

RESÚMENES DE TRABAJOS LIBRES

TL (Trabajo Libre)

1TL. ALTERACIONES METABÓLICAS EN PACIENTES PEDIÁTRICOS EN TRATAMIENTO ANTIRRETROVIRAL EN SEGUIMIENTO CLÍNICO EN LA CLÍNICAS DE ATENCIÓN INTEGRAL PEDIÁTRICAS DEL HOSPITAL NACIONAL DR. MARIO CATARINO RIVAS. Dra. Karen Sobeida Erazo Martínez, Pediatra, Centro de Atención Integral, Hospital Nacional Dr. Mario Catarino Rivas, San Pedro Sula.

Antecedentes: Las alteraciones morfológicas y metabólicas que aparecen en el curso de la infección y tratamiento con antirretrovíricos de gran actividad en pacientes con VIH, están superando la prevalencia en más del 50%. **Objetivos:** Caracterizar las alteraciones metabólicas presentes en niños y adolescentes en tratamiento antirretroviral. **Materiales y Métodos:** Se incluyen pacientes pediátricos con infección por VIH y/o SIDA en tratamiento antirretroviral en la Clínica de Atención Integral Pediátrica del Hospital Nacional Dr. Mario Catarino Rivas con alteraciones metabólicas, laboratoriales y/o clínicas captados de Marzo 2012 a Marzo 2013, realizando un primer corte en Junio 2012, de los cuales presentamos los resultados. Los datos son proporcionados por el paciente y/o encargado, previo consentimiento informado, se recogen en una ficha y se incorporan a una base de datos de epi info para su análisis estadístico. **Resultados:** 51 pacientes en la primera fase, 60% del sexo femenino, 45% entre 6-12 años, 15% mayor de 18 años. Se encontró que a mayor tiempo de uso del tratamiento, mayor presencia de alteraciones metabólicas, el 37% de los pacientes tienen más de 7 años de uso de ARV y el 66% con terapia de primera línea y el resto con terapia de rescate. El estado inmunológico y el estado virológico no parecen guardar relación con la presencia de alteraciones metabólicas, ya que 72% de los pacientes se encuentra sin inmunosupresión y 81% con carga viral no detectable. La categoría clínica más relacionada a alteraciones metabólicas es C3 en un 33%. El 19% de los pacientes tenían alguna alteración metabólica al inicio del tratamiento, en éste cohorte la más común es hipercolesterolemia (74%), seguida por Hipertrigliceridemia (37%). **Conclusiones:** Las alteraciones metabólicas se han convertido en uno de los mayores retos en el control y manejo de los pacientes con VIH y/o SIDA.

2TL. IMPACTO DE LA VACUNACIÓN CONTRA ROTAVIRUS EN LAS HOSPITALIZACIONES POR DIARREA EN EL INSTITUTO HONDUREÑO SEGURIDAD SOCIAL. Dr. Marco Tulio Luque, Dra. Martha Lidia Ferrari, Dra. Maribel Rivera, Dra. Patricia Nativi, Unidad de Infectología Pediátrica, Instituto Hondureño de Seguridad Social, Tegucigalpa.

Antecedentes: Rotavirus es la principal causa de las hospitalizaciones por diarrea a nivel mundial, en nuestro país se introdujo la vacuna monovalente Rotarix para su aplicación universal en febrero del 2009. **Objetivo:** de este reporte es analizar los datos de los menores de 5 años ingresados por diarrea en el Hospital de especialidades

del Instituto Hondureño de Seguridad Social de Tegucigalpa y evaluar el impacto de la vacunación universal contra Rotavirus en las hospitalizaciones por diarrea. **Materiales y Métodos.** Se analizaron los datos recolectados en la vigilancia de diarreas de los pacientes menores de 5 años hospitalizados en el Hospital de especialidades del Instituto Hondureño de Seguridad Social de Tegucigalpa durante el periodo del 2008 al 2011 y se compararon los datos de los periodos antes y después de la introducción de la vacuna contra rotavirus. (2008-2009 y 2010-2011). **Resultados:** Durante el periodo analizado se realizaron 24,106 hospitalizaciones en menores de 5 años en el Hospital de especialidades del Instituto Hondureño de Seguridad Social de Tegucigalpa de los cuales 1,747 (7.2%) fueron por diarreas y de estas 446 (25%) fueron positivas para Rotavirus. En el periodo 2008-2009 se hospitalizaron 982 casos de diarrea versus 765 hospitalizaciones en el periodo post vacuna 2010-2011. Observándose una disminución del 22% del total de diarreas y del 57% de diarreas positivas por Rotavirus en el periodo post vacuna (2010-2011). **Conclusiones:** Los datos demuestran una disminución de las hospitalizaciones por diarrea en el periodo posterior a la introducción de la vacuna. No hubo defunciones por Rotavirus durante el periodo de estudio.

3TL. PENTALOGIA DE CANTRELL. Dra. Tania Soledad Licona Rivera. Médico Residente 3 de Pediatría, Universidad Valle de Sula, Hospital Nacional Dr. Mario Catarino Rivas, San Pedro Sula.

Antecedentes: Entre los defectos congénitos más frecuentes de la pared abdominal, se encuentran la gastrosquisis y el onfalocele, caracterizados por presentar una eventración de vísceras a través de la pared. **La pentalogía de cantrell,** fue descrita por J. R. Cantrell en el año 1958 y afecta a 5.5 neonatos por millón. Es un síndrome congénito raro que incluye defecto en la pared abdominal ventral (frecuentemente onfalocele), ectopia cordis y anomalías cardíacas, defecto de la porción inferior del esternón, defecto del pericardio diafragmático y defecto del diafragma anterior. **Descripción del Caso:** Recién nacido de madre de 23 años, primigesta, sin antecedentes personales ni familiares de importancia, 35.5 semanas de gestación por fecha de última menstruación. Con tres controles prenatales sin ultrasonido. El parto fue vía vaginal se obtuvo recién nacido masculino, con APGAR 7 y 8 al primer y quinto minuto respectivamente. Al examen físico: onfalocele con hígado y bazo dentro del defecto, ectopia cordis, defecto de la porción baja esternal y defecto diafragmático inferior, fue valorado por cirujano pediatra, quien refirió se trataba de una Pentalogía de Cantrell y que el pronóstico era muy malo a corto plazo, debido a la complejidad del caso no se podía intervenir quirúrgicamente. Presentó falla ventilatoria desde el primer día de vida, se acoplo a ventilador mecánico y posteriormente se trasladó al Instituto Hondureño de Seguridad Social por ser de-rechobiente. Se le realizó ecocardiograma, encontrando: tronco arterioso común, obstrucción pulmonar, comunicación interauricular

(CIA), comunicación interventricular (CIV) grande y persistencia de los ductos arteriales. Debido a su gran compromiso cardíaco, el paciente falleció a los siete días. **Conclusiones:** Estos casos son de difícil manejo y deben ser atendidos en conjunto por neonatólogo, cardiólogo y cirujano pediatra. Entre más defectos estén asociados las probabilidades de vida disminuyen.

4TL. ENFERMEDAD DE KAWASAKI. SERIE DE CASOS.

Dr. Francisco Rodríguez Quiroz. Hospital de Especialidades del Instituto Hondureño de Seguridad Social.

Antecedentes: La enfermedad de Kawasaki es una enfermedad multisistémica, con vasculitis de pequeños y medianos vasos propia de lactantes y niños pequeños (80% de casos en menores de 5 años). **Objetivo:** Conocer las características clínicas y epidemiológicas de enfermedad de Kawasaki en el Hospital de Especialidades del Instituto Hondureño de Seguridad Social de Tegucigalpa. **Sujetos y Métodos:** Se realizó un estudio prospectivo de 41 niños con enfermedad de Kawasaki que se presentaron al Hospital de Especialidades del Instituto Hondureño de Seguridad Social desde el mes de Octubre 2006 hasta marzo del 2012, analizándose las características clínicas, demográficas, geográficas, tratamiento y evolución. **Resultados:** Predominó el sexo femenino en un 63%, grupo más afectado de 1 a 5 años en un 66%, la mayoría procedían de Tegucigalpa y Comayagüela, 59% de clase media. Un 20% tenía más de 10 días de fiebre. No es usual la leucopenia ni trombocitopenia pero hubo un caso en cada uno de ellos por lo que se descartó dengue. 22% presentaron alteraciones cardiovasculares como dilatación de coronarias y derrame pericárdico. Todos recibieron gammaglobulina intravenosa a 2 g/kg dosis única y aspirina a 80 mg/día y en 4 casos se aplicó una dosis de metilprednisolona a 30 mg/kg a las 48 horas de persistir la fiebre después de la gammaglobulina. **Conclusión:** La enfermedad de Kawasaki se presenta con mayor frecuencia en menores de 5 años, predomina sexo femenino. Al no sospechar el diagnóstico se retrasa el mismo lo que acarrea mayor riesgo de complicaciones cardiovasculares. Idealmente la Gammaglobulina intravenosa y aspirina se debe dar antes de los 10 días, sin embargo aunque haya pasado más tiempo como algunos casos que tenían hasta tres semanas evolucionaron satisfactoriamente con el tratamiento.

5TL. MICETOMA TORÁCICO EN UN PACIENTE PEDIÁTRICO.

Dr. Marco Tulio Luque,¹ Pediatra Infectólogo. Héctor Antúnez,² Patólogo, Anai Nuñez.³ Instituto Hondureño de Seguridad Social, Tegucigalpa.

Antecedentes: El micetoma es un síndrome anatómico-clínico inflamatorio crónico, afecta principalmente miembros inferiores y por lo general está relacionado a un trauma previo. Puede ser producido por hongos o por actinomicetos. **Caso Clínico:** Paciente masculino de 8 años de edad procedente de Tegucigalpa, Honduras con historia de dos semanas de evolución de presentar masa en hemitórax izquierdo, con aumento de tamaño progresivo y doloroso al movilizar el miembro superior izquierdo, presenta hipoxia de igual evolución acompañado de pérdida de peso, fiebre de 39 grados de dos días de evolución, niega antecedente de trauma. Al evaluar al paciente se observa masa en área de glándula mamaria izquierda de

8 cm x 8 cm con leve dolor a la digito presión y dolor a la movilidad de miembro superior izquierdo. No se encontraron adenopatías, ni hepatoesplenomegalia ni masas palpables en otras áreas, ni sintomatología respiratoria. En sus exámenes de laboratorio se encontró marcada leucocitosis de 21,790 con 16,430 neutrófilos, plaquetas 567,000. TAC de Tórax se observa una masa intra y extra torácica en hemitórax izquierdo. El diagnóstico se realizó por histopatología. Fue tratado con amoxicilina más clavulanato presentando una evolución satisfactoria. **Conclusión:** Los micetomas en Latinoamérica son producidos principalmente por *Nocardia brasilienses*, son raros en la edad pediátrica. El diagnóstico se hace mediante la comprobación de las formas parasitarias denominadas granos o gránulos.

6TL. NO TODA CONVULSION ES EPILEPSIA. NEUROCISTICERCOSIS MÚLTIPLE EN PEDIATRÍA.

Dr. Mario Hernández,¹ Residente de II año del post grado de Pediatría,¹ Dr. Jorge Villacorta,² Pediatra, Dr. Morgan Medina,³ Neurólogo Pediatra, Hospital Nacional Dr. Mario Catarino Rivas, San Pedro Sula.^{1,2,3.}

Antecedentes: En nuestro país, se desconoce el verdadero impacto de la cisticercosis humana, con el apoyo de estudios de imagen, se conoce más de neurocisticercosis; en 1994 se realizó un estudio en donde se detectaron 304 casos de neurocisticercosis, 44 correspondían a niños. **Descripción del Caso:** El presente caso trata de paciente femenina 32 meses de edad, procedente de Lapaera, Lempira con historia 5 días de evolución de crisis convulsivas focalizadas al hemisferio derecho, con duración aproximada de tres minutos, presentándose hasta tres eventos por día, sin pérdida de conciencia, oculógiros, sialorrea, ni relajación de esfínteres, tratada en Hospital Regional como Epilepsia Frontal. Nuestra paciente no presentaba ninguna mejoría clínica, ni más deterioro clínico ni neurológico, por lo que se realizaron estudios de imagen pertinentes. Se efectúa TAC cerebral, donde reporte señala lesión nodular con edema perilesional en región frontal izquierda, interpretada por médicos especialistas que refieren que se puede tratar de Proceso Ocupativo vs. Malformación Vascular. En estos momentos nuestra paciente persistía con episodios de convulsiones focalizadas por lo que se solicita resonancia magnética cerebral y el reporte describe que se trata de Neurocisticercosis en etapa quística múltiple con edema cerebral perilesional. Con los hallazgos clínicos, laboratoriales y de neuroimagen, compatibles con neurocisticercosis cerebral múltiple continúa su tratamiento con anticonvulsivantes y esteroides sistémicos, siendo la evolución de la paciente satisfactoria durante su estancia intrahospitalaria, dándose alta médica, con citas a Consulta Externa de Pediatría y Neurología Pediátrica para continuar su tratamiento. **Conclusión:** Transmitir un mensaje a los médicos que no todo Síndrome Convulsivo se deberá diagnosticar y tratar como Epilepsia, y recomendamos el uso adecuado de los recursos de imagen y laboratoriales que tenemos disponibles en nuestro medio.

7TL. ASPIRACION DE CUERPOS EXTRAÑOS EN PEDIATRÍA.

Dr. Julio César Ortega Iglesias. Neumólogo Pediatra, Hospital Nacional Dr. Mario Catarino Rivas, San Pedro Sula.

Antecedentes: El concepto de "Sospecha Fundada de Aspiración de Cuerpo Extraño" introducido en la Escuela Mexicana de Neumo-

logía Pediátrica por el Maestro de Generaciones Dr. Lorenzo Felipe Pérez Fernández, permite a los médicos tener en consideración esta posibilidad cuando nos enfrentamos al diagnóstico y tratamiento de un niño con problemas respiratorios con cualquier sintomatología y /o signología, distintos hallazgos radiológicos y con evoluciones de su enfermedad aguda o crónica. **Objetivo:** Determinar las características clínico epidemiológicas y factores de riesgo de pacientes con broncoaspiración de cuerpos extraños. **Materiales y Métodos:** Se llevó a cabo estudio prospectivo descriptivo en los servicios de Pediatría del Hospital Nacional "Dr. Mario Catarino Rivas" de San Pedro Sula, Honduras de Enero de 1996 al 30 de Abril del 2012. Se incluyeron todos los pacientes en edades pediátricas de 0 a 13 años que ingresaron con sospecha fundada de aspiración de cuerpo extraño. Predominaron en esta serie de 172 casos. **Resultados:** Sexo masculino (60 %), el 70% estuvieron en el rango de 1 a 5 años de edad, tiempo de aspiración menor de una semana de evolución (64%), la radiografía de tórax normal como hallazgo radiológico predominante (37%), las semillas como el cuerpo extraño más frecuentemente extraído (76%), siendo la broncoscopia rígida el procedimiento más utilizado para su extracción (93%). Se identificaron como factores de riesgo a) cuerpo extraño en menor de un año de edad b) cuerpo extraño de origen vegetal, por su potencial de edematizarse c) cuerpo extraño en posición subglótica y d) incapacidad de extraer el cuerpo extraño en la primera broncoscopia. **Conclusiones:** Pretendemos con la publicación de nuestra experiencia dar a conocer las características de los niños con bronco aspiración de cuerpo extraño para poder establecer protocolos que fortalezcan el manejo apropiado .

8TL. RESPUESTA DE LA TERAPIA ANTIRETROVIRAL EN NIÑOS CON INFECCIÓN POR VIH-1. Dr. Mario Hernández, Médico Residente de II año de Pediatría,¹ Universidad Valle de Sula / Hospital Nacional Dr. Mario Catarino Rivas, Dr. Luis Enrique Jovel López Pediatra,² Hospital Nacional Dr. Mario Catarino Rivas, San Pedro Sula.

Antecedentes: En el mes de julio de año 2003 se inició el Tratamiento Antirretroviral de Gran Actividad por parte de la Secretaría de Salud en Honduras a los niños(as) infectados por el VIH. El seguimiento de estos pacientes se realizaba clínicamente y con exámenes de laboratorio como hemograma y química sanguínea, el conteo de CD4 y carga viral se inició en el 2005 y partir del 2008 se realizan como norma cada 6 meses y cuando el caso lo amerita en menor tiempo. **Objetivo:** Conocer la respuesta terapéutica de los niños(as) con infección por el VIH-1. **Materiales y Métodos:** Corte transversal, en el cual se tomaron los datos clínicos y laboratoriales de expedientes de los pacientes tratados en el Centro de Atención Integral del Hospital Nacional Dr. Mario Catarino Rivas en el periodo de enero 2009 a diciembre 2011. Se consideró la clasificación de CDC para la valoración clínica e inmunológica. Se consideró carga viral no detectable la menor de 50 copias/ml a los 6 meses de iniciado el tratamiento antirretroviral y como entre 50-500copias/ml no suelen tener significado clínico, se consideraron también como no detectables. La adherencia se considera buena si el cumplimiento de las tomas fue de un 95%. La información se procesó en el

programa Epi Info versión 7, el análisis se realizó con frecuencias, porcentajes y medidas de tendencia central. **Resultados:** Se analizaron 338 expedientes, encontrando una eficacia terapéutica total del 80.2%. En el esquema terapéutico de segunda línea se encontró falla del 2.9% y actualmente hay 2 pacientes en esquema de tercera línea sin falla terapéutica. La causa más frecuente de falla terapéutica es la mala adherencia 73.9% y por resistencia en un 10.1%. **Conclusiones:** La mala adherencia es un factor importante para mantener la eficacia terapéutica, aunque en nuestro estudio no fue estadísticamente significativa.

9TL. PREECLAMPSIA SEVERA MANEJO CONSERVADOR. Dr. José Heriberto Palencia Franco. Gineco-Obstetra. Hospital Nacional Dr. Mario Catarino Rivas, San Pedro Sula.

Antecedentes: Preeclampsia severa se define como presión diastólica >110mmg con proteinuria cualitativa, >0 = a ++ muestras de orina al azar colectadas en un intervalo de 4 horas o cuantitativas >2 g/ 24 horas o la presencia de alteraciones multiorgánicas. Mas las complicaciones maternas gineco obstetras y fetales perinatales. En las últimas décadas se está empleando el manejo conservador de la preclampsia severa para buscar beneficios para feto pretérmino sin comprometer la vida de la madre. **Objetivo.** Utilizar esteroides para inducción de la madurez pulmonar fetal y la prolongación del embarazo para mejorar sobrevida neonatales y vigilancia en las complicaciones maternas. **Sujetos y Métodos:** Estudio observacional, transversal, prospectivo, se incluyeron pacientes entre 20 a 36 semana de gestación con preeclampsia severa, ingresadas en la sala de medicina materno-fetal del Hospital Nacional Dr. Mario Catarino Rivas de Marzo del 2010 a Junio 2011 para manejo conservador, se incluyeron 34 pacientes **Resultados:** 44.1% entre 25 a 34 años, 41.2% tenían uno a dos hijos, 67.6% con 30-34 semanas gestacionales y 14,7% más de 35 semanas, en el 64,7% se interrumpió el embarazo por deterioro materno, el 50% recibió manejo conservador menor a una semana y un 17,6% entre 3-4 semanas, el 58,8% de los recién nacidos nacieron sin complicación, un 2,9% murieron. La condición del recién nacido y 30 días después del parto guarda relación directa con el tiempo de manejo conservador y la edad gestacional al momento de la interrupción del embarazo. **Conclusión:** Las embarazadas que ingresan con presión diastólicas de <110 y sistólica < 160 se complicaron más rápido y el tiempo de manejo conservador fue más corto. Proteinuria en 24 horas mayores de 2 gramos no influyo en la causa de terminación del embarazo.

10TL. HISTERECTOMIA ABDOMINAL EN EL HOSPITAL REGIONAL DE OCCIDENTE. Dr. Carlos Claudino, Dra Claudia Montoya, Ginecobstetricia, Hospital Regional de Occidente, Santa Rosa de Copán.

Antecedentes: La histerectomía obstétrica de emergencia es la resección parcial o total del útero, realizada de manera no programada por complicaciones del embarazo, parto o puerperio o enfermedades preexistentes. **Objetivo:** Determinar la incidencia, características clínicas, causas y complicaciones de la histerectomía

obstétrica de emergencia. **Materiales y Métodos:** Se realizó una investigación observacional, tipo cohorte retrospectiva en el servicio de ginecoobstetricia del Hospital Regional de Occidente de Santa Rosa de Copan, Honduras en los años 2005 al 2009 **Resultados:** La Frecuencia de histerectomía obstétrica de emergencia en los cinco años fue de 0.11% en un total 36 histerectomía obstétrica de emergencia en 31,898 eventos obstétricos. El 72% de las pacientes tenían historia de cesárea, en el 56% de los casos se practicó una cesárea -histerectomía, el 62% de las histerectomía obstétrica de emergencia en el puerperio fue posterior a una cesárea, el riesgo de histerectomía obstétrica de emergencia cesárea vrs. parto fue de OR 11.78 (4.78 – 29.76), IC 95%, p 0.00000000, las tres principales indicaciones fueron rotura uterina, atonía uterina y acretismo placentario; el 64% de las pacientes habían sido manipuladas por un médico previo al ingreso al hospital, múltiparas en más del 50% de los casos, el 53% sin control prenatal, las complicaciones más frecuentes fueron anemia, infección respiratoria y lesión de la vía urinaria y la letalidad fue del 6%. **Conclusión:** Las complicaciones maternas que llevan a una histerectomía obstétrica de emergencia son causa de una alta mortalidad perinatal. **Recomendaciones:** capacitar a parteras y médicos generales que brinda sus servicios primarios a embarazadas. Entrenar e incentivar a los ginecoobstetras en la realización de medidas intervencionista para el control de la atonía uterina antes de la decisión de la histerectomía obstétrica de emergencia. Revisar la indicación de cesárea en el Hospital Regional de Occidente para evitar procedimientos innecesarios

11TL. RECANALIZACIÓN TUBÁRICA POSTERIOR A SALPINGOCLASIA BILATERAL. EN EL OCCIDENTE DE HONDURAS. Dr. Heriberto Rodríguez Gudiel, Gineco-Obstetra, Hospital Materno Infantil, Tegucigalpa

Antecedentes. La ligadura de trompas, es un método de planificación familiar muy utilizado, a nivel mundial. En 1990 se calculaba que había 191 millones de usuarias, 22% de ellas pertenecientes a países en vía de desarrollo y 17% a países desarrollados. Aunque la cirugía se ofrece como un método definitivo, pueden surgir necesidades de re canalización tubárica. **Objetivo:** describir los resultados en fertilidad de la recanalización microquirúrgica de la ligadura de trompas y las causas de su solicitud. **Sujeto y Métodos:** Se realizó un estudio de cohorte descriptivo de seguimiento, entre enero de 1994 y Marzo de 2012, a 127 pacientes se les practicó reversión de su ligadura de trompas, utilizando técnica microquirúrgica. Se incluyeron pacientes entre 28 y 42 años, progesterona mesoluteínica mayor de 15 ng/ml, longitud útil de trompas mayor de 3 cm a la laparoscopia diagnóstica, espermograma y prueba postcoito normales. Se excluyeron pacientes esterilizadas con fimbriectomía. El análisis estadístico se realizó mediante el programa SPSS. **Resultados:** Las principales indicaciones para solicitar reversión fueron nueva unión (70%), deseo de más hijos (24%), muerte de hijos (4%); razones psicológicas (2%). Se siguieron por más de dos años 39 pacientes. La tasa global de embarazos fue del 79,5% (31/39), de las cuales el 19,4% se embarazó dos veces (06/31). Tasa acumulada de embarazos máxima a los 18 meses. Tasa de partos 83%

(75/115) con 77 nacimientos. Tasa de abortos 10.8% (4/37), óbito fetal 2.7 (1/37). Y tasa de ectópicos 5,4% (2/37). **Conclusiones:** la reversión de la ligadura de trompas con técnica microquirúrgica es una opción para recuperar la fertilidad en pacientes que se han sometido previamente a ligadura turbaria, con longitud proximal de trompas mayor de 3 cm y sin presencia de otros factores de infertilidad asociados.

12TL. ANESTESIA PERIDURAL PARA ABORDAJE DE MÍNIMO ACCESO EN CIRUGÍA DE DISCOPATÍA DE COLUMNA LUMBAR.

Dra. María Eugenia Interiano, Anestesióloga, Hospital del Valle, San Pedro Sula

Antecedentes: El dolor de espalda baja es la causa más frecuente de consulta médica y la hernia discal la afección más común, de los cuales 15% de esta afección es quirúrgica, de allí la importancia de realizar una técnica quirúrgica y anestésica que resuelva la patología con mínima agresión y riesgo, recuperación precoz, menor dolor postoperatorio y que el paciente vuelva a la vida activa precozmente. **Objetivos:** Demostrar que la anestesia peridural fraccionada y dosis bajas puede ser una alternativa para la realización de esta técnica quirúrgica. **Sujetos y Métodos:** 60 pacientes fueron sometidos bajo anestesia peridural a cirugía de hernia discal lumbar, los pacientes recibieron 2 mg de Midazolam previo a la punción, se le colocó un catéter peridural, se puncionó dos niveles por sobre el disco patológico avanzando catéter aproximadamente a 12 mm, todos recibieron randomisadamente una dosis de prueba de Lidocaína al 1% con epinefrina 3 ml y luego se les colocó 5 ml de una mezcla de Bupivacaina simple al 5% 25 mg, Fentanyl 100 mcg, y lidocaína al 2% con Epinefrina 60 mg= 10 ml; el paciente se colocó en posición decúbito prono y a continuación se les aplicó 3 ml más de la mezcla, se les evaluó confort y aceptación del método, dolor por escala visual análoga, sangrado, tiempo operatorio, costos y complicaciones. Los pacientes sometidos a esta técnica presentaron menor incidencia de sangrado; tolerancia del procedimiento; costos menores comparados con anestesia general para el mismo procedimiento, menos dolor y complicaciones y movilización temprana. Se permitió corroborar la concordancia de la sintomatología dolorosa radicular, porque el paciente está consciente. **Conclusiones:** La anestesia peridural es una técnica atractiva para aquellos casos donde las demás alternativas fallaron, con menos complicaciones y puede considerarse como una técnica alternativa para el manejo quirúrgico de la discopatía lumbar.

13TL. DEFINICIÓN DE PRIORIDADES DE INVESTIGACIÓN: EXPERIENCIA EN LA FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS UNAH Y LA RED DE SERVICIOS DE SALUD DE HONDURAS, 2008-2012.

Dra. Jackeline Alger,¹⁻³ Dra. Edna Maradiaga,^{1,3} Lic. Elizabeth Paguada,¹ Dr. Gustavo Moncada,¹ Dra. Sonia Flores,⁴ Dra. Odessa Henríquez.⁵ ¹Unidad de Investigación Científica, Facultad de Ciencias Médicas (FCM), UNAH;² Servicio de Parasitología, Departamento de Laboratorios Clínicos, Hospital Escuela, MOH; ³Instituto de Enfermedades Infecciosas y Parasitología Antonio Vidal; ⁴Postgrado de Rehabilitación, FCM UNAH; ⁵Instituto Nacional Cardiopulmonar, MOH; Tegucigalpa, Honduras.

Antecedentes: La investigación es una herramienta eficaz para impulsar salud y desarrollo. La definición de prioridades y el desarrollo de capacidades para definir las son requisitos mínimos para el éxito de un sistema de investigación. A continuación se describe la experiencia de la Facultad de Ciencias Médicas, Universidad Nacional Autónoma de Honduras y la red de servicios de salud de Honduras en el periodo 2008-2012. **Descripción de la Experiencia:** En el 2008, se constituyó la CIIS con el propósito de generar el SINIS de Honduras. La Facultad de Medicina hizo un llamado para la definición de prioridades de investigación a departamentos y unidades académicas, así como a unidades de salud de la red de servicios de salud. Se concertaron reuniones para explicar la importancia de la definición de prioridades, compartir la política de investigación de la Facultad de Medicina, describir la experiencia en otros países, ilustrar el uso de herramientas como la matriz de estrategias combinadas y la matriz de criterios de ponderación, identificar líneas y temas/subtemas de investigación mediante trabajo grupal, elaborar agenda de investigación e identificar prioridades mediante reducción y ponderación de la agenda. Al año 2012, se realizaron reuniones con 27 unidades, 15 (55.6%) de la Facultad de Medicina (pregrado y postgrado, carreras de medicina y enfermería), 1 (3.7%) otras facultades de la Universidad Nacional Autónoma de Honduras, 8 (29.6%) Secretaría de Salud y 3 (11.1%) otras instituciones. El desarrollo incluyó hasta explicación de la importancia y herramientas para definición de prioridades (66.7%), elaboración de agenda de investigación (22.2%) y ponderación de la agenda (11.1%). **Lecciones aprendidas:** La definición de prioridades de investigación institucionales debe fortalecerse con miras a ser la base de las políticas y prioridades del sector salud para el desarrollo del SINIS de Honduras.

14TL. FACTORES ASOCIADOS A RETINOPATÍA EN PACIENTES DIABÉTICOS TIPO 2 EN EL HOSPITAL EL PROGRESO, HONDURAS, C.A. Dr. Jaime Hall Martínez¹, Dra. Cesia Gallegos Kattán² Dr. Jaime Hall Reyes,³Médico Internista¹, Médico General^{2,3}, Hospital de El Progreso Yoro.

Antecedentes: La diabetes mellitus mundialmente, es la causa principal de ceguera en menores de 60 años y seguirá aumentando a menos que ocurra una mejoría en el cuidado médico fundamentalmente en el aspecto preventivo. **Objetivo:** encontrar los factores asociados al desarrollo de retinopatía diabética. **Sujetos y Métodos:** Se realizó un estudio descriptivo transversal de octubre del 2008 a Febrero de 2009 en los pacientes que son atendidos en la clínica de diabéticos del Hospital El Progreso. El muestreo se realizó al azar de un total de 2500 pacientes inscritos, se excluyeron los pacientes con diabetes mellitus tipo 1 y fueron valorados por un retinólogo. El riesgo de ceguera se definió según la escala internacional de retinopatía diabética. Se investigaron factores asociados a retinopatía como tiempo de evolución y edad de debut de la enfermedad, nivel de HbA1C, hipertensión arterial y su relación con ceguera. **Resultados:** De los 25 pacientes que se encontraron con riesgo de ceguera, 16% tenían una evolución menor de 5 años, 80% entre 6 y 20 años de evolución y 4% con más de 20 años de evolución. Entre los pacientes con HbA1c<7% el 11.7% y con HbA1c≥7% el 15.2% tenían riesgo de ceguera. De los pacientes hipertensos,

87.1% no presentaron riesgo de ceguera. **Conclusiones:** La población que asiste a la clínica de diabetes tiene una prevalencia alta de riesgo de ceguera por diabetes mellitus. Los factores tradicionalmente asociados objeto de este estudio, demostraron resultados esperables. El control metabólico y el tiempo de evolución se confirmaron como factores agravantes de riesgo de ceguera.

15TL. TRATAMIENTO PERCUTÁNEO DE PUENTES MUSCULARES CORONARIOS. Dr. Francisco Somoza, Cardiólogo Intervencionista y Hemodinamista, Hospital CEMESA, San Pedro Sula.

Antecedentes: Los puentes musculares coronarios han sido objeto de discrepancia en los últimos años, sobre todo, en la terapia endovascular por las manifestaciones hemodinámicas que generaban y que deberían ser manejados medicamente, posteriormente se estableció, que la cirugía de corazón abierto, podría ser una alternativa, para liberar de la fibra de músculos la arteria descendente anterior, la que principalmente está afectada. Con el advenimiento de la terapia endovascular, nuevas técnicas y mejoras notables en los Stent, como los Stents medicados y las técnicas de superposición de Over Lapping de Stent, se ha iniciado un programa en Honduras de terapia endovascular en puentes musculares. **Objetivo:** Evaluar los resultados clínicos y angiográficos en pacientes con puentes musculares coronarios sintomáticos refractarios a fármacos tratados con la implantación de stents. **Materiales y Métodos:** Se revisó base de datos del Hospital CEMESA de Enero del 2006 a Marzo del 2012, se incluyeron pacientes sintomáticos coronarios con diagnóstico angiográfico de puente muscular coronario y que fueron sometidos a implantación de stents, se realizó seguimiento clínico post-procedimiento y eco-stress al año del procedimiento. **Resultados:** Se encontraron 47.31 (65.96%) manejados con calcio antagonistas y/o betabloqueadores y 16 (34.04 %) con implantación de stents, previo a la administración intracoronaria de verapamil con poca respuesta al fármaco y con alto grado de colapso sistólico y diastólico. Las manifestaciones clínicas de los pacientes intervenidos fueron: 1) angina estable, 2) angina inestable y 3) con infarto agudo del miocardio. El 100% de los pacientes intervenidos, el puente muscular se localizaba en el tercio medio de la arteria coronaria descendente anterior. Se encontró placa ateromatosa dentro del puente en 10 de los casos. 10 pacientes tenían colapso sistólico mayor a 75%. **Conclusión:** En pacientes con puentes musculares coronarios, con poca respuesta a manejo médico con alto porcentaje de colapso vascular, el tratamiento percutáneo con stents es un tratamiento efectivo alternativo al quirúrgico.

16TL. RELACIÓN ENTRE EL CONTROL GLUCÉMICO Y COMPLICACIONES MICROANGIOPÁTICAS EN PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO 2 DEL HOSPITAL EL PROGRESO, HONDURAS. Dra. Cesia Gallegos Kattán,¹Dr. Jaime Hall Martínez,²Dr. Jaime Hall Reyes,³ Dra. Josette Bogantes Rojas,⁴ Dra. Karen Guillén Robleda,⁵ Lic. Gloria Sorto Maldonado,⁶Médico General ^{1,3,4,5}, Médico Internista², Licenciada de Enfermería⁶

Antecedentes: El control de la diabetes mellitus elimina síntomas, evita complicaciones agudas y disminuye la incidencia y progresión de las complicaciones crónicas microvasculares. Una reducción de

1% de la Hemoglobina glucosilada (HbA1c), disminuye 21% las muertes asociadas a diabetes y 37% las complicaciones microvasculares. **Objetivo.** Caracterizar la relación entre el control glucémico y la aparición de complicaciones microangiopáticas en los pacientes atendidos en el Hospital Regional El Progreso. **Sujetos y Métodos:** Se realizó un estudio descriptivo transversal de octubre 2008 a febrero del 2009, utilizando un muestreo aleatorio de los 2,500 pacientes atendidos en la clínica de diabetes, se incluyeron 186 pacientes con diabetes tipo 2, excluyeron los portadores de diabetes mellitus tipo1. Se evaluaron los niveles de HbA1c en relación a la aparición de daño renal, neuropatía periférica y autonómica, retinopatía y riesgo de ceguera. **Resultados:** Se obtuvo HbA1c mayor de 7% en 50% de los pacientes estudiados, entre los cuales se encontraron además los siguientes resultados: a) Proteinuria normal en 6,5%, microalbuminuria en 72% y macroalbuminuria en 21,5%. b) Polineuropatía sensitiva superficial presente en 66,3% c) Neuropatía autonómica presente en 78,2% d) Retinopatía de alto riesgo de ceguera en 15,2%, comprobándose así la relación lineal que existe entre un adecuado control glucémico en diabetes mellitus y la presencia de complicaciones microangiopáticas, las cuales fueron influenciadas positivamente por un adecuado control glucémico. **Conclusión:** Un buen control metabólico, medible en la hemoglobina glucosilada (HbA1c), es un elemento fundamental en la prevención de las complicaciones crónicas microvasculares diabéticas.

17TL. CIERRE CON TERAPIA ENDOVASCULAR DE COMUNICACIÓN INTERAURICULAR Y FORAMEN OVAL PERMEABLE, CON ABSOLUTA INDICACIÓN. Dr. Francisco Somoza, Medicina Interna, Cardiología, Intervencionista y Hemodinámica, Hospital CEMESA, San Pedro Sula.

Antecedentes: En el año 2005 se comenzó a realizar procedimientos endovasculares en el Hospital CEMESA, el tipo cierre de comunicación interauricular, ductos arteriosos permeables, y foramen oval permeable, esta con la colaboración de la Fundación Ruth Paz, Amigos de Bernabé y el Hospital Texas Heart Dallas Institute. **Descripción de la Experiencia:** En relación a los niños, han sido 36 varones y 42 niñas, sometidos en dicho procedimiento; y en adultos 15 mujeres y 7 varones. No hemos tenido ningún caso de mortalidad, ni tampoco hemos tenido necesidad de enviar ningún paciente de urgencia a cirugía por desplazamiento por mal implante del dispositivo. Si ha habido necesidad de enviar 7 pacientes a cirugía debido a que no estaba indicado el Amplatzer en estos casos debido a la gravedad de la comunicación interauricular que era muy amplia. No hemos tenido ningún caso de arritmias ventriculares, ni tampoco hemos tenido casos de Choque Cardiogénico. En el seguimiento, todos los pacientes permanecen en buenas condiciones y ha habido necesidad de seguir con protocolo de anticoagulación con Clopidogrel y Aspirinina por 2 ó 3 meses, y algunos pacientes hasta por 1 año, dependiendo de la severidad y el tamaño del Dispositivo. No se volvió a encontrar un paciente con Implante de Dispositivo, dato de Embolismo Cerebral, o Isquemia Cerebral Transitoria o Sincopes y Disnea. **Lecciones Aprendidas:** El éxito en los pacientes que si se pudieron intervenir, fue de un 100%, obviamente excluimos a los pacientes que han sido de cirugía por no ser Aptos para dicho protocolo que fueron de 8 pacientes enviados, en total 2 adultos y 6 niños.

18TL. ENFERMEDAD DE PAGET MAMARIA: PRESENTACION DE UN CASO Y REVISIÓN DE LA LITERATURA Dra. Cinthia Gisela Espinoza Alvarado. Dermatóloga, Centro Médico Santa Rosa, Santa Rosa de Copán, Honduras.

Antecedentes. La enfermedad de Paget es un adenocarcinoma intraepidérmico el cual puede ser mamario o extramamario. La variante mamaria se presenta en la quinta década como una placa bien delimitada eritematosa o escamosa la cual afecta el pezón y/o la areola, puede tener exudados y vesículas al inicio y luego presentar sangrado, ulceración, dolor y prurito. Hasta en un 50% de los casos puede palparse una masa el cual representa un carcinoma invasivo hasta en el 94% y de estos la mitad puede tener metástasis axilar. La extramamaria es muy rara y tiene predilección por áreas con glándulas apócrinas como vulva, región perianal y axilas. **Caso Clínico.** Mujer de 62 años, procedente de Naranjito Santa Bárbara con historia de un año de evolución de presentar lesión en areola de mama derecha. Ha recibido múltiples tratamientos tópicos y orales sin mejoría alguna. Al examen físico presenta una lesión tipo placa escamosa seca de 5x4 cm de diámetro, afectando el área total de la areola y pezón, el cual se encuentra totalmente retraído, refiere prurito y secreción serosanguinolenta de manera ocasional. No se palpan masas en ambas mamas ni en axilas. Se sospecha enfermedad de Paget mamaria por lo que se realiza biopsia la cual confirma el diagnóstico, además se realizó rayos x de tórax y ultrasonido de mama los cuales fueron normales y mamografía la cual hace evidencia de una lesión nodular en la mama afectada. El tratamiento es la mastectomía total y los pacientes pueden tener una sobrevida de hasta un 90% a los 5 años de la cirugía pero disminuye en los pacientes con masas en mama. **Conclusión.** La enfermedad de Paget es una entidad mortal. Realizar el diagnóstico es muy difícil por los múltiples diagnósticos diferenciales pero hacerlo a tiempo aumenta la sobrevida de los pacientes.

19TL. ANTIBIÓTICOS EN RINOSINUSITIS. ESTUDIO SPEED: EXTIRPACIÓN DE PATÓGENOS COMUNES EN LOS DÍAS 2, 3 Y 4 DE LA TERAPIA CON MOXIFLOXACINA EN PACIENTES CON SINUSITIS BACTERIANA AGUDA. Dr. Carlos Young, Otorrinolaringólogo, Hospital Honduras Medical Center, Tegucigalpa.

Objetivos: determinar el tiempo de erradicación bacteriológica después de la terapia con Moxifloxacina en pacientes con sinusitis bacteriana aguda y cultivo bacteriano positivo en pre-terapia. **Materiales y Métodos:** Estudio prospectivo, de brazo simple y etiqueta abierta. Muestreo del meato medio realizado usando endoscopia nasal: pre-terapia y en los días 2, 3 y 4 durante tratamiento. Inclusión de blancos = 30 pacientes bacteriológicamente evaluables, incluyendo por lo menos 10 con *S. Pneumoniae* o *H. influenzae*. El tratamiento con moxifloxacina fue generalmente bien tolerado. 64 pacientes (34%) tuvieron al menos 1 evento adverso, 29 (16%) reportaron por lo menos 1 posiblemente / acontecimiento relacionado, Se retiraron 2 pacientes del estudio: 1 reacción alérgica para estudiar la droga y 1 hernia inguinal encarcelada. Ningunos eventos adversos relativos a droga. **Conclusiones:** El estudio brindó datos valiosos sobre la velocidad de erradicación en el sitio de infección de Moxifloxacina (400 mg de magnesio una vez al día)

en pacientes con sinusitis bacteriana aguda y cultivos bacterianos pre terapia positivos, tasas rápidas y altas de erradicación bacteriológica de patógenos comunes sinusitis bacteriana aguda con Moxifloxacina, 83.3% de pacientes día 2, 100% de pacientes día 3, 97.6% de pacientes día 4.

20TL. PERFORACIÓN INTESTINAL POR VÁLVULA DE DERIVACIÓN VENTRÍCULO PERITONEALEN HOSPITAL NACIONAL DR. MARIO CATARINO RIVAS. Dr. Ángel Velásquez, Neurocirujano, Hospital Nacional Dr. Mario Catarino Rivas, San Pedro Sula.

Antecedentes: La derivación ventriculoperitoneal es la cirugía más utilizada a nivel mundial para el manejo de la hidrocefalia, relacionada con múltiples complicaciones abdominales tales como perforaciones intestinales, quiste peritoneal, etc. **Objetivo:** Establecer el mejor tratamiento para las complicaciones y evitar complicaciones severas. **Materiales y Métodos:** Se realizó un estudio prospectivo de las perforaciones intestinales ocurridas en el Hospital Nacional Dr. Mario Catarino Rivas entre los años 2003 al año 2010 secundarias a la colocación de válvulas de derivación ventriculoperitoneal. **Resultados:** De los 1315 pacientes ingresados por procedimiento de válvula de derivación ventriculoperitoneal, 8 presentaron perforación intestinal, incidencia de 0.6%, la mortalidad fue de cero. No se observó diferencia de la evolución entre pacientes laparotomizados y los manejados conservadoramente. Este paciente laparotomizado no presentó en ningún momento un abdomen agudo. La cirugía se realizó por el principio de evitar contaminación intrabdominal por material intestinal. Todos los pacientes se presentaron, porque observaron, ya sea, el paciente o su madre, la salida del catéter distal a través del ano. Las radiografías realizadas en los pacientes no mostraban datos patológicos como aire subdiafragmático y fue difícil decir si el catéter estaba o no dentro de intestino con una sola toma A-P. En los casos en los cuales el paciente lo refería pero ya no tenía la salida del catéter, un tacto rectal fue suficiente para demostrar su existencia. En este aspecto el 25% de ellos expresaron la salida de un cuerpo extraño a través del ano. **Conclusiones:** La derivación ventriculoperitoneal continúa siendo el procedimiento más utilizado para la hidrocefalia, ya que es una opción para la hidrocefalia comunicante y no comunicante. Se han utilizado muchas medidas para evitar las complicaciones, sin embargo, siempre van a estar presentes. En nuestro estudio nos enfocamos en dar la pauta de manejo para la perforación intestinal, siendo lo menos invasivo posible a menos que el paciente lo amerite.

21TL. SUSTITUCIÓN DEL ESÓFAGO CON TUBO GÁSTRICO EN PACIENTE CON CÁNCER DE ESÓFAGO. Dr. José Naún Lemus Fuentes, Cirujano Oncólogo del Instituto Hondureño de Seguridad Social y Liga contra el Cáncer de San Pedro Sula.

Antecedentes: El cáncer de esófago es una de las neoplasias más agresivas, con alta morbilidad y mortalidad. Después de múltiples estudios y revisiones en la experiencia de grupos quirúrgicos que se dedican a cirugías esofágicas, se ha determinado que el mejor sustituto para el esófago es el estómago, enseguida el

colon y finalmente el intestino delgado. Existen diversas técnicas quirúrgicas para realizar el reemplazo esofágico y también diversas causas o indicaciones para tener que realizar el reemplazo, siendo una de las más comunes el cáncer esofágico, esta condición obliga a realizar un reemplazo esofágico. La técnica transhiatal es la más utilizada, por medio de abordaje abdominal y cervical, se prepara al estómago como conducto y se asciende a través del mediastino para finalmente suturarlo al esófago cervical a nivel del cuello, es una técnica no tan complicada que puede ofrecer excelentes resultados dependiendo de las condiciones del paciente, el estadio de la enfermedad y la habilidad del equipo quirúrgico. **Descripción del caso:** Paciente femenina de 52 años del municipio de la Lima, Cortés, con adenocarcinoma esofágico en tercio distal, sin antecedentes patológicos de importancia, estudios de imagen y exámenes de gabinete normales, se hizo esofagectomía transhiatal. El esófago se sustituyó mediante tubo gástrico. El tiempo quirúrgico fue de 3 horas, pérdida hemática de 300 ml, 5 días intrahospitalarios sin complicaciones importantes. Consiguiendo la radicalidad necesaria para el estadio clínico de la enfermedad. **Conclusiones:** Debe considerarse el abordaje transhiatal para el tratamiento del cáncer de esófago utilizando el estómago como sustituto del esófago como la primera opción desde el punto de vista quirúrgico por la menor morbimortalidad del mismo.

22TL. MULTIPOLIDACTILIA. Dr. Ramón Rodríguez, Ortopeda Pediátrico, Hospital del Valle, San Pedro Sula

Antecedentes: La polidactilia es una patología en la cual el número de dedos se exceden en más de cinco en manos o pies. La polidactilia ocupa el segundo lugar en frecuencia de malformaciones congénitas de la mano. La polidactilia en los pies es al igual una de las malformaciones congénitas más frecuentes y se puede presentar de manera aislada o asociada a síndromes congénitos. La duplicación puede aparecer a nivel de falanges o metatarsianos. La complejidad varía desde un problema de tejidos blandos hasta la formación de un rayo accesorio. Por lo general la polidactilia es un rasgo autosómico dominante con penetrancia incompleta. La incidencia de es de 1-4 por 1000 nacidos vivos afectando con mayor frecuencia al sexo masculino. La clasificación en ambos casos se define como preaxil, axil y postaxil, dependiendo en que región de la mano y le pie aparezcan los dedos supernumerarios. En raras excepciones se presenta una múltiple polidactilia, conocida también como pie en espejo (mirror foot) y en la literatura inglesa se reportan apenas 28 casos. Para alcanzar un resultado funcional y cosmético adecuado se debe realizar una evaluación clínica y radiográfica muy cuidadosa para decidir el tratamiento indicado. No hay una edad adecuada para el retirar los dedos quirúrgicamente. **Descripción de la Experiencia:** En marzo del 2011 se presentó a la consulta externa del Centro Rehabilitación del Seguro Social un paciente de un mes de vida con una rara malformación en la que presentaba nueve dedos en su pie izquierdo. Debido a su rareza y a la poca información con la que se cuenta sobre el manejo de dicho caso, se decide presentar en el Congreso Médico Nacional y de esta forma colaborar con la formación académica del gremio.

23TL. CRANEOTOMÍA Y CRANIOPLASTÍA POR CARCINOMA GIGANTE METASTÁSICO DE RIÑÓN. Dr. Roberto Álvarez Rodríguez; Neurocirujano, Hospital Regional de Occidente. Santa Rosa de Copán

Antecedentes. El cráneo, sitio que sufre metástasis de carcinomas renales, hay registros mundiales incluso años después de un diagnóstico y/o tratamiento oncológico. En Honduras no hay un registro formal de casos sin embargo hay casos mencionados por expertos consultados. Después del cáncer de mama y pulmón el carcinoma renal es el tumor infra clavicular que más registra metástasis a cabeza y cuello. 25% de los pacientes tienen una siembra a distancia al momento del diagnóstico. Los tumores gigantes de cráneo representan un reto para el Neurocirujano, situación que empeora cuando la lesión esta sobre un seno venoso. **Caso clínico:** Masculino, 61 años de edad refiriendo crecimiento de masa de gran tamaño y crecimiento rápido en línea media del cráneo. Como antecedente, nefrectomía derecha por tumor renal de estirpe desconocida 5 años atrás. En tomografía y angioresonancia se evidencio lesión calvaria en línea media sobre el tercio medio del seno sagital comprimiéndolo, altamente vascularizado. **Cirugía:** Realizamos abordaje bicoronal, cabeza fijada a mayfield, se practicó resección microquirúrgica en bloque con craniotomo neumático respetando línea media con técnica de puente sobre el seno. La craneotomía se basó en el aspecto bajo visión microscópica del hueso resecano 1 cm más de hueso con aspecto normal. La hemostasia se logró con cera para hueso y posición semi fowler con monitoreo por riesgo de embolia gaseosa. Se realizó cranioplastía extensa con malla de titanio, el paciente evoluciono satisfactoriamente. Patología reporto carcinoma de células claras de riñón. **Conclusiones:** Aun siendo inusuales las metástasis calvarias de carcinomas renales, deben considerarse en lesiones calvarias subcutáneas incluso sin antecedentes del tumor primario. La microcirugía y herramientas básicas permiten que estas cirugías puedan realizarse con mínimos riesgo.

24TL. ADICCIÓN AL TELÉFONO CELULAR EN LOS ADOLESCENTES DEL HOSPITAL PSIQUIÁTRICO MARIO MENDOZA DURANTE MARZO 2011. Dra. Alejandra María Munguía Matamoros, Psiquiatra Infantil, Hospital Mario Mendoza, Tegucigalpa.

Antecedentes: Las Nuevas Tecnologías se crearon inicialmente para su uso en educación, pero debido a su alto uso se ha comenzado a observar cierto grado de disfuncionalidad en las personas, sobre todo en adolescentes. **Objetivos:** 1. conocer la incidencia en las patologías psiquiátricas por el uso del celular. 2. identificar los factores de riesgo que favorecen el desarrollo de adicción al celular 3. Determinar la patología psiquiátrica más frecuente. 4. Identificar la edad más proclive para desarrollar adicción al uso del teléfono celular. **Sujetos y Métodos:** Se tomó la muestra con 40 adolescentes, de un total de 100, que asisten a la escuela para ellos en el hospital, se les aplicó el autorreporte CERM (Cuestionario de Experiencias Relacionadas con el Móvil), se utilizó estadística descriptiva y cuantitativa. **Resultados:** El diagnóstico psiquiátrico más frecuente en ambos sexos fue el trastorno por déficit de atención e hiperactividad: 42.5% en las mujeres y 27.5% en los hombres. El 67.5% de

los adolescentes encuestados, utiliza los mensajitos como forma de comunicación más frecuente. El 52% utiliza el teléfono celular por más de dos horas. 70% refiere que no le afecta en NADA el uso del teléfono celular. **Conclusiones:** 1. el 57.5% de la muestra estudiada presenta adicción al teléfono celular, 2. el 74.2% de los pacientes entrevistados, tiene TDAH y adicción al teléfono celular, 3. el rango de edad más tendiente a desarrollar adicción es el de 16-18 años, con un 56.5% 4. el 40% de los adolescentes considera que la adicción al teléfono celular les ocasiona ansiedad, 5. el 92.5% de todos los adolescentes entrevistados no considera necesario un tratamiento médico psiquiátrico para controlar su adicción al teléfono celular.

25TL. PROYECTO PILOTO PARA PREVENCIÓN DE VIOLENCIA EN ADOLESCENTES DE COPÁN. Dr. Francisco A. Ramírez, Psiquiatra, CESAMO Vicente Fernández, Santa Rosa de Copán.

Antecedentes: La adolescencia está comprendida entre los 12 y 19 años, siendo un período de transición entre la pubertad y la edad adulta. Según datos de la Organización Mundial de la Salud (OMS), la tasa de violencia a nivel mundial es de 8.8x100,000 habitantes, 19.3 para Latinoamérica y en Honduras para el año 2010 fue de 77x100,000 habitantes, Copán durante varios años ha ocupado los primeros lugares a nivel de nuestro país. En estudios realizados internacionalmente y en nuestro país se ha identificado que el uso de sustancias está relacionado con un mayor índice de violencia. **Objetivos:** Implementar de forma integral un proyecto piloto donde se impartirán cuatro módulos a maestros, padres de familia y a sus hijos adolescentes con los siguientes temas: 1) adolescencia y comunicación, 2) salud sexual y reproductiva, órganos sexuales y métodos anticonceptivos, 3) salud mental, suicidio, autoestima y violencia, 4) toma de decisiones, metas de vida, resolución de conflictos, uso de drogas y masculinidad. Se aplicaran escalas de evaluación psiquiátricas como: depresión, riesgo de suicidio, grados de impulsividad y agresividad. **Conclusiones:** es un proyecto de intervención, prevención, educación y de investigación, de la violencia en adolescentes. **Proyección:** se espera un gran impacto y seguimiento; con fines de extensión comunitaria para implementar un megaproyecto a nivel del departamento de Copán y la zona occidental y crear una clínica del adolescente y escuelas de padres para la prevención de conflictos como los planteados. Esto brindara una línea base del estado actual de este grupo de adolescentes tan vulnerable y aportar a la prevención de daños futuros, como violencia, embarazos en adolescentes y uso de sustancias entre otros.

26TL. RESULTADOS PRELIMINARES DE UN ESTUDIO SOBRE TRANSMISIÓN CONGÉNITA DE *TRYPANOSOMA CRUZI*, EN INTIBUCÁ, HONDURAS. Dr. Jaime H. del Cid, Epidemiólogo, Región de Salud, la Esperanza Intibucá. Jackeline Alger,^{2,4} Edna Maradiaga,^{2,4} Concepción Zúniga,^{4,5} Guillermo Casco,⁶ Christian Valladares,⁷ Jessica Henríquez,⁷ María Luisa Matute,⁷ María Luisa Cafferata,⁸ Alvaro Ciganda,⁸ Pierre Buekens.^{9,1} Region Departamental de Salud de Intibucá; ²Unidad de Investigación Científica, Facultad de Ciencias Médicas (FCM), UNAH; ³Servicio de Parasitología, Departamento de Laboratorios Clínicos, Hospital

Escuela; ⁴Instituto de Enfermedades Infecciosas y Parasitología Antonio Vidal; Tegucigalpa; ⁵Programa Nacional de Prevención y Control de la Enfermedad de Chagas y Leishmaniasis Secretaría de Salud; ⁶Laboratorio Regional Departamental Santa Bárbara; ⁷Laboratorio Nacional de Vigilancia de la Salud MOH; ⁸UNICEM, Montevideo, Uruguay; ⁹Tulane University, New Orleans, USA.

Antecedentes: *Trypanosoma cruzi* I (TCI) es un linaje que predomina en México y Centro América. Las mujeres infectadas en estas regiones pueden transmitir congénitamente el parásito a sus hijos de manera diferente a aquellas infectadas con linaje no-TCI. **Objetivos:** Según genotipo del parásito, 1) Determinar la tasa de transmisión congénita, 2) Comparar características de madres infectadas y exposición a vectores, 3) Describir características al nacer de niños infectados y no infectados. **Sujetos y Métodos:** Estudio prospectivo multicéntrico que se propone reclutar 10,000 mujeres en México, 5,000 en Argentina y 5000 en Honduras. Los sitios en Honduras incluyen Hospital Enrique Aguilar Cerrato, La Esperanza, Intibucá, y Hospital Santa Bárbara Integrado, Santa Bárbara. Se miden anticuerpos anti-*T. cruzi* utilizando dos tipos de pruebas rápidas en sangre de cordón umbilical; si al menos una es positiva, identificamos los niños que están infectados mediante análisis parasitológico en sangre de cordón y a las 4-8 semanas, y seguimiento serológico al decimo mes. Se realizará PCR y genotipificación de *T. cruzi* en sangre materna y de cordón y examen serológico de hermanos. **Resultados:** El reclutamiento inició en mayo 2011. Hasta marzo 2012, en Intibucá se han reclutado 1694 mujeres de 3,158 nacimientos. Se identificaron 91 (5.4%) nacimientos con al menos una prueba rápida positiva en sangre de cordón. De estos, 37 (40.6%) mujeres tenían <25 años y 30 (32.9%) eran primíparas; 19 (20.8%) recién nacidos tenían peso <2,500 gr. De 1512 recién nacidos de madres seronegativas, 166 (11.0%) tenían peso <2,500 gr ($p<0.01$). **Conclusiones/Recomendaciones:** Estos resultados permitirán dirigir actividades en el abordaje de la enfermedad de Chagas, incluyendo la implementación de un programa de tamizaje en Honduras. Es necesario determinar los factores asociados a una alta tasa de bajo peso al nacer en Intibucá. *Patrocinado por NIAID grant R01AI083563*

27TL. RESULTADOSPRELIMINARES DE UN ESTUDIO SOBRE TRANSMISIÓN CONGÉNITA DE *TRYPANOSOMA CRUZI* EN SANTA BÁRBARA, HONDURAS. Dr. Benjamín López,¹ Norma Bustamante,¹ Jackeline Alger,^{2,4} Edna Maradiaga,^{2,4} Concepción Zúniga,^{4,5} Miguel Zúniga,⁶ Christian Valladares,⁷ Jessica Henríquez,⁷ María Luisa Matute,⁷ María Luisa Cafferata,⁸ Alvaro Ciganda,⁸ Pierre Buekens.⁹ ¹Region Departamental de Salud de Santa Bárbara; ²Unidad de Investigación Científica, Facultad de Ciencias Médicas (FCM), UNAH; ³Servicio de Parasitología, Departamento de Laboratorios Clínicos, Hospital Escuela; ⁴Instituto de Enfermedades Infecciosas y Parasitología Antonio Vidal; Tegucigalpa; ⁵Programa Nacional de Prevención y Control de la Enfermedad de Chagas y Leishmaniasis Secretaría de Salud; ⁶Laboratorio Regional Departamental Santa Bárbara; ⁷Laboratorio Nacional de Vigilancia de la Salud MOH; ⁸UNICEM, Montevideo, Uruguay; ⁹Tulane University, New Orleans, USA.

Antecedentes: *Trypanosoma cruzi* I (TCI) es un linaje que predomina en México y Centro América. Las mujeres infectadas en estas regiones pueden transmitir congénitamente el parásito a sus hijos de manera diferente a aquellas infectadas con linaje no-TCI. **Objetivos:** Según el genotipo del parásito, 1) Determinar la tasa de transmisión congénita, 2) Comparar las características de madres infectadas y exposición a vectores, 3) Describir características al nacer de niños infectados y no infectados. **Sujetos y Métodos:** Estudio prospectivo multicéntrico que se propone reclutar 10,000 mujeres en México y 5,000 en Argentina y Honduras respectivamente. Los sitios en Honduras incluyen La Esperanza, y Santa Bárbara. Se miden anticuerpos anti-*T. cruzi* utilizando dos tipos de pruebas rápidas en sangre de cordón umbilical; si al menos una es positiva, identificamos los niños que están infectados mediante análisis parasitológico en sangre de cordón y a las 4-8 semanas y seguimiento serológico al décimo mes. Se realizará PCR y genotipificación de *T. cruzi* en sangre materna y de cordón y examen serológico de hermanos. **Resultados:** Hasta marzo 2012, en Santa Bárbara se han reclutado 1759 mujeres correspondientes a 4004 nacimientos. Encontramos 48 (2.7%) casos con al menos un resultado positivo de prueba rápida en sangre de cordón. De los 48 casos, 9 (18.8%) mujeres tenían edad entre 18 y 25 años, 4 (8.3%) eran primíparas, 1 (2.1%) tenía una edad gestacional <37 semanas; no se identificaron recién nacidos con peso <2500 gr. **Conclusiones.** Información sobre transmisión congénita de *T. cruzi* en Honduras y un mejor conocimiento sobre sus factores de riesgo, permitirán dirigir las actividades en el abordaje de la enfermedad de Chagas, incluyendo la implementación de un programa de tamizaje. *Patrocinado por NIAID grant R01AI083563.*

28TL. INCIDENCIA DE INFECCIONES EN LOS SISTEMAS DERIVATIVOS, EN EL HOSPITAL NACIONAL DR. MARIO CATARINO RIVAS, EXPERIENCIA DE 10 AÑOS. Dra. Enna Miller, Neurocirugía, Hospital Nacional Dr. Mario Catarino Rivas, San Pedro Sula.

Antecedentes: Las válvulas de derivación (VD) ventriculoperitoneal y ventriculoatrial regulan la circulación del LCR y permiten la disminución de la presión intracraneal con lo que contribuyen al control de la hidrocefalia y disminuyen la morbimortalidad que ésta comporta. A pesar de su demostrada utilidad, los pacientes portadores de estas válvulas pueden presentar diversas complicaciones que se presentan en forma de disfunción mecánica o infecciosa. Por esta causa precisan nuevos ingresos hospitalarios y reintervenciones quirúrgicas. **Materiales y Métodos:** Se realizó un estudio retrospectivo de la incidencia de infecciones asociadas a sistemas derivativos ventrículo peritoneales en el Hospital Nacional Dr. Mario Catarino Rivas ocurridas en el periodo de diez años comprendido de Enero 2002 a Enero 2011. Se revisaron los expedientes clínicos de 253 de los 412 pacientes a quienes se les colocó un sistema derivativo en ese periodo. **Resultados:** Se encontró una incidencia de infección del 22.2% de los cuales el 7.1% se asoció a espina bífida y el 15.1% no se asoció a la misma. El 73.6% de la infección de los sistemas derivativos se encontró en pacientes en niños menores a los tres años. La etiología de hidrocefalia fueron: hidrocefalia

primaria en (40.2%), espina bífida (28.0%) Los microorganismos más frecuentemente encontrados fueron *Staphylococcus* (26%), *Pseudomona* (22%) *Serratia* (7%). La profilaxis antibiótica se basó en Oxacilina (28%), Ceftriaxona (18%) y Vancomicina (9.6%). Las especies Staphiloccocicas fueron más susceptibles a Linezolid, pero los otros gérmenes fueron más susceptibles a Imipenem. En 4.18% de los pacientes se encontraron infecciones por múltiples organismos. **Conclusiones:** Estos resultados han servido para iniciar medidas encaminadas a la reducción de la incidencia de infección relacionada a la inserción a sistemas derivativos en el Hospital Nacional Dr. Mario Catarino Rivas.

29TL. DIABETES NEONATAL. Dra. Lesby Espinoza Colindres, Dr. Guillermo Villatoro Godoy, Endocrinólogos Pediatras, Hospital Materno Infantil, Tegucigalpa.

Antecedente: La diabetes neonatal es una enfermedad rara, frecuencia estimada 1:500,000 nacidos vivos. El control metabólico es difícil y hay que considerar las variaciones en la ingesta, cuadros infecciosos y riesgo de secuelas neurológicas secundarias a hipoglucemias. **Descripción de casos clínicos:** Todas femeninas, padres jóvenes no consanguíneos, embarazos y partos normales. **Caso 1:** Peso al nacer desconocido, retraso psicomotor. Ingres a los 3 meses con diarrea, deshidratación severa y respiración de

Kussmaul, glucemia 600 mg/dl, cetonuria positiva, se inició insulina en infusión a 0.05 U/Kg/hora, luego insulina NPH presentando muchas hipoglucemias, se cambió a insulina Glargine. Al confirmar el diagnóstico se hizo traslape a glibenclamida 2.5 mg/día. Hemoglobina glucosilada (HbA1.c) 11.1%, insulinemia de 0.72 uUI/ml. Genética molecular: heterozigosis para la mutación en el gen *KCNJ11*. Madre con mosaicismo para la misma mutación. **Caso 2:** Peso al nacer desconocido, retraso psicomotor. Ingres a los 6 meses con diarrea, deshidratación severa y respiración de Kussmaul, glucemia 600 mg/dl, cetonuria positiva, se inició insulina en infusión a 0.05 U/Kg/hora, posteriormente insulina Glargine. HbA1.c 16%, péptido C < 0.1 uUI/ml. Genética molecular: mutación missense homocigota, p.L1426P, gen *ABCC8*. Madre heterocigota para la misma mutación. **Caso 3:** Peso al nacer 3200g, desarrollo psicomotor normal, con sordera neurosensorial severa. Ingres a los 6 meses con cuadro respiratorio y respiración de Kussmaul, glucemia 600 mg/dl, cetonuria positiva, se inició insulina en infusión a 0.05 U/Kg/hora, posteriormente insulina Glargine. HbA1.c 10%, péptido C < 0.3 uUI/ml. Genética molecular: mutacion frameshift en homocigosis c.759dup. **Conclusiones:** Ante la presencia de hiperglucemia persistente en un niño menor de 6 meses es imperioso hacer la confirmación diagnóstica de DN con estudios de genética molecular para evitar conductas terapéuticas iatrogénicas con consecuencias relevantes en la vida del paciente.