Hospital de Atlántida. La recolección de datos se realizó a través de entrevistas y la información se registró en un cuestionario que incluyó variables sociodemográficas y epidemiológicas. A cada una de las entrevistadas se le explicó en qué consistía el estudio y se le invitó a participar solicitando consentimiento informado. Al final del levantamiento de datos se realizó citología vaginal en las clínicas del CAI. **Resultados.** Se entrevistaron 87 mujeres que realizaban la actividad comercial del sexo en forma fija (43.0%) o ambulatoria (57.0%). La distribución por edad fue 55 (63.0%) en el rango de 20 – 29 años y 17 (8.0%) mayores de 35 años. La escolaridad fue 27 (31.0%) con primaria incompleta, 25 (28.7%) con primaria completa, 21 (24.1%) con secundaria incompleta, 2 (2.3%) con estudios universitarios incompletos y 1 (1.1%) con estudios universitarios completos. Los resultados de las citologías realizadas en 41 mujeres (47.1%), no demostraron alteraciones en 11 (26.8%). En las 30 (73.2%) citologías restantes, se informó *Gardnerella vaginalis* mas inflamación en 57.0%, *Trichomonas vaginalis* en 13.0%, *Gardnerella vaginalis* mas *Trichomonas vaginalis* mas inflamación 6.0%, inflamación 20.0%, *Candida albicans* 4.0%. El 95% de las mujeres refirió usar preservativo al momento de tener relaciones sexuales. **Conclusiones/Recomendaciones.** Este grupo de mujeres con cierto nivel de educación practican actividades comerciales del sexo posiblemente debido a problemas socio-económicos y la necesidad de obtener dinero rápidamente. Las infecciones transmitidas sexualmente fueron frecuentes posiblemente debido a uso inadecuado del condón o no se usa en todas las ocasiones, como ellas lo afirmaron. Es necesario realizar controles citológicos con mayor frecuencia y dar seguimiento a los resultados para poder brindar tratamiento y fortalecer la consejería para promover la prevención de infecciones transmitidas sexualmente.

55T. Caracterización epidemiológica de una comunidad rural de Francisco Morazán, Honduras. Lysien Ivania Zambrano, Carol Gissell Sevilla Aguilar, Carlos Rafael Sánchez Galindo, Selvin Zacarías Reyes García. Alumnos VII Carrera de Medicina, UNAH. Miembros Asociación Científica de Estudiantes de Medicina de Honduras (ASOCEMH UNAH).

Antecedentes. La determinación de las características epidemiológicas de una comunidad permite identificar problemas y establecer prioridades para elaborar un plan de acción. El análisis de la situación de salud debe ser un proceso multidisciplinario e intersectorial. **Objetivo.** Determinar las características epidemiológicas de la comunidad La Cali, Santa Ana, Francisco Morazán. **Material y métodos.** Estudio descriptivo transversal realizado en el período noviembre-diciembre de 2008. Se realizó una dispensarización (*proceso de evaluación dinámica, organizada y continua del estado de salud de las personas en su entorno familiar y/o social, con el propósito de influir en su mejora mediante la planificación y el desarrollo de acciones que contribuyan a ello*) de los 707 habitantes por grupo: Grupo I sano, Grupo II con riesgo, Grupo III enfermo, Grupo IV deficiente o discapacitado. La recolección de datos se realizó a través de entrevista y la información obtenida se registró en un instrumento que recogió variables sociodemográficas, clínicas y epidemiológicas. Se obtuvo las medidas antropométricas, la presión arterial y la glicemia. El equipo de análisis se conformó con el patronato de la comunidad, el Comité de Salud, el personal del Centro de Salud, Juntas de Agua, Docentes de Salud Comunitaria y los alumnos de la Facultad de Ciencias Médicas, UNAH. **Resultados.** Del total de 707 sujetos, el 51.4% (364) perteneció al sexo masculino. La distribución por edad fue ≤ 5 años 7.9% (56), 5-14 años 22.8% (161), 15-49 años 55.6% (393), ≥ 50 años 13.7% (97).

La escolaridad fue primaria incompleta 16.6% (105), primaria completa 28.3% (179), secundaria incompleta 8.1% (51) y estudios universitarios completos 2.2% (14). Se determinó que en 97.4% (148) de las casas depositan el agua residual de uso doméstico en el medio ambiente y que en 7.0% (11) practican fecalismo al aire libre. Encontrando las siguientes patologías (total 153): accidente cerebrovascular (ACV) 2 (0.30%), alcoholismo 8 (1.1%), artritis 11 (1.6%), asma 16 (2.3%), cáncer 1 (0.1%), cardiopatía isquémica 2 (0.3%), discapacidades 8 (1.1%), diabetes mellitus (DM) 4 (0.6%), enfermedad ácido péptica 11 (1.6%), enfermedades dermatológicas 17 (2.4%), enfermedades mentales 11 (1.6%), hipertensión arterial (HTA) 39 (5.5%), HTA y DM 4 (0.6%), otras 15 (3.7%).

Conclusiones/Recomendaciones. El 76.8% de los individuos están calificados como sanos al formar parte del Grupo Dispensario I. Con el 34.3% de la población con edad entre los 5 y 19 años. Se descubrió que el 93.4% de las casas en La Calí no poseen habitantes ubicados en el grupo dispensario IV, esto es muy importante ya que la mayoría de la población es laboralmente activa. Al hacer un análisis de las condiciones de las casas se descubrió que el 47.4% de las viviendas tienen condiciones regulares en cuanto a su estructura (tipo de materiales, ubicación geográfica, disponibilidad de infraestructura básica y servicios). Actividades realizadas durante el período del estudio: formación del Club del Adulto Mayor, Club de la Embarazada, charlas informativas y campañas de abatización.

INDICE DE TRABAJOS POR TITULO

TITULO CONFERENCIAS MAGISTRALES	No.
Como formular propuestas temáticas para un sistema de investigación en salud con enfoque participativo.	4C
Definiendo un paquete básico de servicios de atención integral.	13C
Desarrollo de un modelo de atención integral en VIH/SIDA.	12C
Epidemiología de la Enfermedad de Chagas en Honduras, año 2004 - 2008.	7C
Epidemiología, control y prevención del Cáncer.	8C
Estudiar e investigar en Alemania. Información general sobre el Programa de Becas del DAAD.	5C
Presente y futuro de las drogas antiparasitarias.	6C
Proceso de construcción de las líneas prioritarias de investigación para la salud en la Facultad de Ciencias Médicas, UNAH.	3C
Quinolonas fluoradas en vía aérea superior.	10C
Reseña histórica de la endocrinología pediátrica en Honduras y perspectivas de un servicio de atención especializada en el Departamento de Pediatría, Hospital Escuela, Tegucigalpa.	11C
Reseña histórica de las Jornadas Científicas y Congresos de Investigación como plataforma de intercambio y difusión de la producción científica para la salud en la sociedad hondureña.	1C
Retos y oportunidades para el nuevo modelo de atención integral.	14C
Sistemas Nacionales de Investigación para la Salud en América Latina: una revisión de 14 países.	2C
Traqueotomía: manejo.	9C

TITULO TRABAJOS LIBRES	No.
Análisis de la literatura médica publicada en revistas nacionales como una herramienta de enseñanza – aprendizaje utilizada en los cursos de metodología de la investigación que imparte la Unidad de Investigación Científica (UIC), Facultad de Ciencias Médicas (FCM), UNAH.	1T
Análisis de Situación de los Recursos Humanos en Salud Honduras, 2008.	48T
Avances del sistema de vigilancia de la enfermedad de Chagas en el Centro de Salud Rincón del Buey, Copán Ruinas.	8T
Características del Índice de Funcionalidad Familiar en adolescentes alumnos de secundaria con antecedente de abandono familiar uni-biparental por emigración (madre y/o padre).	47T

Caracterización clínica y epidemiológica del cáncer en el Centro de Salud El Socorro, en el Municipio de San Jorge, Ocotepeque, Honduras, en el periodo 2003-2007.	17T
Caracterización clínica y epidemiológica del cáncer en el Hospital Manuel de Jesús Subirana, en la ciudad de Yoro, Yoro, Honduras, en el periodo 2003-2007.	12T
Caracterización de las infecciones por <i>Strongyloides stercoralis</i> .	2T
Caracterización sociodemográfica y epidemiológica de una comunidad rural de Francisco Morazán, Honduras.	55T
Criptococosis Cutánea. Reporte de un Caso.	35T
Criptorquidia bilateral: acerca de un caso de hiperplasia suprarrenal congénita.	23T
Diabetes mellitus Tipo 1: debut temprano.	26T
Diagnostico Presuntivo de Síndrome Metabólico en la Población del municipio de Tatumbla, mes de marzo del año 2009.	43T
Diagnostico y tratamiento prenatal de hiperplasia suprarrenal congénita: informe de un caso clínico.	24T
Estudio de embarazo en adolescentes en áreas de influencia de cesamos atendidos por médicos en servicio social, Honduras noviembre 2004 - noviembre 2005.	39T
Estudio de prevalencia y mortalidad por cáncer en la población del municipio de La Paz, La Paz, en el periodo de Enero 2003 a Diciembre 2007.	16T
Estudio de prevalencia y mortalidad por cáncer en la población general en el período Enero 2003 a Diciembre 2007, en el municipio de Güinope, Departamento de El Paraíso, zona central de Honduras.	13T
Estudio de prevalencia y mortalidad por cáncer en la población general en el periodo enero 2003 a diciembre 2007, en los municipios y/o zonas de influencia cubiertos por Médicos en Servicio Social: resultados preliminares y experiencia de una estrategia innovadora de investigación en temas prioritarios nacionales.	11T
Evaluación de la adherencia del personal de salud en la práctica diaria a las normas locales de prevención de infecciones, Hospital Dr. Juan Manuel Gálvez, Gracias, Lempira, Honduras, agosto-septiembre, 2008.	34T
Experiencia de control y vigilancia comunitaria de la Enfermedad de Chagas en el Municipio de Corquín, Departamento de Copán, Honduras, Centro América.	5T
Experiencia de la vigilancia de Chagas en el municipio de San Marcos de Sierra, Departamento de Intibucá, año 2009.	9T
Experiencia vivida durante las actividades de la enfermedad de Chagas en el Municipio de Dolores, Intibucá, 2004-2009.	6T
Factores asociados con hipertensión arterial en mujeres embarazadas de Güinope, El Paraíso, Marzo-Octubre del 2008.	40T

Factores asociados con infección neonatal por Escherichia coli en la Unidad de Neonatología, Hospital Dr. Juan Manuel Gálvez, Municipio de Gracias, Lempira, Honduras, marzo-mayo 2008.	33T
Factores de riesgo de amenaza de parto pre-término en pacientes de la Clínica Materno Infantil de Catacamas, Olancho, en el período de abril – junio 2009.	41T
Fístula de canal semicircular lateral: presentación de un caso clínico.	20T
Hallazgo incidental en caso de autopsia: coriocarcinoma metastásico.	37T
Herramientas reguladoras de la formación, práctica profesional y el impacto de los sindicatos y de las asociaciones gremiales en la gestión del sistema de salud de Honduras año 2008.	51T
Hipertiroidismo neonatal.	25T
Implementación de la estrategia de Atención Integral a la Niñez en la Comunidad con el componente de estimulación temprana en 17 comunidades del Municipio de Chinacla, Departamento de la Paz, Honduras.	53T
Infección por virus herpes simple en Sistema Nervioso Central. Reporte de un caso.	36T
Informe de un caso de malaria falciparum complicada con antecedente de residir en Ghana, Africa, país con resistencia reconocida a la cloroquina, Tegucigalpa, Honduras.	3T
Linfoma de Burkitt: Informe de autopsia.	38T
Macroadenoma de hipófisis.	30T
Malaria transfusional: informe de un caso sospechoso investigado en el Hospital Escuela, Tegucigalpa, agosto 2008.	4T
Manifestaciones psiquiátricas de la epilepsia del lóbulo temporal: informe de un caso.	45T
Microprolactinoma y macroprolactinoma: informe de tres casos.	29T
Neoplasia Endocrina Múltiple 2B.	27T
Participación comunitaria en el control y la vigilancia epidemiológica de la Enfermedad de Chagas en el municipio de Santa Cruz, Lempira, 2004 -2009.	10T
Perfil epidemiológico de un grupo de mujeres trabajadoras comerciales del sexo en La Ceiba, Honduras.	54T
Prevalencia de estrés, depresión y ansiedad en enfermeras auxiliares del I.H.S.S. de Tegucigalpa.	52T
Prevalencia de hipertensión arterial en una comunidad urbana de Honduras.	42T
Prevalencia del trastorno de ansiedad social en un instituto de educación media de Tegucigalpa, Honduras.	44T
Prevalencia y mortalidad por cáncer en la población general, y factores de riesgo asociados, en el municipio de Trujillo, Colón en el periodo de enero 2003 a diciembre 2007.	18T

Prevalencia y mortalidad por cáncer en la población general, patrones de prevención de los tipos de cáncer más frecuentes y los factores asociados en el municipio de Las Flores, Lempira, en el periodo enero 2003 a diciembre 2007.	14T
Prevalencia y mortalidad por cáncer en la población general, patrones de prevención de los tipos de cáncer más frecuentes y los factores asociados en el municipio de Maraita, Francisco Morazán, en el periodo enero 2003 a diciembre 2007.	15T
Proporción y Mortalidad por Cáncer en la población general, patrones de prevención de los canceres más frecuentes y factores asociados en el Hospital Departamental de San Marcos de Ocotepeque en el Periodo de Enero 2003 a Diciembre 2007.	19T
Relación entre la percepción de conducta del maestro y la incidencia de trastorno de déficit de atención e hiperactividad.	32T
Reservas, flujos y vínculos de trabajo de los Recursos Humanos en el Sector Salud de Honduras 2008.	49T
Respuesta al tratamiento con hormona de crecimiento en pacientes atendidos por problemas endocrinológicos en el Hospital Escuela e Instituto Hondureño de Seguridad Social, Tegucigalpa.	21T
Resultados preliminares de la caracterización de los y las EMO en Tegucigalpa, su relación con diferentes tipos de familia y riesgo suicida.	46T
Síndrome de Bardet-Biedl: Informe de un caso clínico.	28T
Síndrome de Klinefelter e hiperplasia suprarrenal congénita. Presentación de un caso clínico.	22T
Síndrome de Wiskott Aldrich (Inmunodeficiencia primaria mixta).	31T
Situación de la Formación de Recursos Humanos de Salud, sus tendencias, retos y su vinculación con el Sistema de Salud en Honduras, 2008.	50T
Vigilancia de la enfermedad de Chagas en en el sector de San José de la Reunión en el Municipio de Ocotepeque, Depto. de Ocotepeque de 2004- 2008.	7T

INDICE DE TRABAJOS POR AUTORES

No.	Nombre	Tipo de trabajo
1	Aaron Rodríguez	47T.
2	Ana Corina Hernández Rodríguez	4C.
3	Ana Lilian Guillen Ramírez	49T.
4	Ana Moradel	15T.
5	Andrew Kennedy	2C.
6	Antonio Zaldivar Chacón	5T.
7	Arturo Villatoro	26T.
8	Asunción Alicia Lagos	53T.
9	Avelino Ageitos	48T.
10	Betty Flores Mendoza	41T.
11	Bielka Pineda	6T.
12	Blanca L. Galo	28T.
13	Carlos Rafael Sánchez Galindo	55T.
14	Carlos Sanchez	2T.
15	Carlos Sosa	52T.
16	Carol Gissell Sevilla Aguilar	55T.
17	Carol Sevilla	2T.
18	Concepción Zúniga	7C, 10T
19	Corina Hernández	5C.
20	Denis Padgett	1C, 3C, 1T, 11T, 39T
21	Diana V. Sierra	13T.
22	Doris Guillén	33T, 34T
23	Doris Ramírez	8T.
24	Edna Maradiaga	1C, 3C, 1T, 11T, 18T, 52T
25	Edwin Rodríguez Calderón	43T.
26	Eleonora Espinoza	1C, 3C, 1T, 11T, 39T
27	Elizabeth Paguada	1C,3C,1T,4T,11T,12T,13T,14T,15T,16T,17T,18T,19T
28	Elizabeth Vinelli	4T.
29	Elsa Palou	13C.
30	Elvin Antonio Rodríguez	10T.
31	Emilia Alduvín	52T.
32	Emiliano López	8T.
33	Ena Miller	30T.
34	Eunice Reyes Ochoa	44T, 45T
35	Fany García	33T.
36	Flor de Azalea Girón	35T.
37	Flora Duarte	8C.
38	Francisco Becerra	2C.
39	Freddy Tinajeros	12C.
40	Gaspar Reyes	6T.
41	German Zavala	40T.
42	Gilma Castillo Morales	24T.
43	Guillermo Villatoro Godoy	11C, 21T, 22T, 23T, 24T, 25T, 26T, 27T, 28T, 29T

No.	Nombre	Tipo de trabajo
44	Gustavo Moncada	1C, 3C, 1T, 11T
45	Héctor Escalante	48T, 49T, 50T, 51T
46	Hernan Chinchilla	7T.
47	Ivan Espinoza	1C, 3C, 1T, 11T, 15T, 19T
48	Jackeline Alger	1C, 2C, 3C, 1T, 3T, 4T, 11T, 12T, 13T, 14T
49	Jacobo Andres Batres Martinez	20T.
50	Jacqueline Figueroa	8C, 11T
51	Jared Isai Martínez Guzmán	18T.
52	Jesús Monge	33T.
53	Jiro Nakamura	7C.
54	Jorge García	4T.
55	Jorge Henrriquez	7T.
56	José Antonio Samra José Edgardo Hernández	31T.
57	Monterroso	30T, 40T
58	José Edman Muñoz	10T.
59	José German Lopez	7T.
60	José Jorge Flores Irías	43T.
61	José Luis Torres	8T.
62	José Pedro Arturo Córdova Zúniga	51T.
63	Juan Carlos Zapata	3T.
64	Juan José Flores	17T.
65	Juana Lozano	4T.
66	Karen Cerrato Hernández	41T, 42T
67	Karen Yulissa Córdova Laínes	22T.
68	Ken Hashimoto	7C, 5T, 8T, 10T
69	Kiyoko Izumi	10T.
70	Lesby Espinoza Colindres	27T.
71	Lesby M. Espinoza	11C, 21T, 22T, 23T, 24T, 25T, 26T, 28T, 29T
72	Lesly Lizeth Cerrato	36T.
73	Lexsy Iliana Calix	6T.
74	Lucia Yesenia García	8T.
75	Luis Berrios	9T.
76	Luis Edgardo Tabora	5T.
77	Luis Israel Girón	6T, 9T
78	Lysien Ivania Zambrano	2T, 54T, 55T, 42T
79	Manuel Sierra	1C,3C,1T,11T,12T,13T,14T,15T,16T,17T,18T,19T,39T,46T,47T,52T
80	Marco Urquía	12C.
81	Mario Sánchez	8C.
82	Mario Torres	25T.
83	Marissa Anariba	29T.
84	Marlen Guadalupe Castillo Serrano	50T.
85	Martha E. Perdomo	16T.
86	Martín Pineda	8T.
87	Mauricio Gonzales	1C, 3C, 1T, 11T, 12T, 13T, 14T,15T, 16T, 17T, 18T, 19T
88	Mauricio O. Martínez	12T.

No.	Nombre	Tipo de trabajo
89	Mayté Paredes	13C.
90	Mázlova Toledo	36T, 37T, 38T
91	Mirma Maldonado	19T.
92	Mirna L. Centeno	14T.
93	Noel Guerra	10T.
94	Norma Duarte	33T.
95	Olga Zavala	38T.
96	Orlando Medina	9T.
97	Paola Gonzales	23T.
98	Rafael Delgado	5C.
99	Ramón Alvarenga	28T.
100	Ramón Jeremías Soto	12C.
101	Raúl Zelaya Rodríguez	10C.
102	Reina Isabel Rivera Cerrato	35T.
103	Reina Rivera	38T.
104	Reynaldo Castro	37T.
105	Rina Girard de Kaminsky	2T.
106	Ritza Suazo	8T.
107	Roberto Obdulio Tinoco	5C, 9C
108	Roger Reyes	6T, 9T
109	Rolando Pinel	14C.
110	Rolando S. López	32T.
111	Rosa María Duarte	11T.
112	Ruth E. Funes	31T.
113	Sandra Núñez	12C.
114	Selvin Reyes	2T.
115	Selvin Zacarías Reyes García	54T, 55T
116	Tito Alvarado.	6C.
117	Toshitake Nishihara	7T.
118	Virna Rivas	31T.
119	Waleska Alcerro.	53T.
120	Walther Iván Girón Matute	43T.
121	Yeny Chavarría	1C, 3C, 1T
122	Zeni Duarte	46T.

INDICE DE TRABAJOS POR INSTITUCION

No.	Nombre de la Institución / Agencia	Tipo de trabajo
1	Agencia de Cooperación Internacional de Japón – JICA, Tegucigalpa, Honduras.	7C, 5T, 6T, 7T, 8T, 9T, 10T
2	Alumnos (as) VI Año Carrera de Medicina, Facultad de Ciencias Médicas, UNAH	31T.
3	Alumnos VII Año Carrera de Medicina, Facultad de Ciencias Médicas, UNAH.	2T, 42T, 43T, 54T, 55T
4	Asociación Científica de Estudiantes de Medicina de Honduras (ASOCEMH UNAH).	54T, 55T
5	Centro de Atención Integral, Instituto Cardiopulmonar, Tegucigalpa	13C.
6	Centro de Cáncer Emma Romero de Callejas Tegucigalpa, Honduras.	8C, 11T
7	Centro de Salud Santa Cruz, Región Departamental de Salud, Lempira; Secretaría de Salud	10T.
8	Centro de Salud de Corquín, Región Departamental de Salud, Lempira; Secretaría de Salud	5T.
9	Centro de Salud de Dolores, Región Departamental de Salud, Intibucá; Secretaría de Salud	6T, 9T
10	Centro de Salud de Ocotepeque, Región Departamental de Salud, Ocotepeque; Secretaría de Salud	7T.
11	Centro de Salud de Santa Rosa de Copán, Región Departamental de Salud, Copán; Secretaría de Salud	5T.
12	Centro de Salud Rincón del Buey, Región Departamental de Salud, Copán; Secretaría de Salud	8T.
13	Centro de Salud San Marcos de Sierra, Región Departamental de Salud, Intibucá; Secretaría de Salud	9T.
14	Centro de Salud, Copán Ruinas, Región Departamental de Salud, Copán; Secretaría de Salud	8T.
15	Centro de Salud, La Entrada, Región Departamental de Salud, Copán; Secretaría de Salud	8T.
16	Centro Universitario del Litoral Pacífico	50T.
17	Centros para el Control de Enfermedades (CDC), Atlanta, EUA.	12C.
18	CHF Internacional, Honduras, Proyecto Fondo Mundial	13C.
19	Child Fund Honduras, Tegucigalpa, Honduras.	53T.
20	COHRED Latinoamerica, Mexico DF.	2C.
21	Council on Health Research for Development (COHRED), Geneva, Switzerland	2C.
22	Cruz Roja Hondureña.	4T.
23	Departamento de Anatomía Patológica, Hospital Escuela	36T, 37T, 38T
24	Departamento de ITS/VIH/SIDA, Secretaría de Salud	12C.
25	Departamento de Medicina Interna, Hospital Dr. Juan Manuel Gálvez, Gracias, Lempira, Honduras.	33T, 34T

No.	Nombre de la Institución / Agencia	Tipo de trabajo
26	Departamento de Neurocirugía, Hospital Mario Catarino Rivas, San Pedro Sula, Honduras.	30T.
27	Departamento de Patología, Hospital Escuela, Tegucigalpa	35T.
28	Departamento de Pediatría, Facultad de Ciencias Médicas, Tegucigalpa.	UNAH, 2T, 28T, 29T, 31T
29	Departamento de Salud Pública, Facultad de Ciencias Médicas, UNAH.	40T.
30	Enlace Servicio Alemán de Intercambio (DAAD)-UNAH, Facultad de Ciencias Médicas, Universidad Nacional Autónoma de Honduras.	9C.
31	Estudiante de Licenciatura Enfermería CURNO-UNAH.	41T.
32	Facultad de Ciencias Médicas, Universidad Nacional Autónoma de Honduras	2C, 5C
33	Grupo Colaborativo de la Primera Conferencia Latinoamericana sobre Investigación e Innovación para la Salud	2C.
34	Hospital Escuela, Secretaría de Salud, Tegucigalpa, Honduras	2C
35	Instituto Hondureño para la Prevención del Alcoholismo, Drogadicción y Farmacodependencia (IHADFA)	52T.
36	Jefatura Médica Consulta Externa, Hospital Dr. Juan Manuel Gálvez	33T.
37	Médico en Servicio Social Período 2008-2009	12T, 13T, 14T, 15T, 16T, 17T, 18T, 19T
38	Médico en Servicio Social, Facultad de Ciencias Médicas, UNAH	41T, 42T
39	Postgrado de Anatomía Patológica, Hospital Escuela, UNAH	35T, 36T, 37T, 38T
40	Postgrado de Otorrinolaringología, Hospital Escuela, Tegucigalpa.	UNAH, 20T.
41	Postgrado de Pediatría, Hospital Escuela, UNAH	22T, 23T, 24T, 25T, 26T, 28T, 29T.
42	Postgrado de Psiquiatría, Hospital Psiquiátrico Dr. Mario Mendoza, UNAH, Tegucigalpa.	32T, 44T, 45T, 46T, 47T
43	Postgrado en Salud Pública, Facultad de Ciencias Médicas, UNAH	48T, 49T, 50T, 51T, 52T
44	Postgrado Latinoamericano en Trabajo Social, UNAH, Tegucigalpa.	4C, 5C
45	Profesor visitante de la cooperación Médica Cubana, Tegucigalpa.	48T
46	Programa Nacional de Cáncer, Secretaría de Salud de Honduras	11T
47	Programa Nacional de Prevención y Control de la Enfermedad de Chagas y Leishmaniasis, Secretaría de Salud	7C, 5T, 6T, 7T, 8T, 9T, 10T
48	Programa Nacional de Salud Bucal, Secretaria de Salud	51T
49	Proyecto AIDSTAR-One Honduras.	14C
50	Proyecto Fondo Mundial Componente Malaria	4T
51	Sección de Genética, Departamento de Laboratorios Clínicos	28T.
52	Secretaría de Salud, Tegucigalpa, Honduras	2C.
53	Servicio de Endocrinología, Departamento de Pediatría	11C, 21T, 22T, 23T, 24T, 25T, 26T, 27T, 28T, 29T.
54	Servicio de Enlaces del DAAD (Servicio Alemán de Intercambio Académico)Tegucigalpa.	5C.

No.	Nombre de la Institución / Agencia	Tipo de trabajo
55	Servicio de Gastroenterología, La Policlínica	3T.
56	Servicio de Infectología, Departamento de Medicina Interna, Hospital Escuela, Tegucigalpa.	6C.
57	Servicio de Otorrinolaringología, Departamento de Cirugía, Hospital Escuela	10C.
58	Servicio de Parasitología, Departamento de Laboratorios Clínicos, Hospital Escuela	2C, 3T, 4T
59	Unidad de Investigación Científica, Facultad de Ciencias Médicas, UNAH	1C, 2C, 3C, 1T, 11T, 12T, 13T, 14T, 15T, 16T, 17T, 18T, 19T, 39T, 46T, 47T, 52T.
60	Unidad de Salud de Las Crucitas, Región de Salud Metropolitana, Secretaría de Salud, Tegucigalpa.	49T.
61	Unidad de Salud Municipal, Municipio San Manuel, Región Departamental de Salud No. 13.	33T.
62	Vigilancia de la Salud, Región Departamental de Salud No. 13	33T.
63	Visión Mundial Honduras	12C.

Universidad Nacional Autónoma de Honduras
Facultad de Ciencias Médicas

**XVII Jornada Científica y IV Congreso de
Investigación de las Ciencias de la Salud**

“Líneas Prioritarias para la Investigación en Salud en Honduras”

23 y 24 Septiembre de 2010

**INSTRUCCIONES PARA LA PREPARACION DE RESUMENES
(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 PREPARACION DEL RESUMEN (Conferencias y Trabajos Libres)

Lea las instrucciones antes de comenzar a preparar el 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. **Importante**: se recomienda revisar el compendio de resúmenes preparados en la XV y XVI Jornadas Científicas, 2008 y 2009.

6. Envíe el Resumen en su formato correcto y con la información completa a la dirección electrónica de la Jornada Científica. Resúmenes incompletos o en formato incorrecto no serán aceptados. Dirección electrónica: jornada.cientifica@yahoo.com

LA FECHA LIMITE PARA ENTREGA DE RESUMENES:

31 de mayo de 2010

**XVII Jornada Científica y IV Congreso de
Investigación de las Ciencias de la Salud**

23 y 24 Septiembre 2010

Parte 1

RESUMEN DE TRABAJOS LIBRES Y CONFERENCIAS

CATEGORIA 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 ACADEMICO E INSTITUCION

DATOS DEL EXPOSITOR

Nombre:

Dirección electrónica:

Teléfono Fijo y Móvil:

INDICAR NECESIDADES ESPECIALES DE PROYECCION

**XVII Jornada Científica y IV Congreso de
Investigación de las Ciencias de la Salud**

23 y 24 Septiembre 2010

Parte 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

Agencia Japonesa de Cooperación Internacional – JICA

Asociación Hondureña de Parasitología

Biblioteca Médica Nacional

Centro de Cáncer Emma Romero de Callejas

Compañía Farmacéutica MC

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

Editora Casablanca, S. de R.L.

Instituto de Enfermedades Infecciosas y Parasitología Antonio Vidal

Programa Nacional de Prevención y Control de la Enfermedad de Chagas y Leishmaniasis, Secretaría de Salud

Sociedad Hondureña de Enfermedades Infecciosas

Unidad de Tecnología Educativa en Salud, (UTES), FCM



**Universidad Nacional Autónoma de Honduras
Facultad de Ciencias Médicas
Unidad de Investigación Científica**

**XVII Jornada Científica y IV Congreso de
Investigación de las Ciencias de la Salud**

Líneas Prioritarias para la Investigación en Salud en Honduras

23 y 24 Septiembre de 2010
Tegucigalpa, Honduras



Secretaría de Salud
de Honduras



Agencia Japonesa de
Cooperación Internacional



Sociedad Hondureña
de Enfermedades Infecciosas



Asociación Hondureña
de Parasitología



Editora
Casablanca, S. de R.L.



Instituto de Enfermedades
Infecciosas y Parasitología
Antonio Vidal



Universidad Nacional Autónoma de Honduras
Facultad de Ciencias Médicas
Biblioteca Médica Nacional - Honduras
Rosa Amalia Lardizabal de Zavala