

1TL. SINDROME DEL HOMBRO DOLOROSO: EPIDEMIOLOGIA Y TRATAMIENTO. Dr. Walter Caraccioli, Dr. Gustavo Hernández. Ortopedia y Traumatología, Servicio de Ortopedia, Instituto Hondureño de Seguridad Social, San Pedro Sula, Honduras.

Antecedentes. La patología del hombro ha sido muy poco estudiada en nuestro medio y cada vez se ha hecho más frecuente. En las últimas dos décadas, se presentó un incremento en apertura de centros de trabajo en la industria maquiladora, que trajeron muchos beneficios a una gran cantidad de personas, pero que a la vez, hizo que surgieran patologías propias de esta industria. Sabemos que los movimientos repetitivos están asociados a muchas enfermedades y en el caso del hombro, se relaciona íntimamente como una de las principales causas del síndrome de pinzamiento entre otras. Nuestro objetivo es determinar la frecuencia de estas patologías y cuál fue el resultado de su abordaje terapéutico. **Metodología.** Para esto se realizó un estudio descriptivo, retrospectivo de 96 pacientes atendidos en la consulta externa de nuestro hospital durante un año, que presentaban dichas patologías, siendo analizados el tipo de tratamiento realizado y evaluando sus resultados con la escala quick DASH ($p < 0.005$). **Resultados.** Se observó como resultado que la mayoría de los pacientes fueron tratados de forma conservadora (69 pacientes), pero el restante grupo necesitó cirugía para su manejo. Finalmente se logró un resultado satisfactorio en el 75% de los pacientes post operados y un 24% de resultados buenos, dejando un 0.5% de pacientes con mucha discapacidad. **Conclusiones/ Recomendaciones.** El tratamiento de la patología de hombro en su mayor parte es conservador con muy buenos resultados, siempre y cuando sean detectados oportunamente. Esto nos hace pensar que estas patologías deben de tratarse en su etapa inicial, para que finalmente se obtengan mejores resultados y un mejor pronóstico en su recuperación, y para lograr esto, se debe de hacer una buena evaluación médica de nuestros pacientes al momento de su atención, en especial aquellos cuya actividad laboral esté íntimamente ligada a su problema.

2TL. INCIDENCIA DE LAS INTOXICACIONES POR PLAGUICIDAS EN LA REGION DE EL PARAISO, HONDURAS, 2009 – 2010. Dra. Gilma Nereyda Murillo Figueroa, Medica Salubrista. Región de Salud Departamental, El Paraíso, Secretaría de Salud.

Antecedentes. Existe elevada incidencia de las alteraciones de la salud por las intoxicaciones por plaguicidas. El departamento de El Paraíso su actividad es agroforestal por ello la aplicación de los plaguicidas es de gran utilidad, exponiéndose a los efectos miles de trabajadores y jornaleros. **Objetivo.** Conocer la trascendencia y magnitud de las intoxicaciones agudas por plaguicidas en el Departamento del Paraíso 2009-2010. **Metodología.** Se realizó un estudio descriptivo, retrospectivo, utilizándose las fichas epidemiológicas. El procesamiento, análisis, e interpretación de datos se vaciaron en tablas y gráficos, obteniéndose porcentajes y tasas, se utilizó calculadora marca CASIO y computadora. **Resultados.** De 54 casos investigados en 2009 y 44 en 2010, el grupo de edad más afectado en ambos años fue el de 15 – 49 años. El sexo masculino representó 63% en 2009 y 61% en 2010. 8 municipios presentaron casos, Danlí 70% en ambos años. Modo de Intoxicación: intencional 74% 2009, 68% 2010; accidental laboral 17% 2009; la accidental no laboral 18% en 2010. Lugar donde ocurrieron las intoxicaciones: casa 70% 2009, 73% 2010. Vía de Intoxicación: Oral 80% 2009, 73% 2010; Dérmica 18% 2009, 11% 2010.

Toxico usado: órganos fosforados 50% 2009, 39% 2010; Bupiridilos 17% 2009, 20% 2010. Manifestaciones Clínicas en 2009: sistémica grave 37%, digestiva leve 35%, dérmica leve 19%; en 2010: digestiva leve 52%, sistémica grave 27%, dérmica leve 11%. Condición de egreso: 37% 2009 no fue consignado; 75% en el 2010 egreso mejorado; 28% 2009 y 18% 2010 fallecieron. Referidos al Psicólogo 2009 12.5%, 2010 6.6%. **Conclusiones.** a) Las intoxicaciones por plaguicidas se están volviendo un problema grave de salud por lo que urge la regulación de su venta. b) El modo de intoxicación más frecuente fue la intencional y el toxico más usado fue órganos fosforados. c) Exigir la referencia de cada caso de intento suicida a Psicología.

3TL. TABACO Y POBREZA: UN ESTUDIO EPIDEMIOLÓGICO EN POBLACIÓN URBANA, TEGUCIGALPA, HONDURAS, AÑO 2008-2009. Dra. María Félix Rivera, Máster en Salud Pública. Departamento de Fisiología, Facultad de Ciencias Médicas, UNAH. Medico Asistencial del Centro Odonto-pediatrico (CODOPA), Región Sanitaria Metropolitana, Secretaría de Salud. Tegucigalpa, Honduras.

Antecedentes. La relación entre el tabaco y diversas enfermedades está documentada, y se ha prestado poca atención al vínculo entre tabaco y pobreza. La tendencia es que sean lo más pobres los que consuman más tabaco esto hace que sean aún más pobres al perder ingresos, reducir su productividad, enfermar y finalmente morir. **Objetivo.** Determinar la situación socioeconómica de las familias donde existe un padre fumador, el gasto en cigarrillos y las implicaciones en sus condiciones de vida. **Metodología.** Tipo de estudio: transversal, descriptivo. El universo fueron los niños que asistieron a la consulta odontológica en los años del 2008-2009 en el Centro Odontopediatrico (CODOPA) de la Región Sanitaria Metropolitana de la Secretaría de Salud. Se evaluaron 2,000 expedientes, contaban con variables socioeconómicas. Se extrajo la información. Para observar las diferencias entre las familias con padres fumadores y no fumadores se seleccionaron 98 expedientes de padres fumadores y, 574 expedientes de no fumadores y se descartaron las familias donde no había padre varón jefe de familia. El procesamiento de los datos se realizó en EPI-INFO versión 3.5.1 para Windows. **Resultados.** Al analizar las condiciones económicas encontramos que las familias de padres fumadores vivían en viviendas cuyos materiales eran de mala calidad, tenían para disposición de excretas una letrina, el nivel educativo uno de cada 6 fumadores era menos de 7 años de escolaridad y pertenecían al sector informal de la economía, la mayoría tenía trabajo pero solo la mitad poseía un trabajo fijo. Las condiciones de socioeconómicas de las familias donde el padre no era fumador eran significativamente mejores. Los fumadores consumían de 10 cigarrillos/día en promedio, gastaban aproximadamente 480 lempiras al mes. **Conclusiones/ Recomendaciones.** Los más pobres están fumando más en menoscabo de sus necesidades básicas. Se hace necesaria la implementación de medidas para la prevención del tabaquismo en especialmente en personas pobres ya que contribuye a perpetuar el círculo vicioso de la pobreza. *Financiado por Acción para la Promoción de Espacios Libres de Tabaco (APALTA).*

4TL. SINDROME DE McCUNE-ALBRIGHT. María Gabriela Mendoza Flores.¹ Guillermo Villatoro Godoy,² Lesby Espinoza Colindres.² ¹Pediatra, ²Endocrinología Pediátrica. Servicio de Endocrinología Pediátrica, Hospital Materno Infantil, Tegucigalpa, Honduras.

Antecedentes. El Síndrome de McCune-Albright es una enfermedad esporádica, caracterizada por pubertad precoz periférica, displasia fibrosa poliostótica y mancha café con leche. Otras alteraciones asociadas: hiper-cortisolismo, adenoma hipofisario secretor de hormona del crecimiento, hiperprolactinemia, bocio tóxico nodular y feocromocitoma. La etiología se relaciona con una mutación activadora del gen GNAS que codifica la subunidad alfa de la proteína G. Es más frecuente en mujeres. El tratamiento de la pubertad tiene relativo éxito debido a la evolución cíclica espontánea del síndrome. La displasia poliostótica requiere múltiples intervenciones ortopédicas. **Descripción del caso clínico.** Femenina con antecedente de menarquia desde los 2 años, ciclos regulares, a los 5 años además presenta pubarquia y signos de estrogenización vulvar. Mancha café con leche de bordes irregulares en región lumbar. Ingresada a los 5 años por fractura patológica de fémur izquierdo. Estudio radiológico: lesiones líticas con septos y signos de esclerosis en cuarto arco costal posterior derecho y tercero posterior izquierdo, ambos húmeros, fémur izquierdo, cúbitos y radios. Biopsia de tejido óseo: Displasia fibrosa poliostótica del tercio distal del húmero izquierdo. Estudio hormonal: LH: 0.159 uIU/ml, FH: 0.209 uIU/ml, Estradiol: 132 pg/dl, TSH: 0.45 uIU/ml, T4: 8.5 µg/dl, T3: 206 ng/dl, Cortisol: 5.25 µg/dl. A los 11 años talla en percentil 3, tiroides aumentado de consistencia, acortamiento de fémur izquierdo por fracturas múltiples, mancha café con leche en región lumbar, Tanner IV. Ultrasonido (USG) de tiroides: bocio leve. USG Suprarrenal normal. USG pélvico: Ovarios con pequeños quistes. Actualmente en tratamiento ortopédico por las fracturas de fémur izquierdo. **Conclusiones/ Recomendaciones.** La evolución ha sido satisfactoria pero el seguimiento a largo plazo debe ser integral y multidisciplinario ya que las alteraciones endocrinas pueden aparecer aisladas o combinadas, con intensidad que puede variar desde subclínicas a severas.

5TL. SINDROME DE VAN WYK-GRUMBACH. Lesby Espinoza Colindres, Guillermo Villatoro Godoy. Endocrinología Pediátrica. Hospital Materno Infantil; Tegucigalpa, Honduras.

Antecedentes. El Síndrome Van Wyk-Grumbach es la asociación de hipotiroidismo severo y pubertad precoz, además puede cursar con hiperprolactinemia, galactorrea, quistes ováricos y menstruación precoz. Es la única forma de pubertad precoz que se acompaña de enlentecimiento de la velocidad de crecimiento. Todos los síntomas mejoran con el tratamiento del hipotiroidismo. **Descripción del cuadro clínico.** Femenina de 11 años con historia de menarquia a los 6 años, ciclos menstruales cada tres meses. Además talla baja y retraso psicomotor. Cuatro meses previos a la consulta por aumento de volumen a nivel de abdomen le realizan ultrasonido (USG) y observaron ovarios con múltiples quistes. Al examen físico facies toscas, voz grave. Peso: 23 Kg, Talla: 100.5 cm. Macroglosia, dentadura decidua con múltiples caries. Tiroides no palpable. Abdomen globoso, masa palpable en cuadrante inferior derecho de aproximadamente 9x11 cm. Telarquia IV, no galactorrea, no pubarquia, no axilarquia. Genu-valgo bilateral de predominio izquierdo. Piel: seca y acartonada. TSH > 75uIU/L; T4: 1.99µg/dl; T3 < 40 ng/dl; Cortisol: 13.7µg/dl; ACTH: 13.4pg/L; Estradiol: 1634 pg/L; LH: 0.37 U/L; FSH: 14.4 U/L; Prolactina: > 150ng/L. Anticuerpos antitiroglobulina: < 20 uIU/ml; Anticuerpos antimicrosomales: < 10 uIU/ml. USG abdominal: Útero de 8.1x5.6x4.4 cm. Ambos ovarios con múltiples formaciones quísticas. Ovario derecho de 9.3x7.1x6.1 cm. Ovario izquierdo de 7.1x7.9x5.1 cm. USG de Tiroides: lóbulo derecho 0.34x0.37 cm. Resonancia Magnética cerebral: masa intra y suprasellar de 2x2.1 cm, compatible con macro adenoma hipofisario. Tratamiento con Levotiroxina. **Conclusiones/Recomendaciones.** El Hipotiroidismo Congénito (HC), es una enfermedad que rara vez puede diagnosticarse por clínica en forma temprana, debido a que solo el 5 % de los casos presentan manifestaciones antes de los tres meses de edad. Entre más tardío es el diagnóstico y el inicio del tratamiento después del nacimiento, mayor es el grado de retardo mental y la presencia de secuelas.

6TL. TUMOR DE CELULAS PARDAS DEL HIPERPARATIROIDISMO. María Gabriela Mendoza Flores,¹ Guillermo Villatoro Godoy,² Lesby Espinoza Colindres.² ¹Pediatría; ²Endocrinología Pediátrica. Servicio de Endocrinología Pediátrica, Hospital Materno Infantil. Tegucigalpa, Honduras.

Antecedentes. La hipocalcemia, la deficiencia de calcitriol y la retención de fósforo favorecen el desarrollo del hiperparatiroidismo secundario en pacientes con insuficiencia renal. La afección ósea del hiperparatiroidismo es la osteítis fibrosa quística, y los tumores pardos representan un ejemplo de lesión focal. La radiología del hueso revela osteopenia, reabsorción o erosión subperióstica en falanges, sínfisis pubiana, cráneo, hombro y clavículas. Los tumores pardos se consideran una lesión reparativa de células gigantes y pueden aparecer en cualquier parte del esqueleto. El tratamiento del hiperparatiroidismo secundario consiste en compensar la función renal pero en algunos casos la paratiroidectomía subtotal es requerida. **Descripción del cuadro clínico.** Femenina de 12 años, con antecedentes de síndrome nefrótico a los 3 años. A los 10 años ingresa con datos de insuficiencia renal, se le realizan estudios y se diagnostica agenesia renal izquierda y ptosis renal derecha, insuficiencia renal crónica, hipertensión arterial secundaria e hiperparatiroidismo secundario (Parathormona (PTH) > 2500 pg/ml). Inició hemodiálisis. A los 11 años se detecta masa dura no dolorosa a nivel del arco zigomático derecho. En rayos x panorámica se observa zona radiolúcida a nivel de ápices en piezas laterales centrales y caninos. Serie ósea: lesiones quísticas a nivel de metacarpianos, falanges y columna lumbar en L3. Biopsia de lesión maxilar: granuloma central reparado de células gigantes vrs tumor de células pardas del hiperparatiroidismo. Se realiza paratiroidectomía subtotal con implante de una paratiroides en esternocleidomastoideo izquierdo. Niveles de PTH post cirugía de 25.7 pg/ml. En mayo del 2009 se le realizó trasplante renal con evolución satisfactoria de su función renal y desaparición de todos los tumores óseos. **Conclusiones/ Recomendaciones.** La insuficiencia renal crónica es una patología frecuente y condiciona la aparición de alteraciones del metabolismo fosfo-calcio que se deben tener siempre presentes para ofrecer el tratamiento más adecuado.

7TL. PRÁCTICA DE LAVADO DE MANOS EN EL SERVICIO DE MEDICINA INTERNA DEL HOSPITAL REGIONAL DEL SUR DE CHOLUTECA DURANTE EL PERÍODO COMPRENDIDO DEL 04 DE ENERO 2010 AL 03 DE ENERO 2011. Claudia Regina Bravo,¹ Manuel Sierra,^{2,4} Iván Espinoza,² Denis Padgett,^{2,4} Jackeline Alger,^{2,4} Maribel Rivera,³ Elham Mandegari,³ Marco Tulio Luque.³ ¹Médico General, Universidad Nacional Autónoma de Honduras (Médico en Servicio Social periodo 2010-2011); ²Unidad de Investigación Científica (UIC), Facultad de Ciencias Médicas (FCM), Universidad Nacional Autónoma de Honduras (UNAH); ³Sociedad Hondureña de Enfermedades Infecciosas (SHEI); ⁴Instituto de Enfermedades Infecciosas y Parasitología Antonio Vidal (IAV); Tegucigalpa, Honduras.

Antecedentes. Existe un convenio suscrito entre el Colegio Médico, la Secretaría de Salud (SS) y la Facultad de Ciencias Médicas de la UNAH para la investigación nacional de temas prioritarios de salud con participación de médicos en servicio social (MSS). **Objetivos.** Describir la práctica de lavado de manos en el servicio de Medicina Interna del Hospital Regional del Sur de Choluteca en el período comprendido del 04 de enero 2010 al 03 de enero 2011. **Metodología.** Diseño no experimental pre y post evaluatorio, con intervenciones educativas para el servicio. Se aplicó una encuesta diagnóstica describiendo conocimientos y prácticas sobre lavado de manos del personal de salud, e identificando la adherencia a normas de lavado de manos posterior a las intervenciones educativas y evaluando la técnica utilizada. **Resultados.** Se evaluó un total de 23 personas, siendo 11 médicos y 12 enfermeras (19 mujeres y 4 hombres). Se encontró una tasa de cumplimiento inicial de 23%, y una tasa final de 35%. Siendo en ambos momentos mayor la tasa de cumplimiento para enfermeras. Se descubrió que dicho aumento no era significativo independientemente de la profesión

($p=1.00$ médicos y $p=0.478$ enfermeras). Dentro de las razones para no lavarse las manos predominan falta de jabón (29%), papel toalla (27%) y la localización inadecuada de las unidades de lavado de manos (15%). No se encontró una asociación entre sexo, profesión y la percepción de la adherencia propia al lavado de manos ($p=0.3790$ y $p=0.964$ respectivamente). **Conclusión/Recomendaciones.** Las salas de Medicina Interna del Hospital del Sur no cuentan con instalaciones adecuadas para promover adherencia a la práctica del lavado de manos. Para tener un verdadero impacto es imperativo mejorar los insumos necesarios en las salas de Medicina Interna del Hospital del Sur (jabón, alcohol gel, papel toalla).

8TL. SITUACION DE SALUD EN ADULTOS MAYORES (AM) DE 60 AÑOS QUE VIVEN EN LAS ZONAS DE INFLUENCIA DE LOS MÉDICOS EN SERVICIO SOCIAL MAYO 2010 – 2011: PREVALENCIA DE DEPRESION Y DEMENCIA Y FACTORES ASOCIADOS. Heike Hesse,¹ Manuel Sierra,² María J Quiñónez,³ Ellen Navarro,⁴ Adonis Andonie,⁵ Angel Pineda.⁶ ¹Neurología, Asociación Hondureña de Alzheimer (AHA); ²PhD Salud Pública, Unidad de Investigación Científica, UNAH. ³MSc Neuropsicología, AHA. ⁴Lic. Antropología Social, AHA. ⁵MSc Salud Pública, Programa del Adulto Mayor, Secretaría de Salud. ⁶Geriatría, Instituto Hondureño de Seguridad Social. Tegucigalpa, Honduras.

Antecedentes. Existe un convenio suscrito entre el Colegio Médico, la Secretaría de Salud (SS) y la Facultad de Ciencias Médicas de la UNAH para la investigación nacional de temas prioritarios de salud con la participación de médicos en servicio social (MSS). **Objetivo.** Describir la prevalencia de depresión y demencia y factores asociados en los AM participantes. **Metodología.** Se realizó un estudio descriptivo transversal en una muestra aleatoria simple de adultos que viven en las áreas geográficas de influencia (AGI) que son utilizadas por la SSH en cada centro de salud u hospital donde fueron asignados los MSS. Previo consentimiento informado, a cada AM se le aplicó la batería neuropsicológica siguiente: pruebas de atención, memoria, habilidad visuomotora, los cuestionarios IQCODE, y la Escala de Depresión de Yesavage. Para el diagnóstico de demencia se usaron los criterios del DSM-IV. **Resultados.** Participaron 1687 mujeres (M) y 1078 hombres (H). Los resultados de la escala de depresión geriátrica (Yesavage) fueron: del total, 6.3% tenían depresión establecida (95% IC: 5.4%-7.2%); de las mujeres, 7.7% tenían depresión establecida (95% IC: 6.5%-9.1%); y de los hombres, 3.9% tenían depresión establecida (95% IC: 2.9%-5.3%). Utilizando < 19 como el punto de corte para el test de MMSE (Folstein), la prevalencia de casos sospechosos de demencia (CSD) fue: del total, 18.8% eran CSD (95% IC: 17.4%-20.3%); de las mujeres, 20.8% eran CSD (95% IC: 18.9%-22.8%); y de los hombres, 15.8% eran CSD (95% IC: 13.7%-18.1%). **Conclusiones / Recomendaciones.** La prevalencia de demencia aumenta con la edad y nivel educativo. Los datos normativos de las pruebas neuropsicológicas obtenidas en una muestra representativa de la población de adulto mayor permiten su utilización en el entorno clínico hondureño para el diagnóstico de demencia. La población de AM de Honduras presenta problemas de salud mental que deben de ser abordados para asegurar el bienestar integral de dicha población.

9TL. CARCINOMA SUPRERRENAL. Guillermo Villatoro Godoy, Lesby Espinoza Colindres. Endocrinología Pediátrica. Hospital Materno Infantil, Tegucigalpa, Honduras.

Antecedentes. Los tumores adrenocorticales representan el 0.2% del total de las neoplasias en pediatría. Hay virilización hasta en el 80% de los casos. Predisposición genética hasta en 50% de los pacientes. En más del 90% de los casos hay mutaciones en el gen supresor TP53 en líneas germinales y esto puede presentarse dentro del espectro del Síndrome de Li-Fraumeni. El gen supresor de tumores TP53 (cromosoma 17p13) codifica una proteína

que participa en muchas vías celulares que controlan la proliferación celular tal como el ciclo celular, apoptosis y reparación del ADN. **Descripción de caso clínico.** Femenina de 22 meses de edad, cuatro meses de presentar hirsutismo, acné, pubarquia y olor apocrino. Antecedente de asma y rinitis severa. Padre operado de 2 tumores sub-axilares sin diagnóstico anatómopatológico. Examen Físico: facies toscas, acné en cara, olor apocrino. Peso: 12,5 Kg; Talla=82,5 cm; Pulso: 101x'; P/A: 90/60 mmHg. No masas abdominales ni visceromegalia. Clitoris hipertrófico, pliegues labio-escrotales rugosos, hiperpigmentados, pubarquia III. ACTH: < 5 pg/ml; Cortisol AM: 12,9 ug/dl; SDHEA: 652 ug/dl; 17 α -hidroxiprogesterona: 1370 ng/dl. USG abdominal: masa suprarrenal izquierda sólida. Adrenalectomía izquierda. Biopsia: tumor de 4.4 cm, 15 gramos, grado nuclear 3, mitosis anormales 2, células claras < 25%, arquitectura difusa, no invasión capsular ni venosa. Patología molecular: heterocigoto para una inserción de 7 pares de bases, g.11560insGTTTCCG exón 4 de la codificación de TP53 en sangre y tejido tumoral. Mutación similar en el padre. Esta mutación solo ha sido descrita en una familia mexicana con síndrome de Li-Fraumeni. **Conclusiones/ Recomendaciones.** La diferenciación entre un tumor adrenal benigno o maligno es un verdadero reto diagnóstico. El estudio molecular del gen TP53 sirve para determinar la probabilidad de desarrollar otros tumores y nos obliga a establecer un plan de seguimiento para la detección temprana de un segundo cáncer en el paciente.

10TL. SINDROME DE TURNER. Gerardo Ismael Castro Martínez,¹ Guillermo Villatoro Godoy,² Lesby Espinoza Colindres.² ¹Residente III año Pediatría. ²Endocrinología Pediátrica. Servicio de Endocrinología Pediátrica, Hospital Materno Infantil, Tegucigalpa, Honduras.

Antecedentes. El Síndrome de Turner es una anomalía en la integridad y/o ausencia parcial o total de un cromosoma X que define el genotipo y fenotipo de la niña portadora de dicho defecto e impacta en su crecimiento lineal, así como su capacidad reproductiva, por tener gónadas disgenéticas. Incidencia: 1:2500-5000 recién nacidas vivas, 55-60% son 45-XO puras y 40-45% son mosaicos cromosómicos. Pueden tener malformaciones renales en 60%, trastornos auditivos en 50% y defectos cardíacos en 30% de los casos. La talla final en el síndrome de Turner es unos 20 cm. menor a la media. La pérdida de talla se inicia desde antes de nacer y se prolonga durante toda la infancia, haciéndose cada vez más evidente. El tratamiento con hormona de crecimiento mejora la talla final hasta en 10 cm. Al llegar a la edad de la pubertad es necesaria la administración de estrógenos y progesterona para inducir la pubertad. **Descripción del cuadro clínico.** Paciente de 8 años referida por talla baja. Peso y talla al nacer desconocida. Otitis a repetición. Buen rendimiento escolar excepto dificultad en las matemáticas. Antecedentes familiares negativos. Al examen físico: peso: 15 kg, talla: 108 cm, P/A: 120/82. Ojos almendrados, paladar ojival, cuello corto, corazón con soplo sistólico en foco pulmonar, cubitus valgus, acortamiento del cuarto metacarpiano de ambas manos, pulsos de miembros superiores más fuertes que los inferiores. Pruebas de función tiroidea normales con anticuerpos antitiroideos negativos. Ecocardiograma: Coartación de la aorta. Ultrasonido de vías urinarias: riñón en herradura. Evaluación auditiva normal. Cariotipo en proceso. **Conclusiones/ Recomendaciones.** El diagnóstico de síndrome de Turner se sospecha basándose en una serie de signos clínicos, pero siempre es necesario hacer un análisis genético. Es muy importante que el diagnóstico sea precoz y determinar anomalías asociadas para brindar un manejo integral.

11TL. SALUD, AMBIENTE Y TRABAJO EN LOS CULTIVADORES DE TABACO EN EL VALLE DE JAMAISTRAN, DANLI, EL PARAISO, HONDURAS. 2010. Dr. Lino Carménate Milán,¹ Dra. María Félix Rivera,² Federico Moncada Chévez.³ ¹MSc Salud Ocupacional; Facultad de Ciencias Médicas. UNAH; ²MSc Salud Pública, Facultad de Ciencias Médicas. UNAH; ³Facultad de Ciencias Médicas. UNAH, Tegucigalpa, Honduras.

Antecedentes. La industria del tabaco en nuestros países proporciona empleo a poblaciones muy vulnerables, mal remunerado, largas jornadas de trabajo y condiciones de trabajo precarias y no reglamentadas lo que lleva a precarias condiciones de vida. **Objetivo.** Determinar las condiciones de salud, ambiente y trabajo de los cultivadores de tabaco en el Valle de Jamastrán, El Paraíso. **Materiales, Pacientes y Métodos.** tipo descriptivo, transversal. El universo de estudio fueron los trabajadores contratados en el cultivo de tabaco de una empresa de aproximadamente 300 cultivadores y se obtuvo una muestra de 80 cultivadores. A todos ellos les realizó una encuesta sobre educación, características de la vivienda, servicios públicos, ingresos, salarios, morbilidad sentida, alimentación, utilización de servicios, programas de salud, ambiente y factores de riesgo laborales. Los datos fueron introducidos a una base de datos en epi info versión 3.2.2 para Windows. **Resultados.** El promedio de edad fue de 35.1 años (SD=11.94) a una razón M:F 1.0:1.3. La escolaridad era de 5.6 años. Menos de la mitad tenían vivienda propia, todos tenían letrina. Los materiales de la vivienda eran de mala calidad. Los alimentos consumidos eran ricos en carbohidratos y escasos en proteínas. El salario declarado por una jornada era aproximadamente 135 lempiras por día. A ninguno se le pagaba el salario mínimo. Todos eran obreros informales, no poseían Seguro Social. Para recuperar la salud visitaban centros de salud del gobierno, tomaban remedios caseros o acudían a los curanderos de la zona. Recibían capacitación únicamente el primer día de trabajo y ninguno utilizaba elementos de protección laboral. Desconocían qué tipo de plaguicida o herbicida aplican. Se identificaron factores de riesgo laboral como los movimientos repetitivos, radiación solar, posturas inadecuadas, cargas pesadas, labores monótonas y padecían de dolor de tipo ciático, lumbar y de muñecas, así como irritación en la piel, náusea o vómitos, insomnio y vértigo. **Conclusiones/Recomendaciones.** Nuestro país cuenta con escasez de empleos, sin embargo este empleo les proporciona una vida únicamente de subsistencia y afecta su salud. Se recomienda la reorientación a otros tipos de cultivos que permita que los jornaleros perciban mejores ingresos y les facilite una vida digna.

12TL. PREVALENCIA DE LA DISFUNCION ERECTIL EN PACIENTES DE 18 A 65 AÑOS EN LA COMUNIDAD DE SANTA MARIA, DANLI, EL PARAISO, HONDURAS EN EL PERIODO DE ENERO A MARZO DEL 2009. Dr. Marlon Ulises Estrada Sánchez. MSc Salud Pública y Epidemiología. Región Departamental No. 7, Secretaría de Salud. Danlí, Honduras.

Antecedentes: La disfunción eréctil o impotencia *erigendi* (con frecuencia aún llamada en español incorrectamente impotencia, que técnicamente ya no es el término aceptado por muchos especialistas) es la incapacidad repetida de lograr o mantener una erección lo suficientemente firme como para tener una relación sexual satisfactoria. **Metodología:** Se realizó un estudio de tipo descriptivo de prevalencia, prospectivo y transversal sobre la Prevalencia de la Disfunción Eréctil en pacientes de 18 a 65 años en la comunidad de Santa María, Danlí, El Paraíso, Honduras; en el periodo de Enero del 2009 a Marzo del 2009. El Universo lo conformaron 432 hombres atendidos en la consulta externa durante el periodo de estudio señalado. La muestra la constituyen 61 hombres utilizando criterios de inclusión y exclusión. Se eligieron cuatro barrios que pertenecen a la zona de Santa María Danlí El Paraíso, luego se realizó un sorteo para elegir el barrio donde se realizará la toma de datos, realizando un barrio casa a casa. **Resultados:** Los resultados más importantes podemos destacar: *Las características demográficas de raza, mestiza, casados, la mayoría aprobaron su educación primaria, agricultores y comerciantes informales que profesan la religión católica* Los elementos de tipo psicológico encontrados son el estrés demostraron tener relación con la disfunción eréctil. Las enfermedades que más frecuentes encontradas fueron la gastritis y la HTA, los medicamentos utilizados para el tratamiento son la ranitidina, enalapril y atenolol ambos medicamentos están asociados con la disfunción eréctil.

El consumo de bebidas alcohólicas, tabaquismo están asociada con la disfunción eréctil. Conclusiones: *La prevalencia de disfunción eréctil, 5.78 %.* **Recomendaciones:** La disfunción eréctil no solo es un trastorno del hombre mayor, cada vez se presenta con mayor frecuencia en hombres jóvenes. Deben realizarse más estudios sobre el tema.

13TL. SITUACION DE SALUD EN ADULTOS MAYORES (AM) DE 60 AÑOS QUE VIVEN EN LAS ZONAS DE INFLUENCIA DE LOS MÉDICOS EN SERVICIO SOCIAL MAYO 2010 – 2011: BRECHA DE SALUD CARDIOVASCULAR NO CUBIERTA EN EL ADULTO MAYOR. *Adonis Andonie,*¹ Manuel Sierra,² Heike Hesse,³ María J. Quiñónez,⁴ Ellen Navarro Ángel Pineda.⁵ ¹MSc Salud Pública, Secretaria de Salud. ²UNAH. ³Neurología, AHA. ⁴Neuropsicología, AHA. ⁵Geriatría, IHSS. Tegucigalpa, Honduras.

Antecedentes. Existe un convenio suscrito entre el Colegio Médico, la Secretaría de Salud (SS) y la Facultad de Ciencias Médicas de la UNAH para la investigación nacional de temas prioritarios de salud con la participación de médicos en servicio social (MSS). **Objetivo.** Describir la brecha de salud cardiovascular no cubierta en los AM participantes. **Metodología.** Se realizó un estudio descriptivo transversal en una muestra aleatoria simple de adultos que viven en las áreas geográficas de influencia (AGI) que son utilizadas por la SSH en cada centro de salud u hospital donde fueron asignados los MSS. Previo consentimiento informado, a cada AM se le llenó un cuestionario socio-demográfico, se le hizo anamnesis y examen físico, y se le aplicó una batería de exámenes neuropsicológicos para determinar depresión y demencia. **Resultados.** Participaron 1687 mujeres (M) y 1078 hombres (H). En antecedentes personales patológicos cardiovasculares: 17% tenían diabetes (19%M y 13%H) y 10% no se trataban; 13% tenían dislipidemia (16%M y 9%H) y 48% no se trataban; 6% eran obesos (8%M y 4%H) y 74% no se trataban; 3% habían tenido infarto agudo del miocardio (2%M y 4%H) y 35% no estaban en control médico; 4% tenían insuficiencia cardíaca (4%M y 4%H) y 25% no estaban en control médico; 3% habían tenido un episodio cerebro-vascular (3%M y 3%H) y 57% no estaban en control médico; 46% tenían hipertensión arterial (50%M y 40%H) y 14% no se trataban; y 6% tenían antecedente de TEC con pérdida de conciencia (5%M y 8%H) y 79% no estaban en control médico. **Conclusiones/Recomendaciones.** El estudio evidencia una brecha importante no cubierta de morbilidad cardiovascular en el AM. El Programa de AM de la SS debe de desarrollar estrategias para facilitar el acceso de los AM a servicios de salud integrales.

14TL. CARACTERIZACION CLINICO EPIDEMIOLOGICA DE LOS CASOS HOSPITALIZADOS POR DENGUE SEVERO EN EL HOSPITAL MATERNO INFANTIL DURANTE EL BROTE DE DENGUE EN EL PERIODO DE ABRIL A DICIEMBRE DEL 2010. *Lysien Zambrano,*¹ Carol Sevilla,¹ Selvin Reyes,¹ Manuel Sierra,² Marco T. Luque,³ Rosa Kafati,⁴ Orlando Solórzano.⁵ ¹Medicina General; ²PhD Salud Pública, Unidad de Investigación Científica, UNAH; ³Pediatra Infectólogo, Servicio de Infectología, Hospital Materno Infantil; ⁴MSc Salud Pública, Departamento de Epidemiología, Hospital Escuela; ⁵MSc Salud Pública, Dirección General de Vigilancia de la Salud, Secretaría de Salud. Tegucigalpa, Honduras.

Antecedentes. El Dengue es la enfermedad vectorial más importante en las Américas. Es una enfermedad auto-limitada y las formas severas (hemorrágica/choque) pueden conducir a la muerte. Honduras experimentó en 2010 la mayor epidemia de dengue en su historia. **Objetivo.** Describir clínica y epidemiológicamente los casos hospitalizados por dengue severo en el HMI durante el brote del 2010. **Metodología.** El estudio es descriptivo transversal. El universo estudiado son todos los pacientes admitidos con diagnóstico de dengue severo en las salas de pediatría del HMI en el periodo abril-diciembre del 2010. El instrumento de recolección de in-

formación fue la ficha de vigilancia de dengue de la SSH y se consultaron los expedientes clínicos del HMI. El equipo de trabajo lo conformaron los médicos internos de la segunda rotación de Pediatría del 2010 y luego fue completada y ampliada por un grupo de Médicos en Servicio Social egresados en septiembre del 2010. **Resultados.** Se analizaron 1455 hospitalizaciones ocurridas entre las semanas 9 a la 38 coincidiendo el pico de hospitalizaciones con el de casos reportados en la RS Metropolitana. Un 81% provenían de Tegucigalpa y 14% de otros lugares de Francisco Morazán. En relación a grupo de edad: 50% eran adolescentes, 31% escolares y 10% pre-escolares. El promedio de hospitalización fue de 3.8 días. En relación a tipo de dengue: 53% fue B, 32% C y 14% D. La tasa de mortalidad hospitalaria fue de 2.0% y fue asociada a co-morbilidad. **Conclusiones/ Recomendaciones.** El número de casos de dengue severo sobrepasó la capacidad de respuesta del sector salud, especialmente del sector público y de seguridad social en la capital. Para reducir la letalidad y las complicaciones es importante que en los centros de atención se asigne al personal más capacitado y con experiencia para la detección y manejo de las formas severas de dengue.

15TL. INFECCIONES SUBCLINICAS POR *Plasmodium* spp.: IMPLICACIONES PARA EL ABORDAJE DE LA MALARIA EN HONDURAS. *Jackeline Alger*,¹ Jorge García,^{1,2} Ricardo Aviles,³ Michael Quintana,⁴ Eric Garges.⁵ ¹Servicio de Parasitología, Departamento de Laboratorios Clínicos, Hospital Escuela; ²Laboratorio de Parasitología Molecular / Proyecto Fondo Mundial Componente Malaria, Hospital Escuela; ³Elemento Médico, Fuerza de Tarea Conjunta Bravo, Comayagua; Honduras; ⁴US Army Center for Health Promotion, San Antonio, Texas; ⁵Preventive Medicine Residency Program, Army POC - Military Tropical Medicine and Global Medicine, Walter Reed Army Institute of Research, Silver Spring, MD; Estados Unidos de América.

Antecedentes. En Honduras la detección activa de casos (DAC) de malaria no es rutinaria. A través de este enfoque es posible conocer aspectos de la transmisión no detectados pasivamente (DPC), por ejemplo casos subclínicos. **Objetivo.** Caracterizar las infecciones de *Plasmodium* spp. mediante pruebas de laboratorio y determinar la variabilidad genética de los parásitos. **Metodología.** Se estudiaron tres localidades de Juticalpa, Olancho (Sosa Lobo, Chacón y Villa Antonia), entre Agosto 29 y Septiembre 2, 2010. Se identificaron viviendas en base a DPC, Región Departamental de Salud. Previo consentimiento informado verbal, se entrevistó a cada participante utilizando formularios de la Secretaría de Salud y se realizó un examen físico dirigido. Se tomó muestra de sangre por punción dactilar para realizar pruebas de diagnóstico rápido (PDR), diagnóstico microscópico y papel filtro para análisis molecular utilizando la técnica PCR y marcadores moleculares polimórficos. **Resultados.** Se evaluaron 71 pacientes, 19 febriles (26.7%). La PDR detectó un caso por *P. vivax* (1.4%). El diagnóstico microscópico realizado después del trabajo de campo detectó cuatro casos adicionales de *P. vivax* (7.0%), dos afebriles y todos con densidad parasitaria baja (<10 parásitos/100L). Del total de cinco casos, 40% mujeres y 60% mayores de 15 años, uno pertenecía a Sosa Lobo y cuatro a Chacón. El análisis biológico molecular detectó un solo genotipo basado en tamaño: marcadores MSP1 5/6 (~380pb), CSP (~600pb) y GAM1 (~500pb). Los casos fueron tratados según lineamientos de la Secretaría de Salud. **Conclusiones/ recomendaciones.** A través de DAC se identificaron dos sujetos con infección malarica subclínica (2.8%) los cuales podrían estar contribuyendo a la persistencia de la transmisión. La microscopía fue 4 veces más sensible que las PDR en presencia de densidad parasitaria baja. Las muestras analizadas demostraron homogeneidad genética y ausencia de infecciones policlonales. Es necesario fortalecer la vigilancia epidemiológica de la malaria en Honduras. *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.

16TL. SINDROME DE PEUTZ JEGHERS. *Guillermo Villatoro Godoy,* Lesby Espinoza Colindres. Endocrinología Pediátrica. Hospital Materno Infantil, Tegucigalpa, Honduras.

Antecedentes. El Síndrome de Peutz-Jeghers (SPJ) es una entidad rara caracterizada por lesiones hiperpigmentadas en boca, manos y pies y pólipos gastrointestinales hamartomatosos. Su patrón hereditario es autosómico dominante de penetración variable, se asocia a mutaciones del gen *STK11/LKB1*, localizado en la banda 19p13.3. Incidencia estimada de 1 en 8,300 a 29,000 nacidos vivos. La presentación clínica varía desde paciente asintomático hasta obstrucción intestinal y a largo plazo, alto riesgo de cáncer gastrointestinal y extra gastrointestinal (tumores ováricos y testiculares), solo un pequeño porcentaje de pacientes debuta con síntomas endocrinológicos. El manejo es sintomático. **Descripción del caso clínico.** Masculino de 4 años referido por signos de desarrollo puberal. Examen físico: manchas oscuras en labios y mucosa oral, testes 8 cc y pene 6 cm de longitud, ginecomastia 3.5 cm. Panendoscopia: masa en tercio inferior de esófago y otra masa de aproximadamente 3.5-4.5 cm a nivel de curvatura mayor de estómago. Biopsia: pólipo hamartomatoso. Colonoscopia normal. Resonancia magnética cerebral normal. En diciembre de 2005 se extirpó pólipo de curvatura mayor de estómago. En enero de 2006 por pubertad precoz inició tratamiento con acetato de leuprolide pero persistía con aceleración de la velocidad de crecimiento y ginecomastia por lo que se agregó al tratamiento Ketoconazol como antiandrogénico. A los 9 años 10 meses, edad ósea de 13 años, peso 40.3 Kg, talla 151.cm, testes 8 cc, pene 8 cm de longitud, ginecomastia bilateral de 3 cm, pubarquia II, axilarquia ++. Se omitió acetato de Leuprolide y Ketoconazol. El hamartoma de esófago no ha sido extirpado y no ha presentado complicaciones. **Conclusiones/ Recomendaciones.** El SPJ es una entidad rara, pero debido al riesgo de que los hamartomas puedan originar cáncer intestinal, además de la posibilidad otros tumores de presentación precoz es necesario e importante el estrecho seguimiento de estos pacientes para ofrecer un manejo oportuno.

17TL. MANEJO DE LA INCONTINENCIA URINARIA DE ESFUERZO. Dr. Mario Roberto Pinto Romero. Ginecología y Obstetricia. Hospital Militar; Hospital Leonardo Martínez; San Pedro Sula, Honduras.

Antecedentes. La incontinencia urinaria es un importante problema de salud en la mujer, afectando a más de 13 millones de mujeres en los Estados Unidos de América, en Honduras es alrededor de 300,000 mujeres afectadas. Dependiendo del tipo de incontinencia se puede considerar un manejo a base de ejercicios vesicales, tratamiento farmacológico, o manejo quirúrgico. Se ha descrito que la disminución del peso corporal entre el 5 y 10% como tratamiento inicial, resulta beneficioso para las pacientes con obesidad e incontinencia urinaria. **Objetivos.** Determinar la eficacia de la malla de polipropileno, utilizado como cabestrillo vesical en la incontinencia urinaria de esfuerzo. **Metodología y técnica quirúrgica.** En un periodo de dos años (Junio 2007-Junio2009) se han diagnosticado 96 incontinencia urinarias de esfuerzo en donde se le ha realizado el procedimiento denominado cabestrillo vesical, utilizando una malla de polipropileno, en distintas instituciones de la zona Norte del país (Hospital Leonardo Martínez Valenzuela, Hospital Militar Regional del Norte). La paciente bajo anestesia epidural, se coloca en posición de litotomía, con sonda vesical, se inicia la técnica de colporrafia anterior, se disecciona manualmente hasta llegar al agujero obturador de ambos lados, se colocan las agujas de cabestrillo las cuales atraviesan el agujero obturador, posteriormente se coloca la malla de polipropileno de aproximadamente 1 cm de ancho y 20 cms de largo, se extiende verificando que no se encuentren obstáculos en ella, se termina la

colporrafía con la técnica habitual, la paciente queda hospitalizada y 24 hrs después se cuantifica la orina residual, si es menor de 100 cc de retira el catéter vesical. **Resultados.** Hasta los momentos tenemos una recuperación del 95.6% de las pacientes, el resto de las paciente no se les localizo para el control. En el 100% de las mujeres, que se les realizo un control postoperatorio, al mes, los tres meses, seis meses y al año, recuperaron su control vesical, En ninguna de las pacientes hubo un rechazo del material utilizado. **Conclusiones/Recomendaciones.** en los hospitales del estado donde hay una gran demanda de pacientes con este tipo de patología, el uso de la malla de polipropileno es una opción cómoda, sencilla, barata, y accesible para corregir este tipo de problemas uro ginecológico. Tratar de dar a conocer este tipo de técnica quirúrgica, a los ginecólogos que no están familiarizados, con el procedimiento.

18TL. MALARIA RECURRENTE: MARCADORES MOLECULARES EN CUATRO CASOS ATENDIDO EL HOSPITAL ESCUELA, TEGUCIGALPA, HONDURAS. PERIODO 2009 – 2010. Jackeline Alger,¹ Jorge García.^{1,2}
¹Servicio de Parasitología, Departamento de Laboratorios Clínicos, Hospital Escuela; ²Laboratorio de Parasitología Molecular / Proyecto Fondo Mundial Componente Malaria, Hospital Escuela.

Antecedentes. Malaria recurrente puede ser debido a reinfección (diferentes genotipos) recrudescencia o recaída (mismo genotipo). **Objetivo.** Determinar los genotipos de *Plasmodium* spp. presentes en casos recurrentes atendidos en el Hospital Escuela en 2009-2010. **Pacientes y Métodos.** Se estudiaron cuatro casos. En el primer episodio, tres casos fueron positivos por *P. vivax* y uno con infección mixta; en el episodio recurrente todos fueron por *P. vivax*. En todos los casos se evaluó la respuesta terapéutica a los antimaláricos. Se analizaron los parásitos mediante la técnica de PCR utilizando cuatro marcadores moleculares para determinar la variabilidad genética de *P. vivax* (MSP1 5/6, MSP1 8/9, CSP y GAM1) y tres para *P. falciparum* (MAD20, K1, RO33). **Resultados.** Tres casos eran mujeres, edad promedio 20.2 años (rango 40 días – 32 años). Las infecciones en el primer episodio se trazaron a la Mosquitia, uno de los casos era congénito. En el episodio recurrente, el origen de la infección se trazó a la Mosquitia (2 casos), Amara-teca y falla terapéutica (uno cada uno). El tiempo transcurrido entre los dos episodios fue 4 meses en promedio (rango 17 días – 5 meses). Hasta donde se pudo evaluar, todos los casos mostraron buena respuesta terapéutica, excepto por un caso que recrudesció 17 días post-tratamiento. El análisis biológico molecular demostró tres casos con productos PCR diferentes entre el episodio inicial y el recurrente: un caso con marcador MSP1 5/6, otro con marcador MSP1 8/9 y otro con marcadores MSP1 8/9 y CSP (*P. vivax*). El caso recrudesciente (congénito) demostró productos similares. La muestra con infección mixta amplificó adicionalmente con el marcador MAD20 (*P. falciparum*). **Conclusiones/ Recomendaciones.** Según la evidencia, tres casos recurrentes fueron posiblemente reinfecciones (diferente genotipo de parásito y exposición en área endémica). El uso de cuatro marcadores moleculares permitió aumentar la capacidad de discriminar genotipos. Es necesario fortalecer la vigilancia de la malaria recurrente en Honduras. *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.*

19TL. CARCINOMA PAPILAR DE TIROIDES EN NIÑOS. Doris Leticia Burdet Muñoz,¹ Lesby Espinoza Colindres,² Guillermo Villatoro Godoy.²
¹Pediatra; ²Endocrinología Pediátrica. Hospital Materno Infantil, Tegucigalpa, Honduras.

Antecedentes. El carcinoma de tiroides constituye menos del 1% de las neoplasias malignas en las primeras dos décadas de la vida. Predominio

en el sexo femenino (2.5-6:1). El más frecuente es el papilar. Factores que aumentan este tipo de neoplasia: exposición a radiación, deficiencia de yodo, tiroiditis de Hashimoto y factores genéticos. La biopsia por aspiración con aguja fina (BAAF) es una herramienta diagnóstica con un 1% de falsos positivos y 2% de falsos negativos. La combinación de cirugía y terapia con radioyodo es curativa. **Descripción del caso clínico. Caso 1.** Femenina de 10 años, historia de 2 meses de notar bocio, sin manifestaciones de hipo ni hipertiroidismo. Examen físico bocio G 2, consistencia dura, con múltiples adenopatías cervicales. Pruebas de función tiroidea normales, anticuerpos antitiroglobulina y tiroglobulina elevados. BAAF: carcinoma papilar de tiroides. Se realizó tiroidectomía total y como complicación quirúrgica presenta hipoparatiroidismo. Primer rastreo: captación en varios ganglios cervicales y una en pulmón. Recibe dosis terapéutica de radioyodo. **Caso 2.** Femenina de 17 años con historia de 2 meses de notar bocio sin manifestaciones de hipo ni hipertiroidismo. Examen físico bocio G 2 predominio del lóbulo izquierdo. Pruebas de función tiroidea normales. Anticuerpos antitiroideos negativos, tiroglobulina elevada. BAAF: carcinoma papilar de tiroides. Tiroidectomía total sin complicaciones. Se realiza rastreo y dosis terapéutica de radioyodo. **Conclusiones/Recomendaciones.** En los últimos años se ha observado un importante aumento de la incidencia del carcinoma de tiroides. En el Servicio de Endocrinología Pediátrica del Hospital Escuela en los últimos 5 años se han registrado siete casos de carcinoma papilar, un sarcoma de tiroides y tres carcinomas medulares. En general la evolución es favorable pero el seguimiento debe ser a largo plazo principalmente cuando en el rastreo haya captación de radioyodo en ganglios mayores de 2 cm, porque esto aumenta el riesgo de recidivas.

20TL. EVALUACION SOBRE LOS EFECTOS DEL DESARROLLO DE CAPACIDADES INSTITUCIONALES EN ORGANIZACIONES LOCALES NO GUBERNAMENTALES (ONG) QUE PROVEEN SERVICIOS DE VIH/ SIDA. Jorge Fernández,¹ Kafati, A.¹, Alvarado, P.¹, Almodóvar, Y.²,
¹Proyecto AIDSTAR-Two/MSH, Honduras; ²Proyecto AIDSTAR-Two/MSH, Washington.

Antecedente. El desarrollo de las capacidades institucionales — incluyendo liderazgo, gestión, administración y gobernabilidad interna, fortalecimiento de las prácticas clínicas y la salud pública— puede mejorar la competencia de las organizaciones para prestar servicios de manera más eficiente y eficaz y mantener la sustentabilidad. Desde 2009, con apoyo de USAID/Honduras, el Proyecto AIDSTAR-Two/MSH está apoyando a ONGs locales a aumentar su capacidad organizativa y técnica, para ofrecer servicios de VIH/ITS de alta calidad a las poblaciones en más alto riesgo (Pemar), incluyendo a los hombres que tienen sexo con otros hombres (HSH), las mujeres trabajadoras sexuales (MTS) y la etnia garífuna. **Objetivo.** Evaluar la influencia de las intervenciones en el mejoramiento del desempeño y en el incremento del acceso y la calidad de los servicios de prevención y cuidados en VIH/sida, en nueve ONGs que han recibido un proceso de asistencia en desarrollo de capacidades, tanto para el fortalecimiento organizacional como en la entrega de servicios. **Metodología.** Se realizó un diagnóstico inicial aplicando una herramienta (QuickStart), que evalúa los controles internos administrativos y financieros; y, otra (MOST) para identificar y priorizar los componentes críticos generales de gestión, procesos y procedimientos de las ONGs. Luego se estableció un plan completo de asistencia de desarrollo organizacional que incluyó trabajo directo con cada ONG y momentos de concentración para intercambio de experiencias y conocimientos. Se realizaron 20 grupos focales con el personal de las ONGs y los beneficiarios. **Resultados.** Se identificaron cambios positivos en las siguientes áreas: (1) Fortalecimiento de las juntas directivas y mejoras en la coordinación; (2) Involucramiento efectivo de equipos técnicos en actividades gerenciales; (3) Mejor colaboración interna y trabajo en equipo; (4) Integración de voluntarios; (5) Establecimiento de nuevas alianzas; (6) Ampliación de la cartera de servicios; (7) Transferencia de aprendizajes a otras

áreas y proyectos (cros-polinización). Los beneficiarios expresaron sentir satisfacción con: (1) los servicios de pruebas rápidas de VIH; (2) la confianza que sienten en las organizaciones; (3) las capacitaciones y el apoyo que proveen a sus voluntarios y líderes comunitarios. **Conclusiones/ Recomendaciones.** Se reportaron cambios positivos en el rendimiento de las ONGs, y, aunque la mayoría son de proceso, han permitido el mejor desempeño tanto en su desarrollo interno como en la entrega de servicios. (a) Integrar e implementar un paquete combinado de intervenciones para el desarrollo organizacional y técnico de las ONGs; (b) Contribuir a la búsqueda de sostenibilidad financiera; (c) Implementar procesos que fomenten el voluntariado; (d) Proveer materiales de apoyo a la replicación de procesos de fortalecimiento técnico y organizacional.

21TL. LA LAPAROSCOPIA GINECOLOGICA DE URGENCIA, SUS ACIERTOS Y LIMITANTES. Dr. Mario Roberto Pinto Romero, Ginecología y Obstetricia. Hospital Militar; Hospital Leonardo Martínez; San Pedro Sula, Honduras.

Antecedentes. A lo largo del tiempo los métodos quirúrgicos han evolucionado tratando de minimizar los distintos riesgos a que son sometidos los pacientes, y ha reducir los días de incapacidad, trae como consecuencia la incorporación mas pronta a la vida productiva y finalmente los costos por los procedimientos disminuye en un 35% aproximadamente; nos estamos refiriendo a la laparoscopia ginecológica, no es la paneseca de la medicina, pero definitivamente es un método quirúrgico seguro y rápido en manos expertas, los costos por hospitalización se reducen en comparación con los procedimientos de cirugía abierta, el dolor postoperatorio es menor. **Objetivo.** Determinar la seguridad y eficacia de la laparoscopia ginecológica en procedimientos de urgencia. **Metodología.** Hemos realizado 457 laparoscopias ginecológicas, en distintas instituciones Nor-Occidentales del país (Hospital Militar Regional, Centro Medico Cemesa, Hospital del Valle, Hospital Vista del Valle, Clínica Monte de Sion, La Policlínica Hondureña, Hospital Leonardo Martínez Valenzuela, Hospital de Tela), en un periodo de 5 años. **Resultados.** Entre los procedimientos realizados tenemos: Histerectomía con y sin Salpingooforectomía: 348 casos; cistectomía:46 casos; miomectomía:24 casos;endometriosis:10 casos; embarazo ectópico:18 casos; adherenciolisis: 6 casos; Incontinencia Urinaria: 4 casos y reconstrucción vaginal: 1 caso. Dentro de las urgencias ginecológicas son en total 31 casos, desglosados de la siguiente manera:13 casos de quistes torcidos de ovario y 18 embarazos ectópicos. Con esta cantidad de cirugías realizadas nos hemos dado cuenta de los costos reales por cada una de las cirugías que no se realizo por laparoscopia, para las instituciones tanto privadas como del estado, donde se hubiera logrado ahorrar un 35% de los costos hospitalarios, y esto a su vez haber incrementado la utilización de esos recursos financieros en otros rubros. **Conclusiones/ Recomendaciones.** los procedimientos laparoscópicos ginecológicos son seguros en manos expertas, las urgencias ginecológicas como los quistes y embarazos ectópicos siempre y cuando la paciente se encuentre hemodinámicamente estable, se pueden realizar por vía laparoscópica. El ahorro a nivel institucional es evidente. Se recomienda que los nuevos programas de residencia para los ginecólogos nuevos contemplen la laparoscopia ginecológica.

22TL. PRIORIZACION DE LA INVESTIGACION EN LA FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS, UNAH, Y LA RED DE SERVICIOS DE SALUD DE HONDURAS. Jackeline Alger, Edna Maradiaga, Elizabeth Paguada, Eleonora Espinoza, Iván Espinoza, Mauricio Gonzales, Gustavo Moncada, Denis Padgett, Manuel Sierra. Unidad de Investigación Científica, Facultad de Ciencias Médicas, UNAH, Tegucigalpa.

Antecedentes. La priorización en la Facultad de Ciencias Medicas (FCM) UNAH deberá desarrollarse en función de los problemas prioritarios de

salud del país, necesidades institucionales y factibilidad técnica y financiera, a través de un proceso ampliamente participativo y periódico. **Descripción de la experiencia.** Utilizando el método Matriz de Estrategias Combinadas Tres Dimensiones (MEC3D, COHRED 2009), la Unidad de Investigación Científica (UIC) FCM UNAH, con la participación de docentes de los departamentos y unidades académicas, así como con profesionales de la red de salud del país, lidera el proceso de establecimiento de líneas prioritarias de investigación de la FCM. La MEC3D consta de una dimensión vertical de *salud pública* (carga de enfermedad, determinantes, nivel presente de conocimiento, costo-efectividad y flujo de recursos); una dimensión horizontal *institucional* (actores y acciones a nivel de individuo, familia, comunidad; Secretaría de Salud; otros sectores; macro políticas); y una dimensión transversal de *equidad*. En una reunión inicial se socializa la importancia de la priorización y el uso de la MEC3D. En reuniones posteriores se identifican líneas y temas prioritarios de investigación a través de un proceso de trabajo grupal, de discusión y consenso, para el establecimiento de una agenda de investigación. El llenado de la MEC3D es un trabajo grupal de varias semanas que facilita organizar gran cantidad de información sobre condiciones de salud para comparar e identificar donde se obtendrá mayor impacto en la salud de la población. **Lecciones aprendidas.** La definición de prioridades y el desarrollo de la capacidad para definir las son requisitos mínimos para que un sistema de investigación para la salud funcione bien. Un *sistema nacional de investigación para salud* es necesario en Honduras para optimizar los recursos y los resultados de la investigación. Se presentan los avances en la Agenda de Líneas y Temas de Investigación que ejemplifican la integración docente – asistencial, pregrado y posgrado, en la FCM.

23TL. ICTIOSIS ARLEQUIN: REPORTE DE UN CASO EN HONDURAS Y REVISION DE LA LITERATURA. Gustavo Adolfo Avila Montes,¹ María del Carmen Montoya,² Maura Carolina Bustillo,³ Doria Aracely Carrasco,¹ Cesar Rodríguez Maradiaga,³ Nicolle Carranza.³ ¹Departamento de Ginecología Obstetricia, Hospital Escuela, Secretaria de Salud, ²Fundación Teletón, Clínica de Genética, Tegucigalpa, Honduras, ³Programa de Residencia de Ginecología y Obstetricia Hospital Escuela/Universidad Nacional Autónoma de Honduras.

Antecedentes. Las genodermatosis ictiosiformes generalizadas forman un grupo clínico y etiológicamente heterogéneo de trastornos mendelianos de la cornificación caracterizados por hiperqueratosis y descamación de la piel. La ictiosis arlequin (IA) es la entidad más rara y severa de estas, que se presenta con un patrón hereditario autosómico recesivo. En la mayoría de los casos el pronóstico es fatal durante el primer año de vida. **Presentación del caso clínico.** Recién nacido masculino pretérmino de 29^o semanas de gestación, primogénito de padres no consanguíneos sin historia familiar de trastornos de la piel con un cuadro clínico característico de IA el cual murió a los cinco días de vida. No hubo tratamiento con drogas retinoides y no se le realizo autopsia. **Conclusión/Recomendaciones.** Se presenta el primer caso de IA publicado en Honduras con el objeto de profundizar en el conocimiento de esta patología, y presentar algunas recomendaciones a la comunidad médica del país. El diagnóstico prenatal de la IA sigue siendo muy difícil, pero puede ser posible en familias con un niño previamente afectado mediante biopsia cutánea fetal obtenidas después de las 19-23 semanas de gestación bajo fetoscopia o guía sonográfica. La consejería genética está orientada a proveer información sobre la naturaleza, herencia e implicaciones del trastorno genético a fin de ayudar a los padres a tomar decisiones personales basadas en el conocimiento científico.

24TL. COLECISTECTOMÍA LAPAROSCÓPICA EXPERIENCIA EN EL HOSPITAL MARIO CATARINO RIVAS DE SAN PEDRO SULA. ENERO 2008 – DICIEMBRE 2009. Marcial Alejandro Zúñiga,¹ Ingrid Melissa Peña.² ¹Cirujano General Catedrático, HMCR, ²Médico Infiere Servicio Social, UNICAH. San Pedro Sula, Honduras.

Objetivo. Analizar la experiencia de la Colectectomía Laparoscópica realizada en el Hospital Mario Catarino Rivas durante los años 2008-2009. **Metodología.** Se analizaron de forma retrospectiva 56 expedientes clínicos de pacientes que fueron sometidos a Colectectomía Laparoscópica de Enero 2008 a Diciembre 2009 en el Hospital Mario Catarino Rivas de San Pedro Sula. Se evaluaron los hallazgos, tiempo quirúrgico, porcentaje y causas de conversión, complicaciones y estancia hospitalaria. **Resultados.** Se revisaron 56 casos de Colectectomía Laparoscópica. Cincuenta y uno fueron mujeres (91.07%) y cinco hombres (8.93%) con edades de los 14 años a los 80 años. De estos casos 33 (58.93) fueron colecistitis crónica litiásica, 14 (25%) por colecistitis subaguda, 6 (10.71%) por colecistitis aguda, 2 (3.57%) por pólipo vesicular y 1 (1.79%) por coledocolitiasis. Se requirió de conversión en 6 casos. Solo hubo dos complicaciones (3.57%), una, durante el transoperatorio con perforación de la vesícula biliar (1.79%) y una en el posoperatorio de coleccion intraabdominal (1.79%). El tiempo operatorio promedio fue de 72.24 minutos con una moda de 60 minutos. La estancia hospitalaria fue de 1.87 día. **Conclusiones/Recomendaciones.** En los pacientes sometidos a Colectectomía Laparoscópica en el Hospital Mario Catarino Rivas se logran beneficios comparables a los de las series internacionales en función principalmente de la recuperación posoperatoria del paciente.

25TL. SINDROME DE TURNER. Gerardo Ismael Castro Martínez,1 Guillermo Villatoro Godoy,2 Lesby Espinoza Colindres.2 1Residente III año Pediatría. 2Endocrinología Pediátrica. Servicio de Endocrinología Pediátrica, Hospital Materno Infantil, Tegucigalpa, Honduras.

Antecedentes. El Síndrome de Turner es una anomalía en la integridad y/o ausencia parcial o total de un cromosoma X que define el genotipo y fenotipo de la niña portadora de dicho defecto e impacta en su crecimiento lineal, así como su capacidad reproductiva, por tener gónadas disgenéticas. Incidencia: 1:2500-5000 recién nacidas vivas, 55-60% son 45-XO puras y 40-45% son mosaicos cromosómicos. Pueden tener malformaciones renales en 60%, trastornos auditivos en 50% y defectos cardíacos en 30% de los casos. La talla final en el síndrome de Turner es unos 20cm. menor a la media. La pérdida de talla se inicia desde antes de nacer y se prolonga durante toda la infancia, haciéndose cada vez más evidente. El tratamiento con hormona de crecimiento mejora la talla final hasta en 10cm. Al llegar a la edad de la pubertad es necesaria la administración de estrógenos y progesterona para inducir la pubertad. **Descripción del cuadro clínico.** Paciente de 8 años referida por talla baja. Peso y talla al nacer desconocida. Otitis a repetición. Buen rendimiento escolar excepto dificultad en las matemáticas. Antecedentes familiares negativos. Al examen físico: peso: 15kg, talla: 108cm, P/A: 120/82. Ojos almendrados, paladar ojival, cuello corto, corazón con soplo sistólico en foco pulmonar, cubitus valgus, acortamiento del cuarto metacarpiano de ambas manos, pulsos de miembros superiores más fuertes que los inferiores. Pruebas de función tiroidea normales con anticuerpos antitiroideos negativos. Ecocardiograma: Coartación de la aorta. Ultrasonido de vías urinarias: riñón en herradura. Evaluación auditiva normal. Cariotipo en proceso. **Conclusiones/ Recomendaciones.** El diagnóstico de síndrome de Turner se sospecha basándose en una serie de signos clínicos, pero siempre es necesario hacer un análisis genético. Es muy importante que el diagnóstico sea precoz y determinar anomalías asociadas para brindar un manejo integral.

26TL. UNA NUEVA TENDENCIA DE LA GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA: LA GINECOLOGIA COSMETICA ES EN REALIDAD UN CONCEPTO NUEVO. Dr. Mario Roberto Pinto Romero. Ginecología y Obstetricia. Hospital Militar, Hospital Leonardo Martínez. San Pedro Sula, Honduras.

Introducción. El concepto de salud según la OMS: el estado completo de bienestar físico, psíquico y social, y no solo la ausencia de afecciones y en-

fermedades. El ginecólogo tiene la importante misión de proporcionar todo a su alcance para que sus pacientes (obstétricas y ginecológicas) disfruten del anhelado bienestar físico y psicosocial. El ginecólogo casi a diario, esta en contacto con los tejidos de las mamas, abdomen y área genital. Por qué no puede hacer una corrección y aspiración de dichos tejidos, e incluso por qué no lo puede transferir a otras zonas, para darle mejor apariencia a las regiones anatómicas donde trabaja?. Si hacemos cirugía genital curativa, corrección de cistocele, rectocele, prolapso uterino, histerectomía abdominal y vaginal, incontinencia urinaria de esfuerzo, cesáreas etc. ¿Por qué no dar un aspecto agradable a dicha zona abdominovulvovaginal, para que el efecto visual sea más agradable? Considerando los conocimientos anatómicos y fisiológicos, de la patología de esas áreas y la experiencia quirúrgica del ginecólogo. Se alcanza una curva de aprendizaje relativamente rápida en la aplicación de los principios quirúrgicos ginecológicos y la combinación de los principios quirúrgicos cosméticos. **Objetivo.** Determinar si la gineco-cosmetica es una tendencia nueva de la ginecología y obstetricia. **Metodología.** Recopilación de información a través de las sociedades de ginecosmetica de diferentes países del continente americano, tratando de determinar el origen de la ginecosmetica que es la aplicación y combinación de los principios quirúrgicos ginecológicos con los principios quirúrgicos cosméticos en un mismo evento, para que el resultado final sea curativo, correctivo y/o de mejoramiento corporal, logrando de esta manera que la mujer se sienta emocionalmente satisfecha y ginecológicamente curada. La Gineco-cosmética nace fusionando los dos aspectos más relevantes para una mujer: El conocimiento médico profundo y absoluto del universo femenino y la capacidad de otorgar un mejor servicio al complementar lo funcional con lo estético. **Resultados.** Hay sociedades de ginecosmetica en Argentina, Uruguay, Chile, Perú, Colombia, Brasil, Ecuador, México, Estados Unidos de América, donde se imparten cursos talleres para los ginecólogos que desean recibirlos, donde se les enseña las diferentes técnicas quirúrgicas de la ginecoscosmetica, dentro de los requisitos para asistir a los cursos es que deben de ser Ginecólogos -Obstetras, certificados por el colegio medico de su país. **Conclusiones/ Recomendaciones.** La ginecosmetica es realidad no es una tendencia nueva de la ginecología y la obstetricia, siempre ha estado dentro de cada uno de los cirujanos ginecólogos que tienen una actitud diferente ante el medio que nos rodea, es hacer los procedimientos bien y que también se vean bien, favoreciendo al final a todas nuestras pacientes ginecológicas y obstétricas. recomendaciones: tratar de incentivar a los demás colegas a que realicen este tipo de procedimientos quirúrgicos, en beneficio de sus pacientes.

27TL. MORBILIDAD DEL HIJO DE MADRE HIPERTIROIDEA. Lesby Espinoza Colindres, Guillermo Villatoro Godoy. Endocrinología Pediátrica. Hospital Materno Infantil, Tegucigalpa, Honduras.

Antecedente. Durante el embarazo el hipertiroidismo es el segundo padecimiento endocrinológico más frecuente después de la diabetes mellitus. Ocurre en una de cada 1000 embarazadas. La evolución del embarazo puede verse afectada, no solo en las mujeres con cuadro activo, sino en caso de enfermedad de Graves, aun en aquellas que han recibido tratamiento, ya sea quirúrgico o con yodo radioactivo. Los neonatos de estas madres pueden ser eutiroideos, hipo o hipertiroides. **Descripción de casos clínicos. Caso 1:** Masculino de 35 días de vida, madre con Enfermedad de Graves de 9 años de evolución, tratada con propiltiuracilo. Parto a las 30 semanas, APGAR 7 y 8, peso 1980 g, talla 45 cm y perímetro cefálico 30 cm. Examen físico: irritable, fontanela anterior <1 cm, exoftalmos bilateral, bocio grado 1b, frecuencia cardiaca: 168 x', temblor fino, piel pastosa y húmeda. T3: 600 ng/dL, T4: 24 µg/dL y TSH <0.004 uUI/ml, ATG <20 UI/ml, ATPO: 69.9 UI/ml. Tratamiento con propiltiuracilo hasta los 8 meses, actualmente con desarrollo psicomotor adecuado en tratamiento con 12.5 µg de Levotiroxina. **Caso 2:** Recién nacido masculino, madre hipertiroides,

tratamiento con Propiltiouracilo. Parto a término. Peso: 3540 g; talla: 52 cm; perímetro cefálico: 33 cm; frecuencia cardiaca: 140 x'. Bocio Grado 3. TSH: 2.8 uIU/ml; T4: 11.1 µg/dl; T3= 102 ng/dl. Anticuerpos antitiroideos negativos. Ultrasonido: tiromegalia generalizada. En evolución desarrollo psicomotor adecuado con hipotiroidismo subclínico en tratamiento con Levotiroxina 12.5 µg/día. **Conclusiones/Recomendaciones.** Todo hijo de madre con antecedente de enfermedad tiroidea autoinmune debe ser evaluado por endocrinólogo en los primeros días de vida para el reconocimiento precoz de eventual patología tiroidea.

28TL. PRÁCTICA DE LAVADO DE MANOS EN UN HOSPITAL DE AREA EN ZONA RURAL DE HONDURAS, CENTRO AMERICA, ENERO 2010 – ENERO 2011. Sandra M. Ramos,¹ Rodolfo Colindres,¹ Iván Espinoza,² Dennis Padgett,^{2,4} Jackeline Alger,^{2,4} Manuel Sierra,^{2,4} Maribel Rivera,³ Elham Mandegari,³ Marco Tulio Luque.³ ¹Médico General, Universidad Nacional Autónoma de Honduras (Médico en Servicio Social periodo 2010-2011); ²Unidad de Investigación Científica (UIC), Facultad de Ciencias Médicas (FCM), Universidad Nacional Autónoma de Honduras (UNAH); ³Sociedad Hondureña de Enfermedades Infecciosas (SHEI); ⁴Instituto de Enfermedades Infecciosas y Parasitología Antonio Vidal (IAV); Tegucigalpa, Honduras

Antecedentes. El lavado de manos es la medida más eficaz y económica para prevenir las infecciones. La UIC FCM UNAH, en colaboración con SHEI e IAV convocó a los Médicos en Servicio Social del período 2010-2011 a realizar un trabajo de investigación con el fin de contribuir al logro de las metas de la Secretaría de Salud enfocadas a la disminución de la incidencia de infecciones. **Objetivo.** Describir la práctica de lavado de manos del personal de salud del Hospital Anibal Murillo Escobar, Olanchito, Yoro. **Metodología.** Estudio operativo no experimental pre y post evaluatorio en Salas de Pediatría, Ginecología, Cirugía y Medicina Interna, en Octubre-Diciembre 2010. Se realizó evaluación de 1) insumos e infraestructura del hospital (inicial), 2) conocimientos y prácticas y técnica de lavado de manos (inicial, 1 y 2 meses post-intervención) y 3) tasa de cumplimiento de higiene de manos (inicial, 2 meses post-intervención). La intervención educativa consistió en charlas y demostraciones y medidas correctivas en insumos e infraestructura. **Resultados.** Se evaluaron 49 personas (26.5% médicos, 47.0% enfermeras, 26.5% otros). En la medición inicial, se encontró carencia de papel toalla en todos los lavamanos y de jabón en algunos; el 31.0% y 74.0% del personal refirió lavarse las manos siempre y reconoció su importancia en la transmisión de infecciones intrahospitalarias, respectivamente. Sin embargo, se observó que el personal no se apegaba a la secuencia recomendada de lavado, aspecto que se corrigió post-intervención.

La tasa de cumplimiento de lavado de manos fue 27.0% al inicio y 55.0% al final del estudio. **Conclusión/ Recomendaciones.** Aunque la tasa de cumplimiento de lavado de manos se duplicó después de la intervención (27.0% versus 55.0%), permaneció baja según los participantes debido a falta de insumos (24.0%) y sobrecarga de trabajo (26.0%). Es necesario y urgente fortalecer la práctica de higiene de manos en las unidades de salud de Honduras.

29TL. ENFERMERÍA COMUNITARIA: EXPERIENCIA EN DOS CENTROS DE ATENCIÓN PRIMARIA EN HONDURAS. Gustavo Adolfo Avila Montes,¹ Patricia Conde Garcia,² Lidia Montero Costas.³ ¹Región Metropolitana de Salud, Ministerio de Salud de Honduras, ²Hospital El Rosario, Madrid, España, ³Hospital General de Móstoles, Madrid, España.

Antecedentes. La enfermería comunitaria se define como el conjunto de conocimientos y habilidades que se aplican en la atención de las necesidades sanitarias de la comunidad y su familia en su medio normal, involucrando a las personas en el desarrollo de proyectos relacionados con la salud y el bienestar de la población. **Descripción de la experiencia.** Se describe una experiencia de enfermería comunitaria implementada en dos centros de atención primaria de Comayagüela realizada por un equipo de cooperantes españolas en el marco de la tercera rotación del Programa de Voluntariado Internacional de Fortalecimiento de la Enfermería. El objetivo fue el de fortalecer la práctica de la enfermería para: reforzar e intercambiar conocimientos y prácticas, desarrollar habilidades y destrezas en el personal de enfermería para proveer una atención con calidad y brindar atención domiciliaria a pacientes que se encontraban con limitaciones funcionales por: traumatismos medulares, pérdidas de miembros y pacientes encamados por causas de diversa índole que no podían acudir al Centro de Salud. En el Centro de Salud Sagrada Familia el personal de salud reaccionó con mucha apertura a esta modalidad de trabajo, interés en el aprendizaje de nuevas destrezas y habilidades, e incorporación activa en la visita domiciliaria; en cambio en el centro de salud Tres de Mayo, el personal mostró mucha resistencia a esa modalidad de ejercicio, poco interés en el aprendizaje e incorporación pasiva en la visita domiciliaria. **Lecciones aprendidas.** El enfoque de atención domiciliaria constituye un elemento clave para mejorar las condiciones de vida de las familias en situación desfavorecida. Para viabilizar esta estrategia es necesario el apoyo de organizaciones de base comunitaria articuladas con el sector salud y educativo. El cambio de actitud en el personal de salud es el factor clave para garantizar el éxito de este abordaje debiéndose enfatizar en el plan de estudios tanto de enfermería profesional como auxiliar el componente de atención domiciliaria.