



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE HONDURAS

Revista de la Facultad de Ciencias Médicas

Volumen 7, Año 7, Suplemento No.1

ISSN 1991-5225

Centro Nacional de Educación Médica Continua, Colegio Médico de Honduras

XVII Jornada Científica

IV Congreso de Investigación de las Ciencias de la Salud

IV Congreso Nacional de Parasitología

23 y 24 de Septiembre de 2010

Líneas Prioritarias para la Investigación en Salud en Honduras

Programa Científico y Compendio de Resúmenes

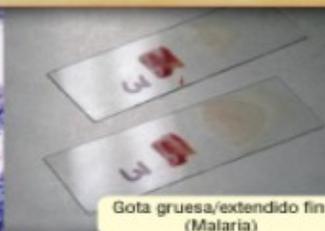
Tegucigalpa, Honduras

Septiembre, 2010



Triatoma dividiata
(Enfermedad de Chagas)

Strongyloides stercoralis
(Estrongiloidiasis)



Gota gruesa/extendido fino
(Malaria)

Dimensiones:	Individuo, Familia y Comunidad	Sector Salud	Otros Sectores	Gobernanza y Comunalidad
Salud Pública				
Magallanes				
Determinantes				
Nivel de conocimiento				
Costo - efectividad de las intervenciones				
Políticas de recursos				

Equidad

Matriz de Estrategias Combinadas 3D (Priorización)



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE HONDURAS

Revista de la Facultad de Ciencias Médicas

Volumen No. 7, Año 7, Suplemento No.1

Septiembre 2010

Nota: El proceso de revisión por pares de los resúmenes sometidos a consideración para presentación en la XVII Jornada Científica, IV Congreso de Investigación de las Ciencias de la Salud y IV Congreso Nacional de Parasitología, fue responsabilidad del Comité Científico constituido por docentes de la Unidad de Investigación Científica (UIC), FCM, UNAH y la Asociación Hondureña de Parasitología (AHPA).

Directorio

Revista de la Facultad de Ciencias Médicas

Volumen No. 7, Año 7, Suplemento No.1, Septiembre 2010

CONSEJO EDITORIAL

Dr. Carlos Alberto Medina R. (Director)

Licda. Lissethe Borjas

Msc. Elia B. Pineda

Dr. Juan Manuel Pérez

Dr. Jorge Fernández

Dr. Dagoberto Espinoza M.

Dra. Carolina Rivera

Dra. Cecilia García

Licda. Olimpia Córdova

Dr. Eleaquin del Cid

Dr. German Leonel Zavala

Msc. Elizabeth Pagoada

Br. Rhina Zusetth Pineda (ASOCEMH)

Br. José Luis Reyes (ASOCEMH)

Br. José E. Cuevas N. (SUN)

Br. Janio García (SUN)

Lic. Luis Edgardo Aranda (Secretario)

laranda55@yahoo.com

CONSEJO DE REDACCIÓN

Licda. Lissethe Borjas (Coordinadora)

Dr. German Leonel Zavala

Msc. Elia B. Pineda

CONSEJO DE ADMINISTRACIÓN

Licda. Maria Olimpia Córdova

Licda. Lissette Borjas

Lic. Luis Edgardo Aranda

Sec. Susana Escoto

CONSEJO DE EDICIÓN

Dr. Carlos Alberto Medina (Coordinador)

Dr. Dagoberto Espinoza M.

Dr. Jorge Fernández

Lic. Luis Edgardo Aranda

Dra. Cecilia García

Dr. Eleaquin del Cid

Msc. Elizabeth Pagoada

Unidad Ejecutora:

UNIDAD DE TECNOLOGIA EDUCACIONAL EN SALUD (UTES)

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



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



**XVII JORNADA CIENTÍFICA
IV CONGRESO DE INVESTIGACIÓN DE LAS
CIENCIAS DE LA SALUD**

IV CONGRESO NACIONAL DE PARASITOLOGÍA

22-24 DE SEPTIEMBRE, 2010

**PROGRAMA CIENTÍFICO Y
COMPENDIO DE RESÚMENES**

“Líneas prioritarias para la investigación en salud en Honduras”

**Tegucigalpa, Honduras
Septiembre 2010**

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE HONDURAS

AUTORIDADES DE LA FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

DECANO: Dr. Marco Tulio Medina

SECRETARIA: Licda. Trinidad de Jesús Vásquez

UNIDAD DE INVESTIGACIÓN CIENTÍFICA

**XVII JORNADA CIENTÍFICA Y IV CONGRESO NACIONAL
DE INVESTIGACIÓN DE LAS CIENCIAS DE LA SALUD**

IV CONGRESO NACIONAL DE PARASITOLOGÍA

22-24 DE SEPTIEMBRE DE 2010

COMITÉ ORGANIZADOR

Coordinador General
Sub-Coordinador
Secretaria

Dr. Manuel Sierra
Dr. Roberto O. Tinoco
Lic. Elizabeth Paguada

Comité Científico

Dr. Denis Padgett Moncada
Dra. Eleonora Espinoza
Dra. Jackeline Alger
Dr. Iván Espinoza
Rina G. de Kaminsky, MSc.

Comité Financiero

Dra. Edna Maradiaga

Comité Socio Cultural

Dr. Gustavo Moncada

Comité de Publicidad

Lic. Mauricio Gonzales
Dra. Jackeline Alger
Dr. Concepción Zúniga

Comité de Apoyo Logístico

Lic. Mauricio Gonzales
Lic. Luis Edgardo Aranda
Br. Ramón Arturo Mejía
Br. David Martínez

PROGRAMA CIENTIFICO

XVII JORNADA CIENTIFICA Y IV CONGRESO NACIONAL DE
INVESTIGACION DE LAS CIENCIAS DE LA SALUD

IV CONGRESO NACIONAL DE PARASITOLOGIA

Hotel Intercontinental, Tegucigalpa
22-24 de septiembre de 2010

Horario	Sept. 22 Miércoles	Horario	Sept. 23 Jueves	Horario	Sept. 24 Viernes
19:00 - 22:00	Ceremonia Inauguración Salón Real III, IV	08:00 – 10:30	Investigación científica, Uso de la evidencia y Parasitología Salón Real III, IV	08:00 – 10:00	Endocrinología Pediátrica Salón Real I, II
		11:00- 12:00	Dengue Salón Real III, IV		Problemas de Salud Prevalentes en Honduras (I) Salón Real III
				10:30 – 12:00	Parasitología (III) y Enfermedades Infecciosas Salón Real I, II
					Problemas de Salud Prevalentes en Honduras (II) Salón Real III
		13:00 – 15:00	Parasitología (I) Salón Real III	13:00 - 15:30	Enfermería y Atención Primaria en Salud Salón Real I, II
			VIH/SIDA (I) Salón Real IV		
		15:30- 17:00	Parasitología (II) Salón Real III		Depresión mayor en mujeres Salón Real III
			VIH/SIDA (II), Discapacidades Salón Real IV	16:00	Clausura Salón Real III

CONTENIDO

	Pág.
Autoridades Facultad de Ciencias Médicas y Comité Organizador de la XVII Jornada Científica, IV Congreso de Investigación de las Ciencias de la Salud y IV Congreso Nacional de Parasitología.....	6
Normas Generales.....	9
Programa Ceremonia de Inauguración.....	11
Programa Ceremonia de Apertura.....	12
Programa Ceremonia de Clausura.....	12
Palabras del Coordinador General.....	13
Programa Científico.....	15
Resúmenes	
Conferencias.....	27
Trabajos Libres.....	34
Indice de autor.....	76
XVIII Jornada Científica y V Congreso de Investigación de las Ciencias de la Salud.....	78
Instrucciones para la preparación de resúmenes.....	78
Patrocinadores.....	82

NORMAS GENERALES

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

Participantes

1. Cumplir con el horario establecido, asistiendo a la hora exacta.
2. Portar el Programa Científico y Compendio de Resúmenes durante toda la actividad del evento y acatar las instrucciones del Centro Nacional de Educación Médica Continua para acreditar su participación.
3. Permanecer en la sala de conferencias una vez que se iniciaron los eventos.
4. Se recomienda apagar o programar en modo vibratorio los aparatos de telefonía celular y buscapersonas durante las conferencias para no interrumpir las presentaciones.
5. Por ser la FCM una institución adherida al Convenio Marco contra el tabaquismo, se prohíbe que los asistentes fumen en los salones próximos al evento.
6. Hablar en voz baja dentro de la sala de conferencias y/o en los pasillos adyacentes, y solo si fuera necesario.

Expositores

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

Moderadores

1. Contactarse con los expositores de la sesión asignada por lo menos dos horas antes del horario establecido.
2. Asegurarse de que todas las necesidades de equipo audiovisual requerido por los expositores sean satisfechas.
3. Obtener de los expositores los datos resumidos relevantes del *currículum vitae* para ser utilizados en la presentación de las conferencias.
4. Durante la sesión científica, presentar a los integrantes de la mesa y/o al conferencista, señalando lo más relevante de su hoja de vida.
5. Llevar el control del tiempo de exposición de cada conferencia, utilizando las luces de alerta: La luz verde corresponde al tiempo de exposición, la luz amarilla a los últimos

diez minutos (incluyendo preguntas y respuestas) y la luz roja indica que el tiempo finalizó.

6. Preparar preguntas clave para la participación de la audiencia y/o para despejar algunas interrogantes importantes que escapen a la mayoría de los participantes.

Coordinadores de Salón

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

Patrocinadores

1. Cumplir con el horario establecido para la exhibición de material de promoción de la salud y equipo comercial.
2. Portar un gafete que los identifique con la institución a quien representan durante todas las actividades del evento.
3. Por ser la FCM una institución adherida al Convenio Marco contra el tabaquismo, se prohíbe que los asistentes fumen en los salones próximos al evento.
4. Hablar en voz baja, si fuera necesario, en los pasillos adyacentes a la Sala de Conferencias.

PROGRAMA CEREMONIA DE INAUGURACION

Miércoles 22 de septiembre, 2010

Lugar: Hotel Intercontinental

Salón Real III, IV

Horario: 19:00 – 22:00 pm

Dr. Gustavo Moncada, Maestro de Ceremonia

1. Himno Nacional de Honduras.
2. Palabras de Bienvenida a la XVII Jornada Científica, IV Congreso de Investigación de las Ciencias de la Salud y IV Congreso Nacional de Parasitología. Dra. Edna Maradiaga, Unidad de Investigación Científica, Facultad de Ciencias Médicas.
3. Presentación de la XVII Jornada Científica, IV Congreso de Investigación de las Ciencias de la Salud y IV Congreso Nacional de Parasitología. Dr. Manuel Sierra, Coordinador General Comité Organizador.
4. **1C. Retos y desafíos de la investigación científica en la educación superior en Honduras.** Rutilia Calderón. Vice Rectoría Académica, UNAH
5. **2C. Priorización para la investigación en salud y la Política de Investigación para la Salud de OPS/OMS.** Evelina Chapman. Promoción y Desarrollo de la Investigación, Área de Tecnología para la Atención e Investigación en Salud, Organización Panamericana de la Salud, Washington, DC, EUA.
6. Palabras de Inauguración. Dr. Marco Tulio Medina, Decano de la Facultad de Ciencias Médicas, UNAH.
7. Participación Escuela Nacional de Música.
8. Agasajo.

PROGRAMA CEREMONIA DE APERTURA

Jueves 23 de Septiembre, 2010

Lugar: Hotel Intercotinental

Salón Real III, IV

Horario: 08:00 – 08:30

Dr. Iván Espinoza Salvadó, Maestro de Ceremonia

1. Himno Nacional de Honduras.
2. Palabras de Apertura de la XVII Jornada Científica, IV Congreso de Investigación de las Ciencias de la Salud y IV Congreso Nacional de Parasitología. Dra. Edna Maradiaga, Unidad de Investigación Científica, Facultad de Ciencias Médicas.
3. Sesión Plenaria *Líneas prioritarias para la investigación en salud en Honduras.*

PROGRAMA CEREMONIA DE CLAUSURA

Viernes 24 de Septiembre, 2010

Lugar: Salón Real III

Horario: 3:30 – 4:00 pm

Dr. Iván Espinoza Salvadó, Maestro de Ceremonia

1. Himno Nacional de Honduras.
2. Lo que aconteció en la XVII Jornada Científica, IV Congreso de Investigación de las Ciencias de la Salud y IV Congreso Nacional de Parasitología. Dr. Manuel Sierra, Coordinador General Comité Organizador.
3. Invitación a la XVIII Jornada Científica y V Congreso de Investigación de las Ciencias de la Salud. Dra. Edna Maradiaga, Unidad de Investigación Científica, Facultad de Ciencias Médicas.
4. Palabras de Clausura. Dr. Marco Tulio Medina, Decano de la Facultad de Ciencias Médicas.
5. Agasajo.

PALABRAS DEL COORDINADOR GENERAL

“**Líneas prioritarias para la investigación en salud en Honduras**” es el lema de la XVII Jornada Científica, el IV Congreso de Investigación de las Ciencias de la Salud, y el IV Congreso Nacional de Parasitología. A través de un proceso participativo amplio intersectorial e inter-disciplinario y tomando en cuenta las necesidades del sistema nacional de salud, la situación de salud y las condiciones de salud de Honduras, se asegura que las líneas prioritarias establezcan el horizonte que permita mejorar la calidad de vida de los y las hondureñas.

La investigación de gran calidad es esencial para la equidad, la salud y el desarrollo socioeconómico, y para alcanzar los Objetivos de Desarrollo del Milenio relacionados con la salud. En el último decenio, la investigación para la salud ha suscitado un mayor interés a nivel tanto mundial como regional. Se ha producido un notable aumento del financiamiento para la salud y las investigaciones sanitarias a nivel mundial, ha crecido el interés por las innovaciones y los avances tecnológicos, han surgido numerosas iniciativas mundiales de investigación de salud, se ha prestado más atención a las investigaciones sobre los sistemas de salud y a las políticas y prácticas basadas en datos científicos, y hay un mayor conocimiento de los factores políticos, económicos, ambientales y sociales determinantes de la salud.

Existe una responsabilidad y un rol de liderazgo de los gobiernos y de los ministerios de salud para desarrollar, rectorar, articular, financiar y asegurar la transparencia de los sistemas nacionales de investigación en salud. Las prioridades para la investigación en salud son necesarias porque los recursos son limitados y se modifican conforme cambia la realidad y es mucho más efectivo trabajar intersectorialmente, con participación de los diferentes sectores del estado. Existe en Latinoamérica (LA) la necesidad de contar con un marco regulatorio firme, especialmente en lo referente a la ética de la investigación, y de conocernos al interior de cada país y entre los países. Se debe de contar con bases de datos sobre investigadores y grupos de investigación y sobre la producción científica en cada país, y la creación de proyectos de investigación multinacionales con búsqueda conjunta de financiamiento.

En una revisión reciente de 14 países de Latinoamérica (LA), solo 9 (64%) contaban con líneas prioritarias de investigación en salud establecidas (Argentina, Brasil, Costa Rica, Cuba, Ecuador, Panamá, Paraguay, Perú y Venezuela). Un tercio de estos 9 países establecieron dichas líneas sin contar con una estructura formal de gobierno e investigación en salud. Los procedimientos usados en LA para establecer líneas prioritarias son variados. Argentina ha usado un procedimiento “interpretativo” inicialmente propuesto por el Ministerio de Salud a través de la Comisión de Investigación en Salud. Este proceso gradualmente evolucionó hasta convertirse en un modelo “técnico” basada en opiniones de expertos, encuestas y en la aplicación de una matriz estratégica combinada (MECA). En Brasil se usaron criterios similares a los de MECA y se incorporaron otros factores como costo-eficiencia, efectos en la equidad social, aceptabilidad, factibilidad, y calidad de las propuestas de investigación. El proceso se llevó a cabo en cinco fases: (1) Análisis de la situación de salud y de las condiciones de vida usando reportes solicitados a especialistas de diversas áreas; (2) Creación de un Comité Técnico Asesor conformado por investigadores en salud y gerentes reconocidos en sus áreas de trabajo; (3) Identificación de 20 sub-agendas de investigación con temas y líneas de investigación establecidas a través de un proceso de discusión y reflexión hasta alcanzar un consenso relacionado con el estado de salud de diferentes grupos de población; (4) Revisión de temas y líneas de investigación en una consulta pública que permitió la incorporación de varios sectores; (5) Aprobación de la Agenda Nacional sobre Prioridades de

Investigación en Salud en la Segunda Conferencia Nacional de Ciencia, tecnología e Innovación en Salud en el 2004. En Costa Rica se desarrollaron discusiones interdisciplinarias para establecer la Agenda para la Investigación y el Desarrollo Tecnológico 2005-2010. En Panamá el Ministerio de Salud formuló en 1998 el Plan Estratégico Nacional de Ciencia y Tecnología coordinando el primer acuerdo inter-sectorial e inter-disciplinario sobre políticas y prioridades de investigación en salud, las cuales fueron actualizadas en el 2000 y en el 2007.

Las líneas prioritarias para la investigación en salud deben de ser definidas a través de procesos participativos amplios inter-sectoriales e inter-disciplinarios y no a través de consultas aisladas o por vía decreto. Las estrategias para definir las líneas de investigación incluyen el diálogo, la participación y la interacción con actores claves del sector salud y otros sub-sectores relacionados, tomando en cuenta las necesidades de los sistemas nacionales de salud y la evidencia científica para el proceso de toma de decisiones. Sin una participación activa de las autoridades nacionales de salud se corre el riesgo de quedar excluido del sistema de financiamiento nacional.

Tal parece que el nivel de desarrollo humano y tecnológico no es un factor limitante para establecer las bases de un sistema nacional de investigación en salud. Sin embargo, es importante asegurar la estabilidad laboral y los salarios adecuados para mantener la capacidad de recursos humanos que garanticen la continuidad del trabajo en investigación. La voluntad política y la comunicación entre los diversos componentes del sistema nacional son esenciales para hacer posible la relación entre la acción, el financiamiento y las políticas.

Dr. Manuel Sierra

Coordinador General Comité Organizador

XVII Jornada Científica, IV Congreso de Investigación de las Ciencias de la Salud y IV Congreso Nacional de Parasitología

**XVII JORNADA CIENTIFICA Y IV CONGRESO NACIONAL DE INVESTIGACION
DE LAS CIENCIAS DE LA SALUD,
IV CONGRESO NACIONAL DE PARASITOLOGIA
22-24 DE SEPTIEMBRE DE 2010**

PROGRAMA CIENTIFICO

Miércoles 22 de Septiembre

Ceremonia Inaugural, Salón Real III, IV

Hora	Presentaciones
19:00- 19:40	Programa de Inauguración Maestro de Ceremonia: Gustavo Moncada, Unidad de Investigación Científica/FCM/UNAH.
19:40	1C. Retos y desafíos de la investigación científica en la educación superior en Honduras. Rutilia Calderón. Vice Rectoría Académica, UNAH
20:20	2C. Priorización para la investigación en salud y la Política de Investigación para la Salud de OPS/OMS. Evelina Chapman. Promoción y Desarrollo de la Investigación, Área de Tecnología para la Atención e Investigación en Salud, Organización Panamericana de la Salud, Washington DC, EUA.
21:00- 22:00	Cont. Programa Inauguración

Jueves 23 de Septiembre

Jornada Matutina, Salón Real III, IV

Hora	Sesión Plenaria
08:00- 15:00	Inscripción
08:00	Programa Apertura Maestro de Ceremonia: Iván Espinoza, Unidad de Investigación Científica/FCM/UNAH.
08:30	Bloque: Investigación científica, Uso de la evidencia y Parasitología Moderador: Iván Espinoza, Unidad de Investigación Científica/FCM/UNAH.
09:10	3C. Proceso de desarrollo de líneas prioritarias de investigación y Política de Investigación en la Universidad Nacional Autónoma de Honduras. Leticia Salomón. Dirección de Investigación Científica, UNAH
09:50	4C. EVIPNet Américas: institucionalización del uso de la evidencia para informar la toma de decisiones. Evelina Chapman. Promoción y Desarrollo de la Investigación, Área de Tecnología para la Atención e Investigación en Salud, Organización Panamericana de la Salud, Washington DC, EUA.
10:30- 11:00	5C. Tamizaje pre y posnatal de infecciones congénitas. Un proyecto multicéntrico con miras a un programa horizontal. María Dolores Correa Beltrán y el Grupo de Estudio de Infecciones Congénitas de México. Instituto Nacional de Pediatría, SSA, México.
11:00	Refrigerio
11:00	Bloque: Dengue Moderador: Elmer López Lutz, Departamento de Medicina Interna, Hospital Escuela.
11:00	6C. Dengue: El estado actual en su conocimiento. Efraín Bu Figueroa. Servicio de Enfermedades Infecciosas, Departamento de Medicina Interna, Hospital Escuela / UNAH, Tegucigalpa.

Hora	Sesión Plenaria
11:30	<p>1T. Caracterización Clínica y Epidemiológica de la Enfermedad de Dengue en el Hospital Materno Infantil del 1 de Marzo al 13 de Junio del 2010, Tegucigalpa Honduras. <u>Selvin Reyes García</u>,¹ Lysien Zambrano,¹ Carol Sevilla,¹ Víctor Manuel Muñoz.² ¹Estudiantes VIII Año de la Carrera de Medicina, Facultad de Ciencias Medicas, Miembros de la Asociación Científica de Estudiantes de Medicina de Honduras (ASOCEMH UNAH); ²Departamento de Pediatría, Facultad de Ciencias Médicas/Hospital Materno Infantil.</p>
11:45	<p>2T. Consideraciones epidemiológicas sobre la epidemia de dengue en Honduras en el año 2010. <u>José Solórzano</u>,¹ Catalina Sherman,¹ Manuel Sierra.² ¹Dirección General de Vigilancia de la Salud, Secretaría de Salud de Honduras; ²Unidad de Investigación Científica, Facultad de Ciencias Médicas, UNAH.</p>
12:00	<p>3T. Lecciones aprendidas de la epidemia de dengue en la Región de Salud Metropolitana (RSM) de Tegucigalpa en el 2010. <u>Nora Rodríguez</u>,¹ Dafne Carias,¹ Manuel Sierra,² Héctor Escalante.³ ¹Región de Salud Metropolitana (RSM) de Tegucigalpa, Secretaría de Salud de Honduras; ²Unidad de Investigación Científica, Facultad de Ciencias Médicas, UNAH; ³Maestría en Salud Pública, Facultad de Ciencias Médicas, UNAH.</p>

Jueves 23 de septiembre
Jornada Vespertina, Salón Real III

Horario	Presentaciones por bloques
13:00 – 15:00	<p>Bloque: Parasitología I Asociación Hondureña de Parasitología (AHPA); Instituto de Enfermedades Infecciosas y Parasitología Antonio Vidal (IAV); Sociedad Hondureña de Enfermedades Infecciosas (SHEI). Moderador: Concepción Zúniga, AHPA, IAV, SHEI.</p>
13:00	<p>7C. Tratamiento de las helmintiasis en niños. Marco Tulio Luque. Servicio de Infectología, Instituto Hondureño de Seguridad Social; Servicio de Infectología Pediátrica, Hospital Escuela; Tegucigalpa.</p>
13:40	<p>4T. Geohelmintiasis en Belice: estableciendo línea de base. <u>Rina G. Kaminsky</u>,¹ Phillip Castillo,² José Marengo,³ Guillermo Troya.⁴ ¹Facultad de Ciencias Médicas, Universidad Nacional Autónoma de Honduras; ²Hospital de Dangriga, Distrito Stann Creek, Belice; ³Región del Sur, Distritos de Toledo & Stann Creek, Belice; ⁴Servicios y Sistemas de Salud, OPS/OMS/Belice.</p>
13:55	<p>5T. Preparando un Programa de Control de Helmintiasis: el ejemplo de Belice. <u>Rina G. Kaminsky</u>,¹ Phillip Castillo,² José Marengo,³ Guillermo Troya.⁴ ¹Facultad de Ciencias Médicas, Universidad Nacional Autónoma de Honduras; ²Hospital de Dangriga, Distrito Stann Creek, Belice; ³Región del Sur, Distritos de Toledo & Stann Creek, Belice; ⁴Sistemas y Servicios de Salud en OPS/OMS/Belice.</p>
14:10	<p>6T. Parasitosis desatendida: Tricuriasis severa en niños en el Hospital Escuela, Honduras. Rina Kaminsky,¹ Rhina Z. Pineda,² Elizabeth Ordóñez,² <u>Renato Valenzuela C.</u>¹ ¹Facultad de Ciencias Médicas, Universidad Nacional Autónoma, Honduras; ²Estudiante V año Carrera de Medicina, Facultad de Ciencias Médicas, Universidad Nacional Autónoma, Honduras.</p>
14:25	<p>7T. Angiostrongiliasis abdominal como causa de abdomen agudo: Informe de un caso. Ramón Yefrin Maradiaga Montoya. Clínicas Médicas Maradiaga, Tegucigalpa.</p>
14:40	<p>8T. Diagnóstico Parasitológico de Laboratorios Clínicos Públicos y Privados de Tegucigalpa, Honduras: Capacidad de Respuesta? <u>Jorge García</u>,^{1,2} Wendy López,¹ Jackeline Alger,¹ María Luisa Matute,³ Rina G. de Kaminsky.^{1,4} ¹Servicio de Parasitología, Departamento de Laboratorios Clínicos, Hospital Escuela; ²Proyecto Fondo Mundial Componente Malaria; ³Laboratorio Nacional de Vigilancia de la Salud; ⁴Departamento de Pediatría, Facultad de Ciencias Médicas, Tegucigalpa, Honduras.</p>
15:00- 15:20	Refrigerio

Jueves 23 de septiembre

Jornada Vespertina, Salón Real III

15:20-17:00	Bloque: Parasitología II Asociación Hondureña de Parasitología (AHPA); Instituto de Enfermedades Infecciosas y Parasitología Antonio Vidal (IAV); Sociedad Hondureña de Enfermedades Infecciosas (SHEI). Moderadora: Rina G. Kaminsky, AHPA, IAV.
15:20	8C. Inmunobiología e inmunogenética de la toxoplasmosis congénita. <u>María Dolores Correa Beltrán</u> , ¹ Luz Belinda Ortiz-Alegría, ¹ Heriberto Caballero-Ortega, ¹ Irma Cañedo-Solares, ¹ Claudia Patricia Rico-Torres, ¹ Alfredo Sahagún-Ruiz, ² María Edith Medina-Escutia. ³ ¹ Instituto Nacional de Pediatría, SSA; ² Facultad de Medicina Veterinaria y Zootecnia, UNAM; ³ Instituto de Diagnóstico y Referencia Epidemiológicos, SSA, México.
16:00	9T. Detección de Toxoplasmosis Aguda en Embarazadas Controladas en el Instituto Hondureño de Seguridad Social, Tegucigalpa. <u>Doris Maribel Rivera</u> , ¹ Howard Doyle, ² MSW Alyssa Richtarik, ² Denis Padgett, ¹ Marco Tulio Luque, ¹ Sofía Rosales. ³ ¹ Hospital de Especialidades, IHSS; ² Fundación Imagine; ³ Convenio Imagine – IHSS.
16:15	10T. Estudio de la genética poblacional de <i>Toxoplasma gondii</i> en México. Claudia Patricia Rico-Torres, ¹ Carlos Cedillo-Peláez, ¹ Alejandro Besné-Mérida, ^{1,2} Alejandra del Viento, ³ Noé Pacheco-Coronel, ² Ricardo Figueroa-Damián, ⁴ José Manuel Palma, ³ Héctor Luna-Pastén, ¹ Ernesto Becerra, ¹ Aidé Fernández, ¹ Héctor Quiroz-Romero, ² Luis Jorge García-Márquez, ³ <u>María Dolores Correa Beltrán</u> . ¹ ¹ Instituto Nacional de Pediatría, SSA; ² Facultad de Medicina Veterinaria y Zootecnia, UNAM; ³ Universidad de Colima; ⁴ Instituto Nacional de Perinatología, SSA, México.
16:30	11T. Informe de un caso de isosporiasis con farmacoterapia exitosa en El Salvador. <u>Miguel Angel Mínero Lacayo</u> , ¹ Carlos Rodolfo Aquino. ² ¹ Sección de Parasitología, Departamento de Microbiología, Universidad de El Salvador; ² Instituto Salvadoreño del Seguro Social, El Salvador.
16:45	12T. Análisis situacional de la malaria en el periodo 2000-2010 en Honduras. <u>Martin Iván Sinclair</u> , ^{1,3} Alex Rovelo. ^{2,3} ¹ Epidemiología; ² Sistema de Información; Programa Nacional de Malaria, Secretaría de Salud de Honduras; ³ Proyecto Fondo Mundial, Componente Malaria, Honduras.
17:00	13T. Evaluación de la respuesta terapéutica a los antimaláricos, Servicio de Parasitología, Departamento de Laboratorios Clínicos, Hospital Escuela, Tegucigalpa, 2009-2010. <u>Jackeline Alger</u> , ¹ Jorge García, ^{1,2} ¹ Servicio de Parasitología, Departamento de Laboratorios Clínicos, Hospital Escuela; ² Proyecto Fondo Mundial Componente Malaria, Tegucigalpa Honduras.

Jueves 23 de septiembre
Jornada Vespertina, Salón Real IV

Horario	Presentaciones por bloques
13:00-15:00	<p>Bloque: VIH/SIDA I Mesa Redonda: Proceso de desarrollo del nuevo modelo de prevención y atención en VIH basado en evidencia. Departamento de ITS/ VIH /SIDA, Secretaria de Salud. AIDSTAR ONE/USAID Honduras. Moderador: Manuel Sierra, UIC, FCM/UNAH.</p>
13:00	<p>14T. Limitantes y desafíos para el desarrollo de un modelo nacional de atención integral basado en evidencia. Rolando Pinel,¹ <u>Liziem Valladares.</u>¹ ¹Proyecto AIDSTAR.</p>
13:30	<p>15T. Proceso de desarrollo del modelo nacional de atención integral basado en evidencia. Rolando Pinel,¹ <u>Marco Urquía,</u>² ¹Proyecto AIDSTAR ONE / USAID Honduras; ² Departamento de ITS/ VIH /SIDA, Secretaria de Salud.</p>
14:00	<p>16T. Análisis de la evaluación de la atención integral institucional. Aysa Saleh-Ramírez,¹ <u>César Castellanos,</u>¹ Ximena Gutiérrez,¹ Gloria Martínez,² Héctor Galindo,² Diana Núñez,² Norma Artiles,² Maryanne Stone-Jimenez,¹ María Claudia Escobar,¹ <u>Nora Maresh.</u>¹ ¹Proyecto AIDSTAR ONE / USAID Honduras; ²Departamento de ITS/ VIH /SIDA, Secretaria de Salud.</p>
14:30	<p>17T. Diagnostico de los Servicios de ASONAVSIDAH. Rolando Pinel,¹ <u>Aysa Saleh Ramirez,</u> <u>Liziem Valladares.</u> Proyecto AIDSTAR ONE / USAID Honduras.</p>
15:00 - 15:20	Refrigerio
15:20 - 17:00	<p>Bloque: VIH/SIDA II y Discapacidades Moderadora: Astarte Alegría, Maestría de Salud FCM/UNAH.</p>
15:20	<p>18T. Condiciones de Posibilidad del Derecho a la Atención Integral: Una mirada a una década de la respuesta ante el VIH y SIDA en Honduras. Emilia Alduvín Sainz. Coordinación de Investigación, Postgrado en Salud Pública, Facultad de Ciencias Médicas, UNAH.</p>
15:35	<p>19T. Exclusión en la atención odontológica de las personas que viven con VIH/SIDA en el Municipio del Distrito Central 2010-2011. Cynthia Sierra. Séptima Promoción, Postgrado de Maestría de Salud Pública, Facultad de Ciencias Medicas, Universidad Nacional Autónoma de Honduras.</p>
15:50	<p>20T. Situación de la población Miskita VIH positiva de Brus Laguna y respuesta estatal y de la sociedad en 2011. Avances Preliminares. Cándida Dereck Jackson. Séptima Promoción, Postgrado en Salud Pública, Facultad de Ciencias Médicas, UNAH.</p>
16:05	<p>21T. El Derecho a una Atención Integral: paradigma pendiente o ilusión incumplida? Xiomara Bú. Foro Nacional de SIDA; Departamento de Filosofía, UNAH.</p>
16:20	<p>22T. Posibles factores que influyen en la poca realización del examen del VIH en mujeres embarazadas - municipio de Gracias Lempira, Honduras, Agosto del 2008. Fany Patricia García,¹ <u>Carlos Mazier.</u>¹ Región de Salud Lempira, Honduras.</p>

16:35	23T. Informe nacional sobre los progresos realizados en la aplicación del UNGASS, periodo de cobertura: enero de 2008 – diciembre de 2009. Nasim Farach, ¹ <u>Jorge Fernández</u> , ² Héctor Galindo, ³ Liliana Mejía, ³ Rudy Molinero, ³ Rolando Pinel, ³ Manuel Sierra, ⁴ Tomasa Sierra, ³ Marco Urquía. ³ ¹ Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA (ONUSIDA); ² Comisión Nacional de SIDA (CONASIDA); ³ Departamento de ITS/VIH/SIDA, Secretaria de Salud de Honduras; ⁴ Unidad de Investigación Científica, Facultad de Ciencias Médicas, Universidad Nacional Autónoma de Honduras.
16:50	24T. Prevención de Discapacidades en la Etapa Prenatal, Honduras 2008- 2010. <u>Edna Janeth Maradiaga</u> , ¹ Etna Lagos Rivera. ² ¹ Unidad de Investigación Científica, Facultad de Ciencias Médicas, UNAH; ² Fundación de Waal.

Viernes 24 de Septiembre
Jornada Matutina, Salón Real I, II

Horario	Presentaciones por bloques
08:30 - 10:00	Bloque: Endocrinología Pediátrica Moderadora: Argentina Alas de Chávez, Departamento de Pediatría/ FCM/UNAH.
08:30	25T. Tumor de células pardas del Hiperparatiroidismo. <u>María Gabriela Mendoza Flores</u> , ¹ Lesby M. Espinoza, ² Guillermo Villatoro. ² ¹ Postgrado de Pediatría, Hospital Escuela, UNAH; ² Servicio de Endocrinología, Departamento de Pediatría, Hospital Escuela, Tegucigalpa.
08:45	26T. Síndrome de Van Wyk-Grumbach. <u>Lesby M. Espinoza</u> , ¹ Guillermo Villatoro. ¹ ¹ Servicio de Endocrinología, Departamento de Pediatría, Hospital Escuela, Tegucigalpa.
09:00	27T. Síndrome de Peutz Jeghers. <u>Guillermo Villatoro</u> , ¹ Lesby M. Espinoza. ¹ ¹ Servicio de Endocrinología, Departamento de Pediatría, Hospital Escuela, Tegucigalpa.
09:15	28T. Síndrome de McCune-Albright. <u>María Gabriela Mendoza Flores</u> , ¹ Lesby M. Espinoza, ² Guillermo Villatoro. ² ¹ Postgrado de Pediatría, Hospital Escuela, UNAH; ² Servicio de Endocrinología, Departamento de Pediatría, Hospital Escuela, Tegucigalpa.
09:30	29T. Carcinoma Papilar de Tiroides en niños. <u>Doris Leticia Burdet Muñoz</u> , ¹ Lesby M. Espinoza, ² Guillermo Villatoro. ² ¹ Postgrado de Pediatría, Hospital Escuela, UNAH; ² Servicio de Endocrinología, Departamento de Pediatría, Hospital Escuela, Tegucigalpa.
09:45	30T. Informe de un caso de cuerpo extraño en vía aérea atípico en un niño de 11 meses de edad Tegucigalpa Honduras. <u>Ramón Mauricio Loredó Ramírez</u> , ¹ Raúl Zelaya Rodríguez. ² ¹ Residente 3er Año Postgrado Otorrinolaringología, Hospital Escuela, UNAH; ² Servicio de Otorrinolaringología, Departamento de Cirugía, Hospital Escuela.
10:00-10:30	RECESO

	<p>Bloque: Parasitología III y Enfermedades Infecciosas Asociación Hondureña de Parasitología (AHPA); Instituto de Enfermedades Infecciosas y Parasitología Antonio Vidal (IAV); Sociedad Hondureña de Enfermedades Infecciosas (SHEI). Moderadora: Jackeline Alger, AHPA, IAV, SHEI.</p>
10:30	<p>9C. Avances en Epidemiología de la Enfermedad de Chagas en Honduras, año 2010. <u>Concepción Zúniga</u>,¹ Jiro Nakamura,² Ken Hashimoto,² Andres Murillo.³ ¹Programa Nacional de Chagas y Leishmaniasis; ²Agencia de Cooperación Internacional de Japón,JICA; ³Laboratório de Referência Enfermedad de Chagas, Secretaría de Salud.</p>
11:00	<p>31T. Vigilancia de la Enfermedad de Chagas en Honduras 2008-2010: en la ruta hacia la interrupción de la transmisión vectorial con participación comunitaria. <u>Mercedes Martínez</u>,¹ Ken Hashimoto,² Ramón Rosales,¹ Marco Tulio Trejo,¹ Jiro Nakamura,² Concepción Zúniga.¹ ¹Programa Nacional de Chagas y Leishmaniasis, Secretaria de Salud; ²Agencia de Cooperación Internacional de Japón – JICA.</p>
11:15	<p>32T. Caracterización: primeros 100 casos confirmados, Influenza A (H1N1) novel, Honduras, 27 abril - 10 junio del 2009. <u>Homer Mauricio Mejía Santos</u>,¹ Gustavo A. Urbina Nuñez,¹ Edith Rodríguez.² ¹VI Cohorte, Maestría en Epidemiología de Campo del CDC; Universidad del Valle, Guatemala, Dirección General de Vigilancia de la Salud Secretaria de Salud, Honduras; ²I Cohorte, Universidad del Valle, Guatemala; Dirección General de Vigilancia de la Salud Secretaria de Salud, Honduras.</p>
11:30	<p>33T. Brote de Influenza A (H1N1) en escuela bilingüe, Tegucigalpa, Honduras. 25 de Julio - 5 de Agosto de 2009“. <u>Homer Mauricio Mejía Santos</u>¹, Edith Rodríguez². ¹VI Cohorte, Maestría en Epidemiología de Campo del CDC; Universidad del Valle, Guatemala, Dirección General de Vigilancia de la Salud Secretaria de Salud, Honduras; ²I Cohorte, Universidad del Valle, Guatemala; Dirección General de Vigilancia de la Salud Secretaria de Salud, Honduras.</p>
11:45	<p>34T. Experiencia de equipo médico quirúrgico móvil durante la respuesta al terremoto de Haití ocurrido en enero del 2010. <u>Ricardo Aviles L</u>, David Cancelada, Marie Domínguez. Fuerza de Tarea Conjunta Bravo, Palmerola, Comayagua, Honduras.</p>
12:00-13:00	<p>Receso</p>

Viernes 24 de Septiembre
Jornada Matutina, Salón Real III

Horario	Presentaciones por bloques
08:30-10:00	Bloque: Problemas de Salud Prevalentes en Honduras I Moderadora: Elizabeth Paguada, UIC/FCM/UNAH
08:30	35T. La epidemia del tabaquismo y las leyes de control en Honduras. <u>Odessa Henríquez Rivas.</u> Alianza Hondureña Antitabaco; Instituto Nacional Cardiopulmonar.
08:45	36T. Estudio de prevalencia y mortalidad por cáncer en la población general en el periodo enero 2003 a diciembre 2007, en los municipios y/o zonas de influencia cubiertos por Médicos en Servicio Social: resultados y experiencia de una estrategia innovadora de investigación en temas prioritarios nacionales. <u>Manuel Sierra,</u> ¹ Elizabeth Paguada, ¹ Rosa María Duarte, ² Jacqueline Figueroa, ³ Mauricio Gonzales, ¹ Jackeline Alger, ¹ Eleonora Espinoza, ¹ Iván Espinoza, ¹ Edna Maradiaga, ¹ Gustavo Moncada, ¹ Denis Padgett. ¹ ¹ Unidad de Investigación Científica, Facultad de Ciencias Médicas, Universidad Nacional Autónoma de Honduras; ² Programa Nacional de Cáncer, Secretaria de Salud de Honduras; ³ Centro de Cáncer Emma Romero Callejas, Tegucigalpa, Honduras.
09:00	10C. Embarazo y Trastornos Hipertensivos. Gustavo Moncada UIC/FCM/UNAH.
09:30	37T. Embarazo complicado con hipertensión arterial en mujeres con edad gestacional ≥ 20 semanas atendidas en las áreas de influencia de médicos en servicio social. Gustavo Moncada ¹ , <u>Manuel Sierra,</u> ¹ Edna Maradiaga, ¹ Mauricio Gonzalez, ¹ Elizabeth Paguada, ¹ Jackeline Alger, ¹ Eleonora Espinoza, ¹ Iván Espinoza, ¹ Denis Padgett, ¹ Yeny Chavarría. ¹ Unidad de Investigación Científica, Facultad de Ciencias Médicas, UNAH.
09:45	38T. Embarazo complicado con hipertensión arterial en mujeres con edad gestacional ≥ 20 semanas atendidas en el hospital de la Esperanza, Intibucá, enero a marzo 2010. <u>Sandra Marcela Silva,</u> ¹ Manuel Sierra, ² Gustavo Moncada. ² ¹ Médica en Servicio Social, Hospital Dr. Enrique Aguilar Cerrato, La Esperanza, Intibucá; ² Unidad de Investigación Científica, Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional Autónoma de Honduras.
10:00	Refrigerio
10:30-12:00	Bloque: Problemas de Salud Prevalentes en Honduras II Moderador: Obdulio Tinoco, Servicio de ORL, Departamento de Cirugía, FCM/UNAH.
10:30	39T. Trastornos hipertensivos del embarazo en la Unidad de Parto del Bloque Materno Infantil, Hospital Escuela Marzo-Junio 2010. <u>Alejandro Enrique Bojórquez Gutiérrez,</u> ¹ Bryan Alexander Borjas Rodriguez, ¹ Carolina María Perdomo Zelaya, ¹ Eduardo Enrique Muñoz García, ¹ Lucía de la María Lara Salgado, ¹ Miriam Raquel Wong Aguilar, ¹ Marel De Jesús Castellanos. ² ¹ Estudiantes V año de medicina Facultad de Ciencias Médicas, UNAH; ² Departamento de Ginecología, Facultad de Ciencias Médicas, UNAH.
10:45	40T. Embarazo complicado con hipertensión arterial en mujeres con edad gestacional ≥ 20 semanas atendidas en el hospital Dr. Juan Manuel Gálvez, Gracias, Lempira, de enero a marzo 2010. Isis Rebeca Tabora Sevilla, ¹ Manuel Sierra, ² <u>Gustavo Moncada.</u> ² ¹ Médica en Servicio Social, Hospital Dr. Juan Manuel Gálvez, Gracias, Lempira; ² Unidad de Investigación Científica, Facultad de Ciencias Médicas, UNAH.

11:00	41T. Estableciendo un programa de cirugía de epilepsia fármaco resistente Tegucigalpa, Honduras reporte de casos. Marco Medina, ¹ DKraemer, ² O De la Lande, ³ M Dubon, ⁴ J Sanchez, ⁵ E Mayes, ⁶ R Madrid, ⁶ J Bu, ⁷ ¹ Facultad de Ciencias Médicas/UNAH.
11:15	42T. Sarcoma de células dendríticas en ganglio cervical derecho. A propósito de un caso. <u>Lysien Zambrano</u> , ¹ Selvin Reyes García, ¹ Edgardo Murillo Castillo. ^{2,3} ¹ Estudiantes VIII Año de la Carrera de Medicina, Facultad de Ciencias Medicas, Miembros de la Asociación Científica de Estudiantes de Medicina de Honduras (ASOCEMH UNAH); ² Facultad de Ciencias Médicas; ³ Instituto Nacional Cardiopulmonar, Unidad de Anatomía Patológica.
11:30	43T. Microlitiasis Pulmonar Severa. A propósito de un caso. <u>Selvin Reyes García</u> , ¹ Lysien Zambrano, ¹ Edgardo Murillo Castillo. ^{2,3} ¹ Estudiantes VIII Año de la Carrera de Medicina, Facultad de Ciencias Medicas, Miembros de la Asociación Científica de Estudiantes de Medicina de Honduras (ASOCEMH UNAH); ² Facultad de Ciencias Médicas; ³ Instituto Nacional Cardiopulmonar, Unidad de Anatomía Patológica.
11:45	44T. Estudio preliminar sobre los posibles factores que influyen en el incremento de la población femenina en la Carrera de Medicina, 2009-2010. <u>Keneth Vittetoe</u> , ¹ Yolany Paredes, ² Jessica Barahona, ² Xarah Meza. ² ¹ Departamento de Psiquiatría, Facultad de Medicina, UNAH; ² Postgrado de Psiquiatría.
12:00-13:00	Receso

Viernes 24 de septiembre
Jornada vespertina, Salón Real I, II

Horario	Presentaciones por bloques
13:00-15:00	<p>Bloque: Enfermería y Atención Primaria en Salud Moderador(a): Renato Valenzuela. Dpto. de Pediatría/ FCM/UNAH.</p>
13:00	<p>45T. Factores de riesgo y protectores en adolescentes embarazadas en seis instituciones de salud en Honduras. Mirna Vásquez Aguilera,¹ <u>Rosmery Durón del Cid</u>,² Deis Morales Zavala,² Tammy Laínez Serrano,³ Darla Davis Webster,³ Magdalena Aguilera Flores,⁴ Idalia Martínez Iriarte,⁴ Lesly Pineda,⁵ Delia Macías Licona,² Danelia Espino,⁶ Trinidad Amador,⁶ María Antonia García.⁶ ¹Post grado Enfermería FCM/UNAH, Tegucigalpa; ²Hospital Santa Teresa, Comayagua; ³ Hospital Tela; ⁴Hospital de Trujillo; ⁵Hospital Mario Catarino Rivas, San Pedro Sula; ⁶Hospital Escuela, Tegucigalpa; Honduras.</p>
13:15	<p>46T. Proceso de colaboración internacional entre Universidades de Alabama en Birmingham (UAB) y la Universidad Nacional Autónoma de Honduras (UNAH). Mirna Vásquez,¹ Olga Almendares,¹ <u>Martha García</u>,¹ Aracely Santos,¹ Rosa Matute,¹ Lynda Wilson,² Lygia Holcomb,² Karen Saenz.² ¹Escuela de Enfermería, FCM UNAH, Tegucigalpa Honduras; ²Escuela de Enfermería de la Universidad de Alabama, Birmingham, EUA.</p>
13:30	<p>47T. Factores relacionados a infecciones nosocomiales en 9 hospitales de Honduras según teorías de auto cuidado y el entorno. Mirna Vásquez A.,¹ Lesly Lopez,² <u>Marta Tabora</u>,² Sandra Najera,³ Ela Merary Perdomo,³ Rosalina Rodríguez,⁴ Sandra Salazar,⁴ Marta Hernández,⁴ Marcia Briones,⁵ Zulmi Robles,⁵ Asalia Martínez,⁶ Isis Hernández,⁷ Sady Mejía,⁸ Clarisa Ramos,⁸ Elena Padilla,⁹ Lucila Caballero,¹⁰ Prudencia Mejía.¹⁰ ¹Post Grado enfermería Escuela Enfermería, Tegucigalpa; ²Instituto Nacional Cardiopulmonar de Tegucigalpa; ³Hospital Regional Atlántida, La Ceiba; ⁴Hospital Dr. Mario Catarino Rivas, San Pedro Sula; ⁵Hospital Tela; ⁶Hospital Salvador Paredes, Trujillo; ⁷Hospital Progreso; ⁸Instituto Hondureño de Seguridad Social, Tegucigalpa; ⁹Hospital San Lorenzo, Valle; ¹⁰Hospital Regional Santa Teresa, Comayagua.</p>
13:45	<p>48T. Tendencias de la Educación Superior de Enfermería en Honduras. Alfonsyna Montoya de Abarca, Mirna Vásquez Aguilera, <u>Nubia Rodríguez</u>. Post Grado en Enfermería, Escuela de Enfermería, UNAH, Tegucigalpa, Honduras.</p>
14:00	<p>49T. Integración docencia servicio de Honduras. Carmen Guzmán, Reina Rivera, <u>Silvia Acosta</u>. Comité Nacional de Integración Docencia Servicio, Tegucigalpa Honduras.</p>
14:15	<p>50T. Estrategia de Atención Primaria en Salud del Instituto Hondureño de Seguridad Social. Engels Alexis Sandoval. Programa de Atención Integral en Salud Familiar y Comunitaria, IHSS, Tegucigalpa.</p>
14:30	<p>51T. Análisis de la opinión de los pacientes hacia el trato que reciben por parte de sus médicos, 2010. <u>Saira Damas</u>, Halina Osorio, Anabell Ramos. Estudiantes Carrera de Medicina, Facultad de Ciencias Médicas, UNAH; Hospital Escuela. Tegucigalpa Honduras.</p>

14:45	52T. Violencia doméstica en San Lorenzo, Valle, en el periodo de febrero – marzo 2008. <u>Carol Sevilla</u> , ¹ Germán Leonel Zavala. ² ¹ Estudiante VIII Año de la Carrera de Medicina, Facultad de Ciencias Médicas, Miembros de la Asociación Científica de Estudiantes de Medicina de Honduras (ASOCEMH UNAH); ² Departamento de Salud Pública, Facultad de Ciencias Médicas.
15:00	53T. Recorrido de la Ruta Crítica de las Víctimas de Violencia Sexual en el Municipio del Distrito Central realizado en los meses de octubre a diciembre del año 2009. Asunción Alicia Lagos.
16:00-17:00	Clausura Refrigerio

Viernes 24 de Septiembre
Jornada Vespertina, Salón Real III

Horario	Presentaciones por bloques
13:00-15:00	Bloque: Depresión mayor en mujeres Moderador(a): Edna Maradiaga, UIC/FCM/UNAH
13:00	11C. Depresión mayor en atención primaria. <u>Carlos Sosa</u> , Hospital Santa Rosita, Tegucigalpa.
13:30	54T. Prevalencia de depresión mayor y algunos factores relacionados en mujeres mayores de 18 años residentes en el área de influencia de los cesamos con médicos en servicio social en el periodo diciembre 2008 – diciembre 2009. <u>Eleonora Espinoza</u> , ¹ Carlos Sosa, ² Manuel Sierra, ¹ Denis Padgett, ¹ Mauricio Gonzáles, ¹ Jackeline Alger, ¹ Iván Espinoza, ¹ Edna Maradiaga, ¹ Gustavo Moncada, ¹ Elizabeth Paguada. ¹ ¹ Unidad de Investigación Científica (UIC), Facultad de Ciencias Médicas (FCM), UNAH, Tegucigalpa, Honduras; ² Hospital Psiquiátrico Santa Rosita.
13:45	55T. Prevalencia de depresión mayor y algunos factores relacionados en mujeres mayores de 18 años residentes en el área de influencia del CESAMO Candelaria, Lempira, en el periodo diciembre 2008 – diciembre 2009. <u>Roberto Valle</u> , ¹ Eleonora Espinoza, ² Carlos Sosa, ³ Manuel Sierra, ² Denis Padgett, ² Mauricio Gonzales, ² Jackeline Alger. ² ¹ Médico en Servicio Social Período 2008-2009; ² Hospital Psiquiátrico Santa Rosita ³ Unidad de Investigación Científica (UIC), Facultad de Ciencias Médicas (FCM), UNAH.
14:00	56T. Prevalencia de depresión mayor y algunos factores relacionados, en mujeres mayores de 18 años que viven en las áreas de influencia del CESAMO Dr. Jerónimo Suazo Alerro, del municipio de San José de Colinas, Santa Bárbara; en el periodo comprendido de diciembre 2008 a diciembre 2009. <u>Mirna Elizabeth Díaz</u> , ¹ Mauricio Gonzáles, ² Eleonora Espinoza, ² Carlos Sosa, ³ Manuel Sierra, ² Denis Padgett, ² Jackeline Alger. ² ¹ Médico en Servicio Social Período 2008-2009; ² Hospital Psiquiátrico Santa Rosita; ³ Unidad de Investigación Científica (UIC), Facultad de Ciencias Médicas (FCM), UNAH.
14:15	57T. Prevalencia de depresión y algunos factores relacionados en mujeres mayores de 18 años residentes en el área de influencia del Hospital Enrique Aguilar Cerrato, La Esperanza, Intibucá, en el periodo diciembre 2008 - diciembre 2009. <u>Rebeca Bográn</u> , ¹ Denis Padgett, ² Eleonora Espinoza, ² Carlos Sosa, ³ Jackeline Alger, ² Mauricio Gonzales, ² Manuel Sierra. ² ¹ Médico en Servicio Social Período 2008-2009; ² Hospital Psiquiátrico Santa Rosita; ³ Unidad de Investigación Científica (UIC), Facultad de Ciencias Médicas (FCM), UNAH.

14:30	<p>58T. Prevalencia de depresión y algunos factores relacionados en mujeres mayores de 18 años residentes en la comunidad de Plaplaya, La Mosquitia, en el periodo diciembre 2008 - diciembre 2009. Hugo Landa Oviedo,¹ María Aguilar Pardo,¹ Daniel López Padilla,¹ <u>Eleonora Espinoza</u>,² Manuel Sierra,² Carlos Sosa,³ Denis Padgett,² Mauricio Gonzáles,² Jackeline Alger.² ¹Médico en Servicio Social periodo 2009-2010, ²Unidad de Investigación Científica, Facultad de Ciencias Médicas, Universidad Nacional Autónoma de Honduras, ³Hospital Psiquiátrico Nacional “Santa Rosita”, Amaratéca, Francisco Morazán.</p>
14:45	<p>59T. Estudio de prevalencia de depresión mayor y algunos factores relacionados, en mujeres mayores de 18 años que viven en las áreas de influencia del Hospital de Puerto Lempira departamento de Gracias a Dios, durante el periodo comprendido de diciembre 2008 a diciembre 2009 <u>René Orlando García Ramírez</u>,¹ Eleonora Espinoza,² Manuel Sierra,² Carlos Sosa,³ Denis Padgett,² Mauricio Gonzáles,² Jackeline Alger.² ¹Médico en Servicio Social periodo 2009-2010; ²Unidad de Investigación Científica, Facultad de Ciencias Médicas, Universidad Nacional Autónoma de Honduras; ³Hospital Psiquiátrico Nacional “Santa Rosita”, Amaratéca, Francisco Morazán.</p>
15:00	<p>60T. Prevalencia de depresión y factores asociados en mujeres mayores de 18 años en dos comunidades de la Región Central de Honduras, Enero 2009-Enero 2010. María D. Aguilar Pardo,¹ Daniel López Padilla,¹ Hugo Landa Oviedo,¹ <u>Eleonora Espinoza</u>,² Manuel Sierra,² Carlos Sosa,³ Denis Padgett,² Mauricio Gonzáles,² Jackeline Alger.² ¹Médico en Servicio Social periodo 2009-2010; ²Unidad de Investigación Científica, Facultad de Ciencias Médicas, Universidad Nacional Autónoma de Honduras; ³Hospital Psiquiátrico Nacional “Santa Rosita”, Amaratéca, Francisco Morazán.</p>
15:15	<p>61T. Prevalencia de Depresión y algunos factores relacionados, en mujeres mayores de 18 años que viven en las áreas de influencia del CESAMO de Chamelecón, Departamento de Cortés en el período comprendido de diciembre 2008 a diciembre 2009. <u>Rossana Rosa Espinoza</u>,¹ <u>Elizabeth Paguada</u>,² Eleonora Espinoza,² Carlos Sosa,³ Manuel Sierra,² Denis Padgett,² Mauricio Gonzáles.² ¹Médico en Servicio Social Período 2008-2009; ²Unidad de Investigación Científica (UIC), Facultad de Ciencias Médicas (FCM), UNAH, Tegucigalpa, Honduras; ³Hospital Psiquiátrico Nacional “Santa Rosita”, Amaratéca, Francisco Morazán.</p>
16:00– 17:00	<p>Clausura Refrigerio</p>

RESÚMENES

C Conferencias

T Trabajos Libres

CONFERENCIAS

- 1C. Proceso de desarrollo de líneas prioritarias de investigación y Política de Investigación en la Universidad Nacional Autónoma de Honduras.** Leticia Salomón, Dirección de Investigación Científica, UNAH
- 2C. Priorización para la investigación en salud y la Política de Investigación para la Salud de OPS/OMS.** Luis Gabriel Cuervo, Evelina Chapman. Promoción y Desarrollo de la Investigación, Área de Tecnología para la Atención e Investigación en Salud, Organización Panamericana de la Salud, Washington, DC, EUA.

La investigación relevante y de calidad es esencial para la equidad, la salud y el desarrollo socioeconómico, y para alcanzar los Objetivos de Desarrollo del Milenio relacionados con la salud. La política de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) sobre investigación para la salud se formuló en el año 2009 con el propósito de apoyar y orientar la cooperación técnica de la OPS (la OPS está conformada por los Estados Miembros y el Secretariado en la Oficina Sanitaria Panamericana) en las investigaciones para la salud, promocionar que existan en todos los países de las Américas sistemas nacionales de investigación sanitaria sólidos y sostenibles, y que los datos de la investigación sean piedra angular de las actividades encaminadas a mejorar la salud, el bienestar y la equidad. **Valores, Prioridades y Principios:** La política está fundamentada en los valores sostenidos por la OPS que son: equidad, excelencia, solidaridad, respeto e integridad. También se han tomado en cuenta las prioridades transversales (igualdad de género, grupo étnico, protección social, promoción de la salud, derechos humanos, atención primaria de salud, entre otros). La Política tiene como principios que guiarán al logro de sus metas y objetivos: repercusiones, calidad, integración y comunicación y accesibilidad. **Objetivos:** La Política incluye seis objetivos interrelacionados 1) promover la generación de investigaciones pertinentes, éticas y de gran calidad; 2) fortalecer la gobernanza de la investigación y promover la definición de temarios para la investigación; 3) mejorar la competencia de los recursos humanos que participan en la investigación y prestarles un mayor apoyo; 4) promover una mayor eficiencia e intensificar las repercusiones de la investigación y la identificación con sus objetivos mediante alianzas eficaces y estratégicas, la colaboración, el fortalecimiento de la confianza y la participación del público en la investigación; 5) fomentar prácticas y estándares óptimos para la investigación; y 6) promover la difusión y utilización de los resultados de la investigación (repercusión de la investigación). Los objetivos concuerdan y actúan de manera sinérgica con las cinco metas de la estrategia de la Organización Mundial de la Salud (OMS) sobre investigaciones en pro de la salud: 1) reforzar la cultura de la investigación en toda la OMS; 2) abogar por que las investigaciones respondan a necesidades de salud prioritarias; 3) apoyar el fortalecimiento de los sistemas nacionales de investigación sanitaria; 4) fomentar las buenas prácticas de investigación, y 5) fortalecer los vínculos entre las políticas, las prácticas y los productos de la investigación. **Alineamiento:** Tanto en sus principios y valores rectores como en las recomendaciones para la consecución de los objetivos de la Política, la OPS aborda las necesidades prioritarias para la salud y las oportunidades para promover el desarrollo y la equidad a nivel regional, subregional y de país. La Política busca apoyar a los Estados Miembros para que definan, examinen y evalúen periódicamente sus propias prioridades de investigación, y presten cooperación técnica encaminada a identificar y resolver brechas en áreas críticas del conocimiento. Mayor información se encuentra disponible en: <http://www.paho.org/portalinvestigacion/politica> (acceso agosto 2010).

3C. Retos y desafíos de la investigación científica en la educación superior en Honduras. Rutilia Calderón. Vice Rectoría Académica, UNAH.

4C. EVIPNet Américas: institucionalización del uso de la evidencia para informar la toma de decisiones. Luis Gabriel Cuervo, Evelina Chapman. Promoción y Desarrollo de la Investigación, Área de Tecnología para la Atención e Investigación en Salud, Organización Panamericana de la Salud, Washington, DC, EUA.

EVIPNet (Evidence Informed Policy Networks) es una iniciativa innovadora concebida como catalizador del fortalecimiento de los sistemas nacionales de investigación en salud por que desarrolla cada componente (gestión efectiva del conocimiento, política nacional de investigación, recursos humanos capaces, un marco y una estructura regulatoria robustos, instituciones fuertes con la pericia y recursos necesarios, financiación adecuada) mediante el uso sistemático de investigaciones científicas de la más alta calidad (evidencias) en la formulación de políticas sanitarias nacionales. EVIPNet Américas se lanzó en julio 2007 con los objetivos de: 1) Promover mecanismos nacionales para facilitar el uso cotidiano de las evidencias, obtenidas a través de investigaciones, para apoyar el proceso de toma de decisiones; 2) Crear capacidades sostenibles en los países para contar con las habilidades de análisis y las fuentes confiables de evidencias científicas que permitan responder las preguntas claves en el desarrollo de las políticas para la salud; y 3) Orientar el mejor uso de los recursos regionales a través del desarrollo de redes multi-país usando como punto de partida redes locales con una dinámica de organización similar. **Equipo EVIPNet:** Un paso fundamental en la implementación de EVIPNet es contar con un equipo local dinámico y comprometido, con representación de las partes claves directamente interesadas; por ejemplo, autoridades sanitarias nacionales o sus representantes, consejos de ciencia y tecnología, comunidad académica y de investigación y sociedad civil organizada. Los equipos deben identificar temas de interés común relevantes a las políticas sanitarias, usando metódicamente las evidencias científicas para ofrecer a los trazadores de políticas sanitarias opciones y decisiones informadas y ponderadas a la luz del método científico. **Ejecución:** Durante la fase de ejecución, que sigue a la fase de planificación, los equipos ejecutarán las actividades propuestas con la ayuda activa de la OPS y un grupo de apoyo internacional, compuesto de expertos en el campo de aplicación de los resultados de la investigación a las políticas y la práctica. Durante esta fase, se espera que las propuestas se centren en los objetivos: 1) Mejorar los nexos entre productores y usuarios de las evidencias; 2) Usar, evaluar y adaptar las revisiones sistemáticas y otros tipos de evidencias pertinentes a las necesidades de los encargados de tomar decisiones; 3) Encargar y/o actualizar revisiones sistemáticas de investigaciones sanitarias (en particular las locales), o comunicar la necesidad de revisiones específicas a grupos especializados en síntesis de conocimientos; 4) Promover proyectos de investigación sanitaria que tiendan a llenar las brechas en el conocimiento actual en campos prioritarios, así como la inclusión de campos pertinentes a la formulación de políticas en los programas de esas prioridades de la investigación; 5) Diseñar, aplicar y promover estrategias para mejorar la captación de evidencias por los decisores y formuladores de políticas; 6) Ofrecer oportunidades de capacitación para desarrollar de quienes toman decisiones y formulan políticas en acceder y aplicar las evidencias; 7) Proporcionar a los decisores y formuladores de políticas una fuente fiable y fidedigna de evidencias que faciliten la adopción de medidas teniendo en cuenta las necesidades locales y regionales; y 8) Asociarse con las organizaciones ya involucradas en cualquiera de las funciones mencionadas. El propósito último de EVIPNet es reducir las inequidades y mejorar la salud de las poblaciones aprovechando el conocimiento científico actual, mediante la creación de mecanismos que diseminen, compartan y apliquen el conocimiento en la toma de decisiones. Mayor información se encuentra disponible en: <http://www.paho.org/Portalinvestigacion/EVIPNet> (acceso agosto 2010).

5C. Tamizaje pre y posnatal de infecciones congénitas. Un proyecto multicéntrico con miras a un programa horizontal. María Dolores Correa Beltrán y el Grupo de Estudio de Infecciones Congénitas de México. Instituto Nacional de Pediatría, SSA, México.

El problema de la discapacidad es de trascendencia mundial y afecta especialmente a los países en vías de desarrollo, por las altas tasas de natalidad y la dificultad de atender los problemas de la salud general. Entre las causas de discapacidad reencuentran los problemas congénitos y entre éstos, los infecciosos. Es poco lo que se sabe de la carga de las infecciones congénitas en México. Las dos entidades que se han buscado en pequeños estudios transversales son la sífilis y la toxoplasmosis, con tasas de 1.5 y 2.0 por cada 1,000 recién nacidos, respectivamente. La frecuencia de las infecciones congénitas en su conjunto debe rebasar el 1.0%, pues solamente el CMV en el mundo ocasiona infecciones intrauterinas en un 0.5-3.0%, y en América Latina entre 0.0% y 6.8%. La frecuencia de discapacidad es de 10 a 80% de los infectados, dependiendo del agente. Como estas entidades no siempre generan problemas identificables al nacimiento, deberían detectarse mediante tamiz neonatal, por lo que el costo se multiplica por el número de pruebas distintas que decidan incluirse en el proceso. El primer objetivo de este estudio es desarrollar una prueba “multiespectro” y evaluar su utilidad diagnóstica para tamiz neonatal de infección congénita por CMV, *T. gondii*, *T. palidum*, hepatitis B y C, herpes, rubéola y parvovirus, así como determinar la frecuencia de co-infecciones en mujeres embarazadas y en neonatos. El tamiz neonatal se basa en una prueba denominada “multiespectro” usando las muestras de sangre en papel filtro (tarjetas Guthrie) que se emplean en el programa de tamiz neonatal de enfermedades metabólicas de la Secretaría de Salud SSA, usando como estándar de referencia la confirmación de las positivas con ensayos específicos, aunados al examen clínico. El tamiz prenatal se lleva a cabo por medio de diagnóstico específico de las infecciones mencionadas y confirmación por pruebas moleculares o serológicas más específicas, así como amniocentesis, cuando procede; actualmente se está ensamblando en un hospital de tercer nivel para de embarazos de alto riesgo. Con base en los pocos datos que existen sobre las infecciones congénitas en México y los datos de sus frecuencias en otras partes del mundo, se estimó que para detectar cuando menos un caso de hepatitis B o C, que son las de menor frecuencia, será necesario tamizar entre 5,000 y 20,000 muestras, pero cuando se haya llegado a 5,000 se hará un corte para análisis de frecuencias reales, y nuevo cálculo del tamaño muestral. Se están evaluando los parámetros diagnósticos de sensibilidad, especificidad, valores predictivos positivo y negativo y “likelihood ratio” de la prueba multiespectro. En esta conferencia se presentará la estrategia y los componentes del grupo multicéntrico e interdisciplinario del estudio, el establecimiento de las bases de datos, la estandarización de la prueba multiespectro y resultados parciales de un ensayo piloto con toxoplasmosis congénita. El proyecto fue aprobado por CONACYT (No. 69666) y por la empresa Biomerieux, que donó la mitad de los kits para diagnóstico de laboratorio.

6C. Dengue: El estado actual en su conocimiento. Efraín Bu Figueroa. Servicio de Enfermedades Infecciosas, Departamento de Medicina Interna, Hospital Escuela / UNAH, Tegucigalpa.

Más de 50,000 casos de Dengue han ocurrido el presente año en Honduras, de los cuales alrededor de 5000 han sido dengue hemorrágico, con una tasa de letalidad del 2.8%. Una de las observaciones destacadas, en los grandes hospitales nacionales del país, han sido las manifestaciones inusuales y atípicas que dicha enfermedad ha mostrado, entre ellas la miocarditis y la encefalitis, complicaciones que han estado asociadas a mortalidad. También ha sido llamativo en esta epidemia la rapidez de instalación del choque hipovolemico al extremo que en algunos casos, este ha ocurrido el primer día febril, no obstante que la experiencia lo ha mostrado alrededor de los días 4 al 6 después de haberse iniciado la enfermedad, periodo llamado crítico. No obstante la mortalidad apuntada, esta es comparable a la encontrada en otros países con características socioeconómicas y de sistema de salud similares a las de Honduras. El dengue constituye hoy día, uno de los mayores azotes de la humanidad. Se producen anualmente 50 millones de infecciones anuales de las cuales unas 500,000 corresponden a dengue hemorrágico ocurriendo alrededor de 20,000 muertes anuales. Las variadas expresiones de esta enfermedad, descritas en distintas latitudes del planeta, así como la magnitud y el comportamiento

de la epidemia de dengue hemorrágico, jamás observada en nuestra nación, obliga a la comunidad científica en el sector de la salud, a conocer los avances epidemiológicos, diagnósticos, terapéuticos y preventivos de esta letal infección.

7C. Tratamiento de las helmintiasis en niños. Marco Tulio Luque. Servicio de Infectología, Instituto Hondureño de Seguridad Social; Servicio de Infectología Pediátrica, Hospital Escuela; Tegucigalpa.

Mundialmente se reconoce a las helmintiasis como un grave problema de salud pública, estrechamente ligado a la pobreza y especialmente relacionado con hábitos inadecuados de higiene personal y del lavado de los alimentos que se consumen crudos; la contaminación fecal del medio ambiente por deficiente disposición de excretas y basuras, y la falta de agua potable en cantidad y calidad adecuadas. A nivel mundial cobran particular importancia *Ascaris lumbricoides*, *Trichuris trichiura*, *Necator americanus* y *Ancylostoma duodenale*. Son considerados en conjunto porque en áreas poco desarrolladas es común que se encuentren en forma crónica, en un mismo individuo, especialmente en niños produciendo malnutrición, detención del crecimiento, retraso intelectual y déficit cognitivo y educativo. Se estima que 4.5 mil millones de personas están en riesgo de helmintiasis transmitidas por el suelo y hasta 1.2 mil millones de personas podrían estar infectadas con *A. lumbricoides*, cerca de 800 millones con *T. trichiura*, y más de 700 millones con uncinariosis. Es probable que una mejor higiene y saneamiento sean útiles para el control de estas parasitosis. También existen tres estrategias básicas para el uso de fármacos en el tratamiento de estas infecciones: (1) tratamiento individual basado en un diagnóstico de la infección (tratamiento selectivo); (2) tratamiento de grupos en alto riesgo (tratamiento específico); y (3) tratamiento de comunidades enteras, ya sea que las personas tengan la infección o no (tratamiento universal). Por lo general, se utiliza el tratamiento específico. El objetivo del tratamiento de las helmintiasis es remover el gusano adulto del tracto gastrointestinal. Las drogas más usadas para este objetivo son mebendazol y albendazol. Cuatro antihelmínticos se encuentran actualmente en la lista modelo de la Organización Mundial de la Salud de los medicamentos esenciales para el tratamiento y control de las geohelmintiasis: levamisol albendazol, mebendazol y pamoato de pirantel. El tratamiento regular con fármacos antihelmínticos benzimidazoles en los niños en edad escolar reduce y mantiene la carga parasitaria por debajo del umbral asociado con la enfermedad. Los beneficios de la desparasitación periódica en este grupo de edad son las mejoras en las reservas de hierro, en el crecimiento y estado físico, el rendimiento cognitivo y escolar. En los niños más pequeños, los estudios han demostrado mejorar los indicadores nutricionales tales como desnutrición, retraso del crecimiento, y aumento del apetito. En un metanálisis reciente se reportan las siguientes tasas de curación. La dosis única de albendazol oral, mebendazol y pamoato de pirantel para la infección por *A. lumbricoides* da como resultado tasas de curación de 88%, 95% y 88% respectivamente. Las tasas de curación para infección con *T. trichiura* después del tratamiento con dosis única de albendazole o mebendazole son de 28% y 36%, respectivamente. La eficacia de una dosis única oral de albendazole, mebendazole, y pamoato de pirantel contra uncinariosis fue de 72%, 15% y 31%, respectivamente. El tratamiento de *T. trichiura* con dosis única de los fármacos actuales no es satisfactorio. Se requiere el estudio y desarrollo de nuevos antihelmínticos.

8C. Inmunobiología e inmunogenética de la toxoplasmosis congénita. María Dolores Correa-Beltrán,¹ Luz Belinda Ortiz-Alegría,¹ Heriberto Caballero-Ortega,¹ Irma Cañedo-Solares,¹ Claudia Patricia Rico-Torres,¹ Alfredo Sahagún-Ruiz,² María Edith Medina-Escutia.³
¹Instituto Nacional de Pediatría, SSA; ²Facultad de Medicina Veterinaria y Zootecnia, UNAM; ³Instituto de Diagnóstico y Referencia Epidemiológicos, SSA, México.

La toxoplasmosis congénita es una infección adquirida *in utero*, en el parto o durante la lactancia temprana (primer mes de vida) de fetos y neonatos, provocada por *Toxoplasma gondii*, un protozoo eucarionte intracelular obligado del Phylum Apicomplexa, que invade cualquier célula nucleada de los animales de sangre caliente, incluido el ser humano. Es un fenómeno complejo en el que la frecuencia de la transmisión y la severidad de la enfermedad tienen una relación inversamente proporcional, de

acuerdo con el período de la gestación. Durante el primer trimestre, la transmisión de *T. gondii* es poco probable, pero si ocurre es grave y puede provocar aborto espontáneo. En etapas más avanzadas la frecuencia de transmisión se incrementa, pero el daño es menor, por lo que los recién nacidos infectados nacen sin manifestaciones clínicas, aunque frecuentemente desarrollan secuelas hasta años después del nacimiento. Los cambios endócrinos que ocurren durante la gestación, el tamaño y madurez de la placenta y el tamaño de inóculo son factores determinantes para que el producto sea protegido de la infección parasitaria. Además, las características genéticas tanto de la madre como del producto probablemente influyen, facilitando o evitando la infección. Algunos datos recientes han demostrado un fenómeno sorprendente, ya que varias moléculas y células que protegen a la madre de la infección pueden favorecer la transmisión vertical. La virulencia del parásito y la respuesta inmune de la madre y del embrión/feto son aspectos que determinan la probabilidad de transmisión vertical y de daño. Recientemente *T. gondii* ha sido clasificado en 11 haplogrupos con base en sus características genéticas. Se sabe que las más frecuentes en la infección congénita suelen ser de baja virulencia, por lo que los hospederos juegan un papel importante. El único reporte hasta el momento que ha emprendido este tema menciona que el alelo DQ3 del HLA, está asociado con hidrocefalia en la población caucásica. Muchos estudios indirectos indican una relación entre el polimorfismo de varios genes de respuesta inmune del huésped o el polimorfismo de genes de virulencia del parásito con la infección fetal y la signología clínica del producto. En este trabajo se presentan algunos ejemplos de los polimorfismos descritos de estos genes, así como su efecto hipotético en la toxoplasmosis congénita.

9C. Avances en la información epidemiológica de la Enfermedad de Chagas en Honduras, año 2010. Concepción Zúniga,¹Jiro Nakamura,² Ken Hashimoto,² Andrés Murillo.³

¹Programa Nacional de Chagas y Leishmaniasis; ²Agencia de Cooperación Internacional de Japón, JICA; ³Laboratório de Referencia Enfermedad de Chagas, Secretaría de Salud.

La Enfermedad de Chagas se conoce en Honduras desde los años sesenta, pero es reconocida como un problema de salud pública solo a fines de los setenta y comienzos de los ochenta, cuando se realizaron estudios seroepidemiológicos y entomológicos a nivel nacional, que demostraron la presencia de *Rhodnius prolixus* y *Triatoma dimidiata*, su asociación con el tipo de vivienda y la seroprevalencia de *T. cruzi* en diferentes zonas de Honduras. Se estima una prevalencia de 4.7% en escolares rurales menores de 15 años y de 1.4% en donantes de sangre. El 83% de la población del área rural es pobre. La carencia de servicios básicos, vivienda digna y falta de educación sanitaria, agudizan la problemática. Los vectores se encuentran distribuidos en diferentes altitudes sobre el nivel del mar que va entre 600 y 1,600 metros. En 1960 se reporta por primera vez, la presencia de *R. prolixus*, actualmente en fase de eliminación. En 1944 se reporta la existencia de *T. dimidiata* en varios departamentos del país, especie distribuida tanto a nivel silvestre como en el domicilio. La detección de la infección crónica reciente por *T. cruzi* en menores de 15 años, se realiza mediante búsqueda activa a través de encuestas serológicas, en áreas endémicas con transmisión vectorial interrumpida para administración de tratamiento etiológico. Desde el año 2004, cuando se inició, la realización de estas encuestas serológicas a gran escala, aunado al rociamiento de la viviendas, para la eliminación de *R. prolixus*, se ha visto que ha habido un descenso de 4.7% de prevalencia en menores de 15 años a 0.15%, en menores de 5 años y de 1% en menores de 15 años. Se considera que este vector es el principal transmisor de esta enfermedad. El Programa actualmente está en fase de certificación de interrupción de la transmisión por este vector, aunado al control de *T. dimidiata*. Igualmente se está trabajando para alcanzar una cobertura cercana al 100% de los menores de 15 años con infección crónica reciente y vigilancia con participación comunitaria. Se ha logrado realizar un abordaje integral, a través de la estrategia de armonización con diferentes entes cooperantes (ONG, Instituciones del estado y Agencias de Cooperación, Gobiernos locales y población de las diferentes comunidades). Estamos en fase de certificación de eliminación de *R. prolixus* y en una estrategia de control para *T. dimidiata*.

10C. Embarazo y trastornos hipertensivos. Gustavo Moncada. Servicio de Cardiología IHSS; Unidad de Investigación Científica, Facultad de Ciencias Médicas, UNAH

El embarazo es un estado fisiológico de la mujer y es inadmisibles la muerte por causas intrínsecas tanto del feto como de la madre. Para el año 2008 la Secretaría de Salud de Honduras reportó 2,802 casos de embarazo complicado con hipertensión arterial, de las cuales el grupo de edad más afectado fue el de 20 a 29 años con 522 casos, seguido por 30 a 39 años con 316 casos. La hipertensión arterial (HTA) tiene un enorme potencial de morbi-mortalidad materna y neonatal. El embarazo complicado con hipertensión arterial es la complicación médica más común del embarazo, es más frecuente en jóvenes durante el primer embarazo y en nulípara de mayor edad, hipertensas previas y diabéticas. La preclampsia constituye la más grave de las complicaciones hipertensivas del embarazo. Sin embargo, la detección temprana de los trastornos hipertensivos durante el embarazo y aun antes de este permiten una intervención oportuna mejorando el resultado final. Una anamnesis detallada permitirá detectar factores de riesgo que alerten al personal de salud sobre un riesgo agregado, por ejemplo, los factores de riesgo maternos incluyen: nuliparidad, edad menor de 20 o mayor de 35 años, historia familiar de pre-eclampsia o eclampsia en un embarazo previo, condiciones médicas específicas tales como diabetes mellitus, obesidad, hipertensión crónica, enfermedad renal, trombofilias, desordenes autoinmunes. El Síndrome de anticuerpos antifosfolípido (SAF) deberá considerarse en mujeres con inicio temprano (< 34 semanas) de preclampsia grave, eclampsia o síndrome HELLP (hemólisis, enzimas hepáticas elevadas y plaquetas bajas). El examen físico periódico junto a las pruebas de laboratorio aumentan la posibilidad de detectar los estados patológicos y su severidad. En consecuencia, la clasificación recomendada por el Colegio Americano de Ginecología y Obstetricia para los trastornos hipertensivos que complican el embarazo incluyen: hipertensión arterial crónica (pre-existente o detectada dentro las primeras 20 SG); inducida por el embarazo (después de las 20 SG); Pre-eclampsia/Eclampsia, entre estas 2 últimas el diferenciador es convulsiones, en tanto su común denominador es la proteinuria y severidad de la HTA. Se pueden presentar variantes combinadas como HTA crónica agravada por pre-eclampsia/eclampsia, o por el contrario se puede presentar HTA transitoria al final del embarazo o inicio del puerperio. La severidad de la preclampsia/eclampsia se asocia con un aumento del riesgo de morbi-mortalidad durante el embarazo al igual que incrementa los riesgos para el bienestar fetal o del recién nacido. Entre las posibles complicaciones maternas podríamos señalar: hemorragias uterinas, coagulación intravascular diseminada, síndrome de HELLP, déficit neurológico por hemorragia cerebral o encefalopatía hepática, neumonía por aspiración, edema agudo de pulmón, falla renal y muerte. Por otra parte, entre las complicaciones fetales resultantes del abrupto placentae, inadecuada perfusión placentaria o parto pretermo: retardo del crecimiento intrauterino, bajo peso al nacer, microcefalia, hemorragia intraventricular, distress respiratorio, parálisis cerebral, enterocolitis necrotizante, sepsis y muerte.

11C. Depresión mayor en atención primaria. Carlos Sosa. Hospital Psiquiátrico Nacional "Santa Rosita", Amaratéca, Francisco Morazán.

La atención primaria de salud constituye un ámbito fundamental en el manejo de los problemas de salud mental de la población. Es en este nivel donde reciben atención la mayor parte de los pacientes con trastornos mentales e incluso quienes finalmente son atendidos en el nivel especializado son canalizados hacia éste por el médico general, fenómeno especialmente significativo en los pacientes con trastornos afectivos. La depresión es el problema de salud mental más frecuente y relevante en atención primaria. En nuestro país varios estudios epidemiológicos han analizado la presencia de problemas de salud mental en este nivel asistencial utilizando criterios diagnósticos normatizados y han hallado unas prevalencias que se sitúan en un rango del 6-15% para la depresión mayor y del 2-5% para la distimia. La importancia clínica de los trastornos depresivos se manifiesta en el elevado grado de incapacidad y repercusión funcional que ocasionan. El factor más importante para detectar la depresión es mantener un índice alto de sospecha. Por ello el médico de Atención Primaria debe efectuar un cribado de depresión en los grupos de alto riesgo, especialmente en los pacientes con antecedentes de depresión, enfermedades físicas crónicas dolorosas o invalidantes, u otros problemas de salud mental, como la demencia. La evaluación de la depresión incluye hacer una historia detallada

de los síntomas que presenta y determinar la gravedad y duración del episodio depresivo, hacer una exploración del estado mental, descartando la existencia de síntomas psicóticos y la evaluación del riesgo de suicidio, y hacer una exploración física para excluir patología médica o quirúrgica. Las exploraciones complementarias se pueden indicar para hacer el diagnóstico diferencial con procesos médicos que pueden causar síntomas similares. Uno de los hallazgos más sólidos en investigación acerca de la epidemiología de los trastornos afectivos es la mayor prevalencia de depresión mayor y síntomas depresivos en mujeres que en varones, en una proporción de aproximadamente de 2 a 1. Entre las causas de estas diferencias se señalan factores fundamentalmente hormonales, pero también genéticos, sociales o psicológicos. Poco se sabe de las características propias de la depresión femenina, excepto su prevalencia y su impacto psicosocial. El actual rol adoptado por la mujer con un enorme estrés social, familiar y laboral, también se estudia como factor de riesgo de clínica depresiva. La meta del tratamiento con medicamentos antidepresivos en la fase aguda es la remisión de los síntomas del trastorno depresivo mayor.

TRABAJOS LIBRES

- 1T. Caracterización Clínica y Epidemiológica de la Enfermedad de Dengue en el Hospital Materno Infantil del 1 de Marzo al 13 de Junio del 2010, Tegucigalpa Honduras.** Selvin Reyes García,¹ Lysien Zambrano,¹ Carol Sevilla,¹ Víctor Manuel Muñoz.² ¹Estudiantes Octavo Año de la Carrera de Medicina, Facultad de Ciencias Médicas, Miembros de la Asociación Científica de Estudiantes de Medicina de Honduras (ASOCEMH UNAH); ²Departamento de Pediatría, Facultad de Ciencias Médicas/Hospital Materno Infantil.

Antecedentes. El dengue es causado por cuatro serotipos del virus del dengue DEN-1, DEN-2, DEN-3 y DEN-4, de la familia Flaviviridae. En los últimos 20 años la incidencia de las epidemias ha aumentado y la transmisión hiperendémica se ha establecido en un área geográfica en expansión. Se estima que aproximadamente 50-100 millones de personas son infectadas cada año a nivel mundial, incluyendo 250,000-500,000 casos de dengue hemorrágico (DH) y 24,000 muertes. La prevalencia de dengue ha aumentado dramáticamente en las últimas décadas. La primera epidemia en las Américas se presentó en Cuba en 1981, se reportaron 10,312 casos de DH. De 1981 a 1997 24 países de América notificaron casos confirmados por laboratorio de DH incluido el síndrome de shock por dengue. La tendencia al alza y la naturaleza cíclica de las epidemias de dengue cada tres a cinco años, se da en momentos diferentes en cada país. El DH se diagnosticó por primera vez en Honduras en 1991, detectándose 30 sospechosos y confirmándose 3 casos. En el 2002 habían 32,269 casos notificados de dengue 4,033 casos sospechosos de DH, de estos 863 eran casos confirmados y 17 muertes. Esta constituye la mayor epidemia del país registrada en el país hasta la fecha.. **Objetivos.** Describir la distribución de casos de dengue de acuerdo a edad y sexo, los días transcurridos desde el inicio de los primeros síntomas hasta la búsqueda de atención médica, identificar el principal cuadro clínico, obteniendo los síntomas más frecuentes, cuantificar los valores del hemograma durante su ingreso, hospitalización y alta médica, distinguir el tipo más frecuente de dengue según clasificación clínica. **Metodología.** Tipo de Estudio: Descriptivo prospectivo de casos continuos. Muestreo: por conveniencia. Sujetos de Estudio: 529 Pacientes pediátricos (< 18 años) con dengue hemorrágico ingresados en la Unidad de Dengue del Hospital Materno Infantil. Tiempo de estudio: 15 semanas epidemiológicas (9 – 23). Recolección de Datos: a través de ficha epidemiológica de la vigilancia de Dengue de la Secretaría de Salud de Honduras adjuntando consentimiento informado. **Resultados.** Grupo Etario más afectado adolescentes (58%). Los pacientes con sintomatología de dengue en 80.1% acuden con 3 a 5 días de evolución. Tipo de dengue según clasificación clínica: Grupo B 61.4%, Grupo C 31.4%, y 7.2% Grupo D. Sintomatología más frecuente mialgia 85%, artralgia 78%, hiporexia 47%. **Conclusiones/Recomendaciones.** La población más afectada fue adolescentes seguidos de escolares, la mayoría de los pacientes eran procedentes del Distrito Central. La población acude a asistencia médica con sintomatología de dengue después del cuarto día de evolución. Se recomienda al gobierno la planificación y ejecución de medidas preventivas constantes que precedan la aparición de la epidemia. A la población que practique las medidas de control y prevención del vector transmisor del dengue.

- 2T. Consideraciones epidemiológicas sobre la epidemia de dengue en Honduras en el año 2010.** José Solórzano,¹ Catalina Sherman,¹ Manuel Sierra.² ¹Dirección General de Vigilancia de la Salud, Secretaría de Salud de Honduras; ²Unidad de Investigación Científica, Facultad de Ciencias Médicas, UNAH.

Antecedentes. El dengue es la enfermedad viral transmitida por vectores con mayor repercusión sobre la salud pública en América Latina. El dengue se ha descrito clásicamente como un síndrome infeccioso y febril, que ha sido reconocido por más de 200 años. Es una enfermedad emergente y de presencia endoepidémica en países y regiones tropicales. La primera epidemia de Dengue Clásico ocurrió en Honduras en 1988 afectando los departamentos ubicados en la costa norte. En América Latina y en el país, la incidencia de dengue ha aumentado en los últimos años con mayor frecuencia de casos graves y muertes. El aumento está asociado a nuevas variantes genéticas del virus, circulación simultánea de varios serotipos, crecimiento urbano no planificado, hacinamiento, falta de suministro

de agua potable, mal manejo de desechos, servicios médicos inadecuados, desplazamiento y pobreza, el deterioro de los programas de prevención y control y la falta de educación sanitaria. **Descripción de la experiencia.** Usando como herramienta el Corredor Endémico Semanal de Dengue a través del sistema de vigilancia epidemiológica se observó desde octubre del 2009 un exceso de casos de dengue clásico (DC) y de dengue hemorrágico (DH). El incremento dramático en la tasa de crecimiento ocurrió en la semana 18, coincidiendo con el fin del intenso y corto verano y el inicio del período lluvioso. Hasta la semana 29 se reportaron 33,628 casos de DC para un incremento de 650% respecto al acumulado en el mismo periodo del año 2009 (4,486 casos). Las regiones sanitarias más afectadas son: Metropolitana del MDC 18,297 casos (54%), Olancho 3,222 casos (10%), Metropolitana de SPS 2,993 casos (9%) El Paraíso 1,202 casos (4%), y Choluteca 1,123 casos (4%). En el presente año acumulado a la semana epidemiológica No.29 se han certificado 1,025 casos de dengue hemorrágico con 33 fallecidos (letalidad 3.2 %) que representa incremento de 1,527% respecto al acumulado del año 2009 con 63 casos y 3 fallecidos (letalidad de 4.8 %). En la circulación viral se observa con mayor frecuencia el DEN-2 (89 %); en Colón hay circulación de los 4 serotipos. La epidemia afecta principalmente al grupo 15-19 años de edad. **Lecciones aprendidas.** Honduras experimenta la mayor epidemia de dengue en su historia, la cual se inicio desde octubre del 2009. Existen diversos factores ecológicos, bionómicos, sociales, culturales y políticos que propician la vulnerabilidad del país a epidemias periódicas de dengue. La respuesta al dengue y a los problemas prioritarios de salud de la población hondureña debe de ser rectorada por la Secretaría de Salud, de manera planificada y sostenida, con un liderazgo técnico claro, con participación inter-sectorial e inter-institucional, y apoderamiento de los gobiernos locales y de la sociedad civil organizada. La Nueva Generación de Programas de Prevención y Control del Dengue demanda cambios en la gestión de los programas, demanda cambios en el perfil del nuevo gerente, demanda cambios en las intervenciones y instrumentos, demanda cambios en los sucesivos vacíos de evaluación, sistematización y documentación, y también cambios en la gestión de salud de los programas. En verdad, demanda cambios anteriores a los cambios de comportamiento que se quiere investigar, seleccionar y aplicar, de acuerdo a cada realidad del individuo, de la familia o de otras instituciones fuera del sector salud. Así, para la nueva generación de programas de prevención y control del dengue la gestión de salud--programa de control integrado--se plantea como punto cinegético.

3T. Lecciones aprendidas de la epidemia de dengue en la Región de Salud Metropolitana (RSM) de Tegucigalpa en el 2010. Nora Rodríguez,¹ Dafne Carias,¹ Manuel Sierra,² Héctor Escalante.³ ¹Región de Salud Metropolitana (RSM) de Tegucigalpa, Secretaría de Salud de Honduras; ²Unidad de Investigación Científica, Facultad de Ciencias Médicas, UNAH; ³Maestría en Salud Pública, Facultad de Ciencias Médicas, UNAH.

Antecedentes. El dengue es la infección re-emergente de mayor expansión geográfica en América Latina y es la enfermedad vectorial más importante en las Américas que amenaza la vida de millones de personas. En Honduras la transmisión fue detectada inicialmente en 1977, y la primera epidemia de Dengue Clásico ocurrió en 1988 afectando los departamentos ubicados en la costa norte. Las epidemias más importantes se registraron en 1991, 1995 y 1998. En 1995 y en el período 1998-2010 ocurrió un repunte de casos, donde se aislaron los serotipos 1, 2, 3 y 4. En el año 2010 Honduras experimenta la mayor epidemia de dengue en su historia. **Descripción de la experiencia.** a través del sistema de vigilancia epidemiológica se observó que desde octubre del 2009 empezó a ocurrir en la RSM un exceso de casos de dengue clásico (DC) y de dengue hemorrágico (DH) en el Corredor Endémico Semanal de Dengue. En la semana 18 del 2010 se inició la tasa de crecimiento casi vertical en los casos coincidiendo con el inicio del período lluvioso. Hasta la semana 29 se reportaron en la RSM 18,297 casos de DC (54% del total nacional) y 881 casos confirmados de DH (86% del total nacional). Aunque se trata de una epidemia generalizada hay zonas que concentran los casos tanto de DC como de DH como: Villanueva, Nueva Suyapa, Los Pinos y El Carrizal, donde los índices de Bruteau son también los más altos. La epidemia afecta primordialmente a los menores de 15 años y en segundo lugar al grupo de 15-49 años de edad. La tasa de letalidad de DH en la RSM es de aproximadamente 2.0%. **Lecciones aprendidas.** Los centros urbanos principales del país son vulnerables a las epidemias periódicas de dengue por diversos factores, entre los que se destacan: (a)

Cambios climatológicos. (b) Crecimiento urbano desordenado que ha conducido a que un elevado número de viviendas en barrios y colonias de sectores marginados estén desprovistos de servicios básicos como agua para el consumo humano y una inadecuada recolección de basuras. (c) El período inter-pandémico propicia a que se acumule un elevado número de personas susceptibles a los virus circulantes debido al crecimiento poblacional por los nacimientos y la migración del campo a la ciudad. (d) Aspectos culturales de la sociedad hondureña, especialmente relacionados con el acúmulo de basura en espacios domésticos y peri-domésticos, con un escaso apoderamiento de la problemática del dengue por parte de la población para la participación en actividades de control y eliminación de criaderos y de larvas. Se necesitan programas interdisciplinarios sostenidos de control y prevención del dengue y de otras enfermedades transmisibles en las ciudades de país.

4T. Geohelmintiasis en Belice: estableciendo línea de base. Rina G. Kaminsky,¹ Phillip Castillo,² José Marengo,³Guillermo Troya.⁴ ¹Facultad de Ciencias Médicas, Universidad Nacional Autónoma de Honduras; ²Hospital de Dangriga, Distrito Stann Creek, Belice; ³Región del Sur, Distritos de Toledo & Stann Creek, Belice; ⁴Servicios y Sistemas de Salud, OPS/OMS/Belice.

Antecedentes. Información estadística de línea de base es esencial para planificar e implementar programas de control de geohelmintiasis. **Objetivo.** Determinar la prevalencia e intensidad de infección por geohelminos en niños de edad escolar la Región Sur del país de Belice, previo a la implementación de un nuevo programa de control. **Población y metodología.** Previo consentimiento informado de sus padres, 500 niños en los primeros tres grados de 10 escuelas entre urbanas (4) y rurales (6) seleccionadas al azar, en los Distritos de Stann Creek y Toledo, suministraron muestras de heces, que fueron examinadas en el laboratorio por el método de Kato-Katz. Los datos se analizaron en un programa EpiInfo. **Resultados.** De los 500 participantes, 301 (60.2%, 61% niñas y 59% niños) resultaron infectados por geohelminos. Ochenta y cuatro escolares (16%) tenían infecciones múltiples de geohelminos (76% con dos y 23% con tres especies). El porcentaje del total de infecciones por *Trichuris trichiura* fue mayor en una escuela urbana de Stann Creek (43.5% vs. 38.5%) y en general (40.2%), pero la infección por uncinarias del humano fue mayor en dos escuelas rurales de Toledo (34.6% vs 3%); el porcentaje de infección por *Ascaris lumbricoides* fue similar en ambos distritos. *Ascaris lumbricoides*, uncinarias del humano y *T. trichiura* mostraron intensidades severas de 1.4%, 0.6% y 0.4% respectivamente. Fueron significativas las frecuencias de infecciones entre escuelas rurales y urbanas del Distrito Stann Creek, para uncinariosis ($p<0.01$) e infecciones mixtas ($p<0.05$), pero no para *A. lumbricoides* y *T. trichiura*. En el Distrito de Toledo, fueron significativas las diferencias de frecuencias de infección por *A. lumbricoides* ($p<0.05$), uncinariosis ($p<0.01$), total de infectados e infecciones mixtas ($p<0.05$) entre escuelas rurales y urbanas. Las frecuencias de infección por uncinariosis ($p<0.01$) y total de infectados ($p<0.05$) fueron asimismo significativas entre escuelas rurales y urbanas de ambos distritos, pero no para *A. lumbricoides* y *T. trichiura*. Otras dos diferencias estadísticamente significativas fueron: entre la proporción de individuos con infección intensa y por debajo del tercer percentil de peso y de talla con la proporción de individuos no infectados por debajo de ese percentil; la proporción de individuos con infección moderada y por debajo del tercer percentil de talla, con los no infectados por debajo de ese percentil. **Conclusiones/Recomendaciones.** Los porcentajes e intensidad de infección denotaron una estratificación de geohelmintiasis Categoría III (<50% prevalencia y 1.0% intensidad, OMS). Con un crecimiento poblacional estimado en 3.5% anual en los distritos del sur de Belice, habrían 9,539 niños infectados con una o varias especies de geohelminos, de un total de 15,846 niños viviendo en esa región (encuesta 2005), según los datos arriba mencionados. Debido al 57% de pobreza en el Distrito de Toledo y 26% en Stann Creek (encuesta 2007), el alto desempleo, el saneamiento básico precario, las infecciones por geohelminos y la falla de crecimiento en niños, en 2007 se lanzó un programa de control de geohelminos con duración de 5 años en la Región Sur del país; se incluyó distribución de hierro y ácido fólico a mujeres entre 10 y 49 años de edad. Datos preliminares recientes mostraron una reducción en anemia en embarazadas de la más alta posición a la segunda posición en todo el país. (Informe Administrativo, Ministerio de Salud, Belice). Se queda en espera de los resultados de evaluaciones posteriores.

5T. Preparando un Programa de Control de Helmintiasis: el ejemplo de Belice. Rina G. Kaminsky,¹ Phillip Castillo,² José Marengo,³ Guillermo Troya.⁴ ¹Facultad de Ciencias Médicas, Universidad Nacional Autónoma de Honduras; ²Hospital de Dandriga, Distrito Stann Creek, Belice; ³Región del Sur, Distritos de Toledo & Stann Creek, Belice; ⁴Sistemas y Servicios de Salud en OPS/OMS/Belice.

Antecedentes. Combatir la pobreza y mejorar la salud controlando infecciones por geohelminetos, como puerta de entrada a proyectos multiprogramáticos. Contribuir a los esfuerzos nacionales, coordinados por el Ministerio de Salud de Belice y con la más amplia participación multisectorial para el desarrollo del Plan de Acción Nacional de Eliminación de la Pobreza, desparasitando y fortaleciendo dos Distritos de Belice. La implementación exitosa del proyecto puede servir de base para proyectos similares en la región. **Descripción de la experiencia.** Se propone una encuesta para obtener datos base de helmintiasis en 10 escuelas de 2 Distritos del sur; información de resultados a la comunidad y a los maestros de las escuelas; alianzas estratégicas en forma integrada con otras entidades operando en la región; atención a la diversidad cultural y características socio-demográficas y económicas en los dos Distritos seleccionados. Se implementó un plan de control de geohelminetos y otras enfermedades desatendidas en Stann Creek y Toledo, con participación de las escuelas, la comunidad y otras organizaciones. Se inició la campaña de desparasitación y suplementos de micronutrientes en Stann Creek y Toledo. Se logró colaboración intersectorial para mejorar a futuro la salud de los niños de edad escolar, el ambiente escolar y mujeres en edad reproductiva. Se procuraron alianzas con otros sectores para mejorar la provisión de agua potable, saneamiento ambiental e higiene personal. Se estableció colaboración con microempresas y comunidades étnicas maya, garífunas, y criolla para desarrollar e integrar programas de salud y desarrollo empresarial. **Lecciones aprendidas.** La Organización Mundial de la Salud/Organización Panamericana de la Salud ha desarrollado la documentación necesaria de una iniciativa internacional de programas de desparasitación de niños en edad escolar, para mejorar la salud y el desarrollo económico de los países en vías de desarrollo. El propósito es integrar, en forma multiprogramática, interinstitucional, intersectorial, aprovechando al máximo los escasos recursos humanos y económicos en los países, programas pro-pobres para eliminar o controlar enfermedades desatendidas en poblaciones vulnerables y en extrema pobreza. Siendo concebidos como programas horizontales, requieren de un capital de base, una férrea voluntad política y de un director que sepa motivar, dirigir, integrar y realizar la preparación, implementación y sostenibilidad del mismo.

6T. Parasitosis desatendida: Tricuriasis severa en niños en el Hospital Escuela, Honduras. Rina Kaminsky, 1 Rhina Z. Pineda, 2 Elizabeth Ordóñez, 2 Renato Valenzuela C. 1 1Facultad de Ciencias Médicas, Universidad Nacional Autónoma, Honduras; 2Estudiante V año Carrera de Medicina, Facultad de Ciencias Médicas, Universidad Nacional Autónoma, Honduras.

Antecedentes. Revisión de 40 expedientes de pacientes del Hospital Escuela de Tegucigalpa (2006) con infección intensa por *Trichuris trichiura* reveló anemia severa, diarrea o disentería y desnutrición. Fueron detectadas importantes deficiencias en la sospecha clínica inicial, solicitud de exámenes de laboratorio y tratamiento. A continuación se presentan cuatro casos clínicos como resultados preliminares de un estudio prospectivo sobre el comportamiento de casos severos de tricuriasis en pacientes que consultan los servicios del Hospital Escuela. **Descripción de casos clínicos.** Se presentan cuatro casos clínicos de tricuriasis severa de pacientes con edades entre cinco años (2 pacientes), siete y diez años (uno en cada edad). Consultaron por diarrea o disentería de varios meses de evolución y palidez. Tres fueron hospitalizados. Las cuentas de huevos por examen de heces (2 mg en preparación con solución salina) de la rutina fluctuaron entre 834 y 2,624 huevos. Tres procedían de áreas rurales, uno de la Colonia Flor del Campo No. 1 de Tegucigalpa, el único caso de la consulta ambulatoria que no se pudo entrevistar. Los tres casos de internamiento presentaban desnutrición aguda (Grado I o II) y crónica (Grado III); anemia (rango de hemoglobina 3.5-9.4 g/dL), uno recibió dos transfusiones por cardiopatía hiperquinética secundaria a anemia; eosinofilia (rango 12-28%); la consistencia de las heces era líquida o diarreica, dos con moco y sangre. Un paciente de 5 años de edad evaluado en el área de desarrollo, mostró retraso de 25 meses en el desarrollo motor fino, de 13

meses en lenguaje y de 21 meses en desarrollo cognoscitivo. Las drogas utilizadas en el tratamiento de los tres casos de internamiento, todas en combinación, fueron: metronidazol intravenoso, mebendazol 100 mg BID X 3d; nitazoxanida 5 cc X 3d; piperacina 600 mg/d X 3d; metronidazol 10 cc v.o. cada 8h; albendazol 400 mg/d X 3d, repetido 10 días después por 2d; además, zinc, ácido fólico y vitaminas. Recolección post tratamiento de heces de 24h durante 3 días y lavado de heces permitió recobrar un estimado de 10,000 gusanos adultos de *T. trichiura* de dos pacientes. **Conclusiones/ Recomendaciones.** Las infecciones severas (>50 huevos/2 mg) de *T. trichiura* podrían ser una causa asociada importante de desnutrición, anemia y retraso de desarrollo en niños provenientes de áreas rural o urbano marginal. Los antihelmínticos utilizados para tratar estas infecciones en los casos estudiados no se apegan a las recomendaciones de la Carta Médica, por lo que se hace necesario revisar y normatizar el mismo en Honduras.

7T. Angiostrongiliasis abdominal como causa de abdomen agudo: Informe de un caso.
Ramón Yefrin Maradiaga Montoya. Clínicas Médicas Maradiaga, Tegucigalpa.

Antecedentes. La infección por *Angiostrongylus costaricensis* no ha sido caracterizada en Honduras. En la literatura internacional se describe como causa de abdomen agudo. Existen casos en diferentes lugares de nuestro país, pero no se han publicado. **Descripción del caso.** Paciente masculino, 45 años, agricultor, residente en la Villa de San Antonio, atendido en sala de emergencia, Hospital Regional Santa Teresa, Comayagua. Ingresó el 21/6/09 a las 22 horas con dolor tipo cólico en fosa iliaca derecha de un día de evolución, de intensidad moderada que aumentó progresivamente; acompañado de fiebre alta no cuantificada e hiporexia. Negó vómitos y diarrea. Informó de un cuadro similar y diarrea 8 días antes. Informó padecer de diabetes mellitus tipo 2 de un año de evolución. Al examen físico: presión arterial 130/80 mmHg, temperatura 37°C, ruidos intestinales disminuidos, dolor a la palpación en fosa iliaca derecha y signo de rebote positivo. El hemograma detectó hemoglobina 14.2 g/dL, leucocitos 19,500 cel/uL, granulocitos 12,700 cel/uL (65%), eosinófilos 3,600 cel/uL (18.5%); glicemia 102 mg/dL. Se ingresó como apendicitis aguda con plan de apendicetomía. Se operó a las 03:20 horas el 22/6/09, identificándose masa en pared cecal la cual se resecó y en cuya mucosa se identificó una estructura de 1 cm de longitud. El cirujano identificó la estructura, que no conservó, como *Strongyloides stercoralis*. Se realizó apendicetomía profiláctica. El diagnóstico pos-operatorio fue probable infección por *S. stercoralis*. El paciente evolucionó satisfactoriamente sin complicaciones. Se dio alta el 24/6/09. En la cita de seguimiento del 10/7/09 presentó resultado de estudio anatómo-patológico: en luz del vaso sanguíneo se identifica estructura considerada como “huevos” de parásitos con morfología de *Strongyloides*; diagnóstico: Estrongiloidiasis intestinal. También presentó resultado de examen de heces: huevos de *Trichuris trichiura* y quistes de *Entamoeba coli*. Se administró albendazol 400 mg VO/día x 7 días, y se citó para realizar examen de heces por el método de Baermann el 17/7/09, pero no se presentó. En Mayo 2010, las láminas de diagnóstico anatómo-patológico fueron evaluadas en el Servicio de Parasitología, Hospital Escuela, identificándose parásito hembra de *A. costaricensis* dentro de una arteria mesentérica. **Conclusiones y Recomendaciones.** Este caso, en un paciente adulto con cuadro de abdomen agudo acompañado de fiebre y eosinofilia moderada, demostró una presentación clínica clásica de angiostrongiliasis abdominal y evidenció el desconocimiento local de esta patología. *Strongyloides stercoralis* es un nematodo microscópico (1.7 mm longitud) transmitido por el suelo, aunque no exclusivamente, que vive en la mucosa del duodeno y yeyuno. La infección es crónica, generalmente asintomática, con episodios de dolor en epigastrio, y eosinofilia persistente; *A. costaricensis*, por otro lado, vive en los vasos sanguíneos mesentéricos en el humano (20-33 mm longitud), se presenta como abdomen agudo con eosinofilia, y el diagnóstico es confirmado por examen histopatológico. La estructura observada en la cirugía pudo ser un gusano adulto de *T. trichiura*. El tratamiento medicamentoso es controversial en casos de angiostrongiliasis abdominal. Es necesario publicar estos casos para dar a conocer esta patología que debe considerarse entre los diagnósticos diferenciales de abdomen agudo en nuestro medio.

8T. Diagnóstico parasitológico de laboratorios clínicos públicos y privados de Tegucigalpa, Honduras: Capacidad de respuesta? Jorge García,^{1,2} Wendy López,¹ Jackeline Alger,¹ María Luisa Matute,³ Rina G. de Kaminsky^{1,4}; ¹Servicio de Parasitología, Departamento de Laboratorios Clínicos, Hospital Escuela; ²Proyecto Fondo Mundial Componente Malaria; ³Laboratorio Nacional de Vigilancia de la Salud; ⁴Departamento de Pediatría, Facultad de Ciencias Médicas, Tegucigalpa, Honduras.

Antecedentes. En Honduras las infecciones parasitarias son prevalentes en ciertas poblaciones, lo cual exige la implementación de metodología de diagnóstico de laboratorio actualizada. **Objetivo.** Describir los métodos de diagnóstico parasitológico utilizados en laboratorios clínicos públicos y privados de Tegucigalpa con el propósito de diseñar estrategias que fortalezcan el diagnóstico parasitológico en el país. **Metodología.** Estudio descriptivo transversal realizado en el período 2009-2010, utilizando un instrumento para recolectar información sobre el diagnóstico de malaria y otro sobre diagnóstico de parasitismo intestinal. Los laboratorios fueron escogidos por conveniencia (distancia, horario); se identificó a las personas responsables de los laboratorios para la entrevista. Se presentan resultados preliminares utilizando frecuencias y porcentajes de las variables estudiadas. **Resultados.** De un total de 14 laboratorios estudiados, el 86% (12) pertenecía al sector privado; el 60% (15) del personal encargado del diagnóstico parasitológico era universitario (microbiólogo). En relación al diagnóstico de malaria, se determinó que el 57% (8) realiza el diagnóstico en base a extendido fino únicamente. Seis (42%) laboratorios aseguraron usar pruebas de diagnóstico rápido (PDR) para malaria. En 9 laboratorios se recopiló información sobre diagnóstico de parásitos intestinales; 8 (88.8%) informaron utilizar objetivo de inmersión para identificar protozoos en la preparación directa de heces con solución de Lugol, cinco (55.5%) incluyen cuenta de huevos de geohelminths, dos (22.2%) ofrecen coloración ácido resistente modificada y coloración de tinta china y uno (11.1%) realiza método de Baermann y Sheather. Las razones para no realizar estos métodos en todos los laboratorios incluyeron no contar con personal capacitado (43%), falta de insumos/reactivos necesarios (36%), poca demanda médica y reactivos mal preparados (14% cada uno) y preferencia por otros métodos (7%). Ningún laboratorio tenía criterios claros para identificar apicomplexa intestinales, ni para diferenciar *Plasmodium vivax* de *P. falciparum*. De los 14 laboratorios encuestados, 13 (93%) mostraron interés en recibir capacitación en el futuro. **Conclusiones/Recomendaciones.** En una proporción importante de los laboratorios estudiados, el diagnóstico parasitológico no se ejecuta apropiadamente. Esta debilidad diagnóstica es un impedimento importante para el desarrollo científico-tecnológico y para medir la magnitud real más cercana con que las infecciones parasitarias dañan a la población del país. La formación profesional de personal de laboratorio deberá abordar sistemáticamente los problemas de salud pública nacionales, esmerándose por fortalecer herramientas de diagnóstico efectivas aunado a principios éticos innegables. Se espera continuar esta exploración para facilitar mejoras, cuyos resultados finales permitirán diseñar estrategias correctivas impostergables. *Estudio patrocinado por Instituto de Enfermedades Infecciosas y Parasitología Antonio Vidal (IAV), Asociación Hondureña de Parasitología (AHPA) y Proyecto Fortalecimiento de la Respuesta Nacional para la Protección y Promoción de la Salud en Malaria, Tuberculosis y SIDA, Fondo Mundial Honduras; Tegucigalpa, Honduras.*

9T. Detección de toxoplasmosis aguda en embarazadas controladas en el Instituto Hondureño de Seguridad Social, Tegucigalpa. Doris Maribel Rivera,¹ Howard Doyle,² MSW Alyssa Richtarik,² Denis Padgett,¹ Marco Tulio Luque,¹ Sofía Rosales.³ ¹Hospital de Especialidades, IHSS; ²Fundación Imagine; ³Convenio Imagine – IHSS.

Antecedentes. La primoinfección por *Toxoplasma gondii* durante el embarazo puede ocasionar graves daños al feto. A pesar de ello, con frecuencia pasa desapercibida en el neonato, pues a menudo es asintomática y suele manifestarse posteriormente. Por otro lado, el tratamiento a la madre puede disminuir el daño al feto, por lo que establecer un diagnóstico y tratamiento precoz en la madre, reduce el compromiso y secuelas en el producto. **Objetivos.** Identificar infección aguda por *Toxoplasma* en embarazadas controladas en el IHSS e identificar las embarazadas susceptibles de infección por *Toxoplasma* (seronegativas) e instruir las en medidas preventivas para evitar el contagio.

Pacientes y Métodos. Estudio epidemiológico longitudinal, en mujeres embarazadas atendidas en el IHSS en Tegucigalpa, durante el período del 01 de septiembre 2008 al 31 de marzo 2009. Al momento de reclutamiento y previo consentimiento informado, se aplicó un cuestionario a todas las participantes y se entregó una solicitud para la determinación de IgG *Toxoplasma*. A las muestras positivas, se les realizó IgM *Toxoplasma*. A las embarazadas con IgM positivo ó IgG > 650 UI/L se les realizó una segunda determinación IgG e IgM en paralelo con la muestra inicial, tres semanas después. A las embarazadas con IgG negativa, se les entregó una hoja con medidas de prevención y se les citó para una segunda determinación de IgG entre las 34 – 38 semanas de gestación, en busca de seroconversión. Se diseñó una base de datos en Epi Info 3.5 (CDC, Atlanta, GA, EUA). **Resultados.** Se incluyeron 2,431 embarazadas, 1,298 tuvieron IgG *Toxoplasma* positiva (53.4%), 1,271 de estas mujeres tuvieron IgM *Toxoplasma* negativa (98%), denotando infección antigua. En 27 mujeres (2.0%), la IgM fue positiva, considerándose como probable infección aguda. Solo 147 (11.3%) de las 1,133 embarazadas susceptibles, se realizaron la segunda determinación de IgG, una de ellas seroconvirtió (0.7%). **Conclusiones/Recomendaciones.** La identificación y tratamiento de las embarazadas con infección aguda por *Toxoplasma*, es una de las estrategias para la prevención de la toxoplasmosis congénita. Sin embargo, se requiere de técnicas moleculares para establecer con seguridad si la infección es aguda o crónica. Es importante recomendar a las embarazadas susceptibles la implementación de medidas para prevenir la adquisición de la infección durante el embarazo.

10T. Estudio de la genética poblacional de *Toxoplasma gondii* en México. Claudia Patricia Rico-Torres,¹ Carlos Cedillo-Peláez,¹ Alejandro Besné-Mérida,^{1,2} Alejandra del Viento,³ Noé Pacheco-Coronel,² Ricardo Figueroa-Damián,⁴ José Manuel Palma,³ Héctor Luna-Pastén,¹ Ernesto Becerra,¹ Aidé Fernández,¹ Héctor Quiroz-Romero,² Luis Jorge García-Márquez,³ María Dolores Correa-Beltrán.¹ ¹Instituto Nacional de Pediatría, SSA; ²Facultad de Medicina Veterinaria y Zootecnia, UNAM; ³Universidad de Colima; ⁴Instituto Nacional de Perinatología, SSA, México.

Hasta hace algunos años se consideraba que *Toxoplasma gondii* tenía poca variabilidad genética y que provenía de tres clonas o linajes (tipos I, II y III). Algunos estudios más recientes han demostrado una variabilidad mucho mayor en distintas zonas del planeta. Actualmente se consideran 11 haplogrupos, relacionados con diversos grados de patogenia en seres humanos y animales. Hay muy pocos estudios de tipificación de *T. gondii* en México. Se han encontrado de los tres tipos en pollos del DF y varias especies en Durango. Debido a la gran biodiversidad y variabilidad climática del país, es de esperarse una gran oportunidad de recombinación y mutación del parásito. Por ello, hemos iniciado una línea de investigación multicéntrica con el fin de genotipificar aislamientos de *T. gondii* a partir de seres humanos infectados y diversas especies domésticas, ferales y silvestres en cautiverio, incluidos gatos domésticos, un león, perros, un becerro, wallabis, monos araña y un delfín. Las regiones que hemos incluido hasta ahora incluyen los estados de Colima, DF, Hidalgo y Puebla (límite con Veracruz). Hemos encontrado individuos infectados con parásitos de los tres tipos clásicos, pero también tenemos evidencia de una frecuencia alta de *T. gondii* atípico y recombinante. Sólo hemos aislado 3 cepas, todas virulentas para el ratón. Los genotipos no siempre correlacionan con las manifestaciones clínicas en el mamífero de origen; por ejemplo, un becerro neonato y un gato fueron subclínicos, pero las cepas fueron genotipo I y muy virulentas para ratones. Se obtuvo evidencia de una infección mixta con dos variantes (tipo I y II) en un solo perro, que segregaron en dos ratones inoculados con los tejidos del canino. Por PCR-RFLP también hemos identificado variantes atípicas y algunas posiblemente recombinantes en personas con infección congénita o adquirida. En conclusión, los datos que hemos generado hasta la fecha apoyan la hipótesis de una importante variación genética de *T. gondii* en México.

11T. Informe de un caso de isosporiasis con farmacoterapia exitosa en El Salvador. Miguel Angel Minero Lacayo,¹ Carlos Rodolfo Aquino.² ¹Sección de Parasitología, Departamento de Microbiología, Universidad de El Salvador; ²Instituto Salvadoreño del Seguro Social, El Salvador.

Antecedentes. *Isospora belli* es un coccidio monoxeno, patógeno del humano a nivel del intestino delgado sensible al tratamiento con Trimetoprin Sulfametoxazole (TMP- SMX) en pacientes no alérgicos a las sulfas, como se ha descrito en la literatura. No obstante, es hasta el descubrimiento y difusión del caso que se describe que se marca un punto de inicio de la terapia contra la isosporiasis en El Salvador. **Descripción del caso.** paciente masculino de 26 años, HIV positivo, sin recuento previo de linfocitos TCD4, con historia de 15 días de evacuaciones líquidas, fétidas y abundantes en número promedio de 15 al día, sin gleras ni sangre; acompañadas de dolor abdominal tipo cólico difuso. No fiebre, no terapia antiretroviral y automedicación con TMP-SMX por tres días. Al examen clínico se constata conciente, orientado; sin adenopatías; abdomen plano, blando y depresible; peristaltismo aumentado; timpanismo difuso, sin sensibilidad ni visceromegalia. Se sospecha de criptosporidiasis y se inicia tratamiento con ciprofloxacina, loperamida, acetaminofen y metronidazol, a pesar de no ser drogas recomendadas para ello. Vuelve al consultorio de emergencia en similar estado. Ahí mismo se le practica un Examen General de Heces (EGH) revelando abundantes ooquistes de *Isospora belli* con diversos grados de maduración. Se remite la muestra a la Facultad de Medicina de la Universidad de El Salvador donde se confirma el diagnóstico y se sugiere cambio de la terapia a TMP-SMX por 10 días, como se describe en la literatura. Posterior al tratamiento hubo remisión de los signos y síntomas clínicos con mejoría del estado general del paciente y sin la presencia de ooquistes en las heces al EGH y concentrado de Sheather. A la vez el paciente fue incluido en el programa de terapia antiretroviral. En la actualidad, al antibiótico se le incorpora en el protocolo de tratamiento para pacientes en etapa de SIDA. **Conclusiones/Recomendaciones.** Algunas parasitosis son conocidas únicamente en los libros de texto y se les separa del contexto hospitalario. La escasa frecuencia con que se sospecha de la presencia de estos agentes provoca su olvido en los laboratorios de salud por parte del facultativo y priva al paciente de los beneficios de una terapia efectiva y de bajo costo. Pareciera que sobre el tema se ha hablado ya bastante pero es evidente que se necesita de más promoción y una educación vigorosa a todo nivel de salud para su conocimiento, búsqueda y diagnóstico.

12T. Análisis situacional de la malaria en el periodo 2000-2010 en Honduras. Martin Iván Sinclair,^{1,3} Alex Rovelo.^{2,3} ¹Epidemiología; ²Sistema de Información; Programa Nacional de Malaria, Secretaría de Salud de Honduras; ³Proyecto Fondo Mundial, Componente Malaria, Honduras.

Antecedentes. En el mundo se registran anualmente 300 millones de episodios agudos de malaria y más de 1 millón de muertes (90% en Africa Subsahariana). En 2008, en América se informó 575,898 casos en 21 países endémicos (77% *P. vivax*); 7 países redujeron transmisión >75%. Mesoamérica informó 20,825 casos (4.3% *P. falciparum*), una reducción >80% en relación al 2000 (124,850 casos). Honduras posee área malarica de 74,838.58 Km² (67% del territorio) y población en riesgo de 3,306,560 habitantes (42% población país). Registró bienios 1991-1992 y 1995-1996 (más de 70,000 casos/año) como de mayor transmisión (1996 91,799 casos). **Objetivo.** Describir información estadística y analizar la situación de la malaria como problema focalizado de salud en Honduras con el propósito de contribuir a fortalecer la capacidad local de abordaje integral. **Materiales y Métodos.** Análisis situacional de años 2000, 2008, 2009 y primer semestre de 2010 a partir de la base de datos del sistema de información en malaria (Access) del Programa Nacional de Malaria. Revisión de la información epidemiológica regional y registros microscópicos regionales de las 20 regiones departamentales de salud. **Resultados.** En el 2000 Honduras registró 35,125 casos (7% *P. falciparum*) y en el 2008 registró 8,225 casos (4 *P. falciparum*), una reducción de 77%. La incidencia de 6.85/1000 habitantes en riesgo bajó a 1.65 y la positividad de 20.0% a 6.9%. Sin embargo, también hubo una reducción de 32% en la exploración sanguínea. En 2009, registró 9,216 casos (15% *P. falciparum*), con aporte del Departamento de Gracias a Dios del 43% (94% *P. falciparum*). Como resultado del

fortalecimiento de la capacidad institucional a través del Proyecto Fondo Mundial, Gracias a Dios informó aumento en el total de casos y en casos por *P. falciparum*, 12% y >100%, respectivamente. En el primer Semestre 2010, Honduras registró 3,558 casos (10% *P. falciparum* y 1.5% infección mixta), demostrando una reducción de 13% en los casos totales y 40% en los casos por *P. falciparum*, incrementando 16% la exploración sanguínea en comparación al primer semestre 2009. Cinco departamentos concentran 95% de la malaria: Gracias a Dios 37%, Colon 20%, Olancho 17%, Islas de la Bahía 12% y Atlántida 8% (100% de *P. falciparum* e infección mixta). Existen 97 municipios con transmisión (2009): Estrato Alto (incidencia ≥ 10 casos/1000 hab) 11, Estrato Medio (1-10 Casos/1000 hab) 4 y Estrato Bajo (<1 caso/1000 hab) 82. En el primer semestre 2010 se contabilizaron 72 municipios con transmisión: Estrato Alto 6, Estrato Medio 4, Estrato Bajo 62.

Conclusiones/Recomendaciones. Honduras redujo su carga malárica >75% en periodo 2000-2008, en consonancia con las metas de reducir carga malárica 50% para 2010 y 75% para 2015. La transmisión malárica como problema focalizado, con previa estratificación epidemiológica y de riesgo, se interviene más eficazmente logrando mayor impacto de intervenciones integrales de prevención y control. Es necesario mejorar acceso de la población al diagnóstico y tratamiento inmediato; actualizar, reactivar y fortalecer la Red Voluntaria de Notificación (Col.Vol); promocionar y fortalecer la participación ciudadana en toma de decisiones en salud en el nivel local; y contar con normas técnicas actualizadas.

13T. Evaluación de la respuesta terapéutica a los antimaláricos, Servicio de Parasitología, Departamento de Laboratorios Clínicos, Hospital Escuela, Tegucigalpa, 2009-2010. Jackeline Alger,¹ Jorge García,^{1,2} ¹Servicio de Parasitología, Departamento de Laboratorios Clínicos, Hospital Escuela; ²Proyecto Fondo Mundial Componente Malaria, Tegucigalpa Honduras.

Antecedentes. El Servicio de Parasitología, Hospital Escuela, realiza evaluaciones de la respuesta terapéutica al tratamiento antimalárico de pacientes hospitalizados y ambulatorios. En el periodo Octubre 2009-Junio 2010 se diagnosticaron 28 casos de malaria, 22 por *Plasmodium vivax*, 5 por *P. falciparum* y 1 con infección mixta. Se evaluó la respuesta en 17 casos, 14 por *P. vivax*, 2 por *P. falciparum* y 1 con infección mixta. **Descripción de los casos.** Para la evaluación se utilizan los lineamientos descritos en el Manual POE (Secretaría de Salud, 2006). Se evalúa el Día Cero (día de diagnóstico e inicio de tratamiento, D0) y después de iniciar tratamiento D2-3, 7, 14, 21 y 28. Se espera que para D2-3 la parasitemia sea <25% de la parasitemia de D0. A partir de D4 no se deben encontrar parásitos en gota gruesa y se debe mantener negativo hasta D28. La reaparición de parásitos antes de D28 se considera como falla terapéutica. Para documentar la evaluación de la respuesta terapéutica de los casos de malaria, se coordinó con los médicos y enfermeras de las salas de internamiento, consulta externa y urgencias, donde los pacientes fueron atendidos. Se obtuvo información del personal de las salas y se revisó el expediente clínico. En los casos ambulatorios, la información fue obtenida vía teléfono y se citó a los pacientes para realizar las evaluaciones. Catorce casos (87.5%) eran mujeres y 7 (41.1%) eran menores de 15 años y 10 (58.8%) mayores de 15 años. El origen de la infección fue trazado hasta los departamentos de Gracias a Dios (7), Olancho y Francisco Morazán, (3, cada uno); Comayagua, El Paraíso y Valle (1, para cada uno) y Tegucigalpa (1, con historia de transfusión). Los síntomas más frecuentes fueron fiebre, sudoración y escalofríos (94.1% cada uno), cefalea (52.9%), trombocitopenia (47.0%), vómito (41.1%), mialgia y anemia (35.2% cada uno). Ocho casos (47.0%) ingresaron al Hospital Escuela con sospecha de dengue. La mayoría de los casos de malaria fueron agudos (94.1%), tres eran pacientes embarazadas (17.6%), dos eran recurrentes (11.7%) y un caso cada uno (5.8%) de los siguientes: sub-clínico y congénito. La densidad parasitaria del Día Cero (D0) fue alta en 10 casos (promedio 190 parásitos/102 leucocitos, rango: 31-384 parásitos, 53-116 leucocitos). En los casos en los que fue posible evaluar hasta D4 o más (n=11), se documentó buena respuesta terapéutica a excepción de un caso. Este caso recurrente (recrudescencia) se presentó en un recién nacido. En el resto de los casos, hasta donde se pudo evaluar (D2-3, n=6), se documentó una reducción de la parasitemia $\geq 75\%$ con respecto a la del D0, indicando buena respuesta. Se observaron irregularidades en las dosis y duración del tratamiento. **Conclusiones/recomendaciones.** Este tipo de información es importante para fortalecer la vigilancia epidemiológica

y el manejo clínico de la malaria en Honduras. Se recomienda incorporar la evaluación de la respuesta terapéutica en el manejo de los pacientes con malaria. *Estudio financiado parcialmente por Proyecto Fortalecimiento de la Respuesta Nacional para la Protección y Promoción de la Salud en Malaria, Tuberculosis y SIDA, Fondo Mundial Honduras; Programa Nacional de Prevención y Control de la Malaria, Secretaría de Salud; US Army Center for Health Promotion, San Antonio, Texas, Estados Unidos de América.*

14T. Limitantes y desafíos para el desarrollo de un modelo nacional de atención integral basado en evidencia. Rolando Pine1, Liziem Valladares.¹ Proyecto AIDSTAR.

Antecedentes. Honduras incorpora una estrategia de atención integral piloto para la atención del VIH con financiamiento nacional y del Proyecto Fondo Mundial de la Lucha Contra el Sida, la Malaria y la Tuberculosis (FM), en julio de 2002; a través del mismo se logró avanzar de 84 personas en TAR a más de 7,000 personas activas en terapia para el año 2009. **Descripción de la experiencia.** La estrategia que actualmente orienta el proceso de Atención Integral a las ITS, el VIH y el Sida en Honduras, está orientada hacia: la promoción, prevención, recuperación y rehabilitación en salud, para las personas, en el contexto de su familia y comunidad. Dicha atención está bajo la responsabilidad del sector salud competente a partir de un enfoque bio-psico-social, que trabajan como un equipo de salud coordinado que cuenta con la participación de la sociedad. Estos servicios toman como pautas la atención integral, por niveles y escenarios de atención, como un modelo paso a paso propuesto por la OMS/OPS. El modelo de Atención Integral de ITS/VIH/Sida vigente, adopta como principios generales el Acceso Universal a la Atención Integral de VIH y el Acceso Universal a Tratamiento del VIH. Es evidente el énfasis médico-clínico en el modelo y tomando en cuenta éste punto de partida como principios generales, es de esperar que los componentes, o las llamadas “estrategias” del modelo, respondan a éste encuadre altamente medicalizado y con un imperceptible involucramiento de otros actores, que son parte del proceso de construcción social de la salud. A pesar de que se menciona la “participación de la sociedad”, una mirada a las “estrategias” propuestas trasluce que la participación de la comunidad no parece ir más allá de ser las y los “pacientes” o ser un brazo de apoyo al personal sanitario. **Lecciones aprendidas.** La estrategia actual de abordaje integral a las ITS/VIH/Sida ha dado respuesta a las necesidades del país, evidenciando funcionalidad y buen suceso. Sin embargo, se requiere una revisión y redefinición de la misma ante nuevos retos, como ser el proceso de reforma de los servicios de salud y los resultados de diferentes evaluaciones realizadas por la Secretaría de Salud.

15T. Proceso de desarrollo del modelo nacional de atención integral basado en evidencia. Rolando Pine1, ¹ Marco Urquia,² ¹Proyecto AIDSTAR ONE / USAID Honduras; ² Departamento de ITS/ VIH /SIDA, Secretaria de Salud.

Antecedentes. El proceso de desarrollo participativo del modelo inicia en noviembre del 2008 a solicitud de la Secretaria de Salud a la USAID de realizar un diagnostico de los Servicios de Atención en VIH/SIDA y un análisis de la estructura de respuesta nacional. **Descripción de la experiencia.** La primera etapa de este proceso consistió en la identificación, consolidación y sistematización de esta estrategia. La segunda etapa implica su integración en el nuevo Modelo de Salud, actualmente en desarrollo, en el marco del proceso de reforma de los servicios de salud. El proceso incluyó una serie de actividades estratégicas como: conceptualización de una nueva forma de brindar servicio (perspectiva de ITS/VIH/SIDA), discusión con equipos dinamizadores de la Reforma de los Servicios de Salud, re-conceptualización de la estrategia de abordaje a ITS/VIH/SIDA en el marco de la reforma de los Servicios de Salud de Honduras y el aval político de las nuevas autoridades. A mediados del año 2008, se identificó una tendencia de disminución en el cumplimiento de las metas nacionales, como parte de los compromisos que Honduras tiene ante el FM. Se registró que los indicadores de “Número y porcentaje de personas con infección avanzada de VIH recibiendo terapia combinada antirretroviral”; y “Número de instituciones proveyendo terapia combinada antirretroviral”, mostraban brechas significativas entre lo esperado y lo alcanzado. **Lecciones aprendidas.** La propuesta de

desarrollar una nueva estrategia de atención integral, se fundamenta en la necesidad de re-conceptualizar la provisión de los servicios de salud, a partir del proceso de reforma, bajo el cual, los aspectos médico-clínicos son solo un componente dentro de un sistema mucho más plural, integral y sostenible.

16T. Análisis de la evaluación de la atención integral institucional. Aysa Saleh-Ramírez,¹ César Castellanos,¹ Ximena Gutiérrez,¹ Gloria Martínez,² Héctor Galindo,² Diana Núñez,² Norma Artiles,² Maryanne Stone-Jimenez¹, María Claudia Escobar¹, Nora Maresh.¹ ¹Proyecto AIDSTAR ONE / USAID Honduras; ² Departamento de ITS/ VIH /SIDA, Secretaría de Salud.

Antecedentes. A finales de 2008, como repuesta de los resultados del ECVC, el PNS solicitó el apoyo de USAID para la realización de un diagnóstico situacional de la atención integral y asistencia técnica en esta área. **Material y Métodos.** En el mes de febrero de 2009, se realizó un diagnóstico situacional de los Centros de Atención Integral VIH/Sida (CAI). Este diagnóstico estuvo a cargo de John Snow Inc. (JSI) a través del Proyecto AIDSTAR-One. El objetivo principal del diagnóstico fue examinar la calidad y el acceso a los servicios de VIH/SIDA en 14 Centros de Atención Integral (CAI) de la Secretaría de Salud en Honduras, para identificar brechas en los servicios y oportunidades para mejorar la calidad de los mismos e identificar posibles áreas de trabajo para el proyecto AIDSTAR-One. El diagnóstico consistió de una revisión de informes y normas de atención elaboradas por la Secretaría de Salud y otros documentos. En una segunda fase se hizo una investigación cualitativa usando entrevistas estructuradas con personal de los CAI, entrevistas de salida con los pacientes, y entrevistas con informantes claves de organizaciones locales. También se hizo una lista de chequeo de observación del espacio físico y se revisaron las estadísticas de servicio. **Resultados.** El diagnóstico señaló las siguientes fortalezas en los servicios de los CAI: Involucramiento de la Secretaría de Salud en los CAIs; Existencia de un centro nacional de entrenamiento para el Staff de los CAIs; Adherencia a guías de tratamiento nacionales de ARVs y la disponibilidad de los medicamentos; Buena infraestructura en los CAIs comparado a la de los hospitales; El Staff provee un ámbito de apoyo y amistada para cuidado y tratamiento de sus pacientes y El involucramiento en los CAIs a través de grupos de apoyo. Las brechas identificadas fueron: Los CAIs son designado en forma vertical y operan en forma aislada adentro de los otros unidades de salud; CAIs tiene un equipo multidisciplinaria pero no funcionan en forma interdisciplinaria; Falta de herramientas, guías y protocolos para el uso del Staff; No está disponible en los casi el cuidado ante-natal; PMTCT está enfocado primariamente en la provisión de ARVs y fórmula; El flujo de pacientes es complicado y causa confusión; Las pruebas rápidas no se hacen en forma rápida; La calidad de la consejería de pre-test no es clara; Falta entrenamiento y orientación en el personal en sus roles y hay multiplicidad de funciones; Falta de un sistema de manejo de información para pacientes y Hay poco involucramiento de la familia en el cuidado del paciente, tratamiento y apoyo. **Conclusiones/Recomendaciones.** A nivel de los CAI se requiere lo siguiente: Actualización y validación de los protocolos, guías y manuales a nivel nacional; Provisión de entrenamiento de nuevos y actuales Staff del CAI en implementación de guías y protocolos nacionales; Integración de los servicios del CAI en los servicios del hospital; Provisión de la prueba rápida de VIH en los casi; Absorción del personal de los casi, contratados a través del FM, por la Secretaría de Salud, mediante un proceso planificado; Asegurar que el Staff provea un abordaje multidisciplinario para los pacientes de los casi; Formalizar la relación entre el CAI, las ONGs y otros grupos comunitarios; Vincular a los proveedores de cuidado pre-natales con la estrategia de prevención de transmisión madre-hijo.

17T. Diagnostico de los Servicios de ASONAVSIDAH. Rolando Pinel,¹ Aysa Saleh Ramirez,¹ Liziem Valladares ¹Proyecto AIDSTAR ONE / USAID Honduras.

Antecedentes. En marzo del 2010, AIDSTAR-ONE (AID- Support and Techical Assistance Resources) en coordinación con ASONAPVSIADAH desarrolló un estudio sobre la ASONAPVSIADAH (Asociación Nacional de Persona Viviendo Con VIH-Sida en Honduras), los proyectos que están desarrollando los Grupos de autoapoyo (GAA) y la Visita Domiciliaria (VD), además de la

identificación de otras intervenciones complementarias. **Material y Métodos.** La metodología desarrollada incluyó la revisión de documentación existente, diseño y aprobación del protocolo de investigación, conformación de la muestra y ubicación geográfica de la misma, diseño de instrumentos para la recolección de información, remisión a comités de ética, conformación e inducción de los equipo de investigación, validación de instrumentos, recolección de datos, transcripción de las entrevistas, el desarrollo de talleres consolidación de hallazgos preliminares, talleres de socialización y validación de hallazgos preliminares y finalmente el análisis a profundidad y preparación del Informe Final. **Resultados.** El estudio se desarrolló a nivel nacional identificando las zonas con presencia de la ASONAPVISDA y los proyectos VD y GAA, la muestra se centró en los departamentos de: Atlántida, Yoro, Colon, Puerto Cortes, Francisco Morazán, Choluteca, Comayagua, El Paraíso, Valle. Los instrumentos para la recolección de la información primaria se centraron en el desarrollo de entrevistas a los usuarios de los servicios, facilitadores de los servicios e informantes clave así como la observación directa del desarrollo de las actividades en el campo. **Conclusiones/Recomendaciones.** El proceso presentó algunas dificultades en el desarrollo del trabajo de campo entre estas la dificultad para poder cumplir con el calendario de entrevistas y de observación de los grupos, sin embargo se establecieron actividades como entrevistas aleatorias y el desarrollo de grupos focales, que permitieron completar el proceso. Durante este periodo se llevo a cabo un aproximado de 200 entrevistas. Con la finalidad de garantizar la calidad del proceso el equipo de AIDSTRAR-One representado por su Director Ejecutivo y ASONAPVISDAH, realizaron a lo largo del proceso de recolección de información visitas de campo, en las cuales entrevistaron a personas que ya habían completado el proceso de entrevistas, obteniendo información afirmativa sobre el profesionalismo y satisfacción del trabajo realizado por los equipos de trabajo a nivel de la recolección de datos. En cuanto a los hallazgos preliminares, los mismos se pueden organizar de acuerdo a las intervenciones de interés objeto del estudio: **Visita Domiciliaria (VD):** se identifica como una intervención positiva, de gran compromiso por parte de los facilitadores, sin embargo se debe mejorar el nivel conocimientos y definir con mayor claridad el propósito de la visita domiciliaria. **Grupos de Autoapoyo:** son en general un espacio de discusión, sin embargo se han identificado dos visiones sobre la razón de ser de estos grupos, una orientada a recibir y dar apoyo emocional y otra para el desarrollo de actividades de sobrevivencia-gestión de fondos, lo cual genera confusión en la dinámica de los grupos. **ASONAPVISDAH:** se reconoce el rol de la organización clave para promover la vida y derechos de los y las PVVS. El informe final está en proceso de validación y aprobación final.

18T. Condiciones de posibilidad del derecho a la atención integral: Una mirada a una década de la respuesta ante el VIH y SIDA en Honduras. Emilia Alduvín Sainz. Coordinación de Investigación, Postgrado en Salud Pública, Facultad de Ciencias Médicas, UNAH.

Antecedentes. En 1999, la República de Honduras aprobó la *Ley Especial de VIH/SIDA* y el documento *Políticas de VIH/SIDA de la Secretaría de Salud* las cuales, se han acompañado de lineamientos y documentos para su implementación. Los sistemas de salud, que son los encargados de operativizar las políticas nacionales de salud, se constituyen en los medios a través de los cuales se llevan a la práctica las decisiones de política, incluyendo la congruencia estructural, programática y presupuestaria. **Objetivo.** Examinar las condiciones de posibilidad de disfrutar del *Derecho a la Atención Integral en VIH/SIDA en Honduras* a través del análisis de la documentación oficial de diez años de respuesta ante el VIH/SIDA de parte del Estado de Honduras, tomado en consideración las *políticas, estrategias*, nacionales e internacionales, *planes estratégicos* e *informes de progreso* de país; y el soporte que se ha tenido para su implementación e institucionalización de parte de actores, nacionales e internacionales. **Material y Métodos.** Es un estudio documental, longitudinal, analítico, que revisa las *políticas, estrategias, planes e informes*, a partir del primer documento oficial sobre políticas en VIH/SIDA del país, analizando las influencias de los organismos y agencias internacionales para su implementación en el sistema de salud nacional y el nivel de participación de las PVIH en el proceso. Se revisó un total de 107 documentos nacionales e internacionales, divididos en 35 *políticas*, 63 *estrategias*, 14 *planes*, y 5 *reportes de progreso*, emitidos hasta 2008. **Resultados.** Los resultados hasta el momento indican que la profusión de políticas y estrategias internacionales ha influido en la emisión de políticas y estrategias nacionales. Las posibilidades de acceso al

financiamiento internacional incidieron decisivamente en la ampliación de la respuesta nacional, la cual, a una década de emitirse las políticas nacionales, no han podido institucionalizarse en los servicios del sistema de salud nacional. El nivel y calidad de participación de las PVIH en la construcción de la respuesta nacional sigue siendo modesto y ha estado marcado, más por las posibilidades de acceso al financiamiento, que por un verdadero empoderamiento de las PVIH. **Conclusiones/ Recomendaciones.** Ha habido avances importantes en la respuesta ante el VIH/SIDA en la detección y atención a las PVIH; no obstante se dista mucho de poder considerarse que el Estado de Honduras cumple con el *Derecho a la Atención Integral de las PVIH*. Los servicios que se brindan, en prevención y atención, gracias a la cooperación externa no se han institucionalizado. La participación de las PVIH en el proceso de atención integral continúa siendo frágil e instrumentalizada.

19T. Exclusión en la atención odontológica de las personas que viven con VIH/SIDA en el Municipio del Distrito Central 2010-2011. Cynthia Sierra. Maestrante Becaria de la Séptima Promoción del Post-grado de Maestría de Salud Pública, Facultad de Ciencias Médicas, Universidad Nacional Autónoma de Honduras.

Antecedentes. El VIH/SIDA se ha constituido en una epidemia de graves consecuencias a nivel mundial, convirtiéndose en un desafío para la vida y el disfrute de los derechos humanos. Es en base a estos derechos, Honduras plantea siguiendo los lineamientos internacionales, una respuesta integral y multidisciplinaria hacia las personas viviendo con VIH (PVIH), la cual incluye atención odontológica. El municipio del Distrito Central cuenta con 4 centros de atención integral CAI, de los cuales solo uno de ellos brinda atención odontológica, por lo que el cumplimiento de la integralidad en la atención a las PVIH en nuestro país aun es parcial. **Objetivo.** Analizar el nivel de exclusión en los servicios odontológicos, para las PVIH que acuden a los Centros de Atención Integral del área metropolitana de Tegucigalpa y el papel de los profesionales de la salud oral en dicha atención. **Materiales y métodos.** Es un estudio exploratorio, cuantitativo que se realizará en dos etapas. La primera permitirá conocer el nivel de necesidades satisfechas y no satisfechas en relación con salud oral, de los PVIH que asisten a los CAI del Municipio del Distrito Central. La segunda fase explorará, a través de un instrumento basado en protocolos internacionales de atención odontológica a PVIH, el nivel de involucramiento de los profesionales de odontología estudiados en la atención a dicha población. **Resultados.** Los resultados que se espera obtener nos mostrarán el nivel de conocimientos sobre atención a PVIH del personal de salud oral, como se desarrolla la atención odontológica hacia las PVIH y los niveles de exclusión, estigma y discriminación que estas personas enfrentan. **Conclusiones/recomendaciones.** Las conclusiones que se obtengan del presente estudio nos permitirán, tener elementos para: 1.- la elaboración de un Protocolo de atención ODONTOESTOMATOLOGICA para los PVIH en Honduras, 2.- la elaboración de la normativa respectiva y 3.- criterios para la capacitación del recurso humano sobre este tema.

20T. Situación de la población Miskita VIH positiva de Brus Laguna y respuesta estatal y de la sociedad en 2011. Avances Preliminares. Cándida Dereck Jackson, Maestranda Becaria, Séptima Promoción, Postgrado en Salud Pública, Facultad de Ciencias Médicas, UNAH

Antecedentes. El problema de VIH/SIDA a nivel mundial y nacional es de alta importancia, incluyendo la región de la Moskitia hondureña, a lo que se añade su situación de aislamiento geográfico. Desde el año 2003, el Estado Hondureño, a través de los servicios brindados por la Secretaría de Salud, ha incorporado a su cartera de servicios, la provisión de medicamentos antirretrovirales para las personas viviendo con VIH y SIDA PVIH, como parte de las actividades programadas dentro de la estrategia de *Atención Integral*. Parte de los avances en la respuesta nacional, incluyen la creación de *Centros de Atención Integral CAI*, para brindar atención especializada a las PVIH en diversas zonas geográficas del país. En la actualidad, funcionan en el país 34 CAI, uno de los cuales, ubicado en la región de La Moskitia hondureña. **Objetivo.** Identificar el tipo y nivel de tratamiento que reciben las PVIH en Brus Laguna, municipio de Gracias a Dios,

Honduras y las opciones de apoyo que reciben a nivel estatal, comunitario y privado, en 2011. **Material y Métodos.** Es un estudio transversal, descriptivo, cuantitativo, que tomará como unidades de análisis a las PVIH de Brus Laguna, administrándoles cuestionarios elaborados *ad hoc*, en la búsqueda de datos sobre su situación en cuanto a la atención a sus necesidades socio-económicas y de salud; y el papel de las instituciones y organizaciones involucradas en dicha atención. **Resultados.** Los resultados que se obtengan de éste estudio, permitirán conocer el grado en que se está dando cumplimiento al derecho a la *atención integral* hacia las PVIH del municipio de Brus Laguna, Gracias a Dios, Honduras en 2011. **Conclusiones/Recomendaciones.** Las conclusiones emanadas de este estudio, permitirán emitir algunas recomendaciones hacia varias instancias, incluyendo el *Centro de Atención Integral* en Gracias a Dios, el Departamento de ITS/VIH/SIDA de la Secretaría de Salud, Organizaciones No-Gubernamentales trabajando en la zona, grupos de comunidad organizados en el Departamento de Gracias a Dios, y las propias PVIH organizadas.

21T. El Derecho a una atención integral: paradigma pendiente o ilusión incumplida? Xiomara Bú, Coordinadora General del Foro Nacional de SIDA y Profesora del Departamento de Filosofía, UNAH.

A partir del hecho fundamental de que la Salud es un derecho inalienable y que el Estado tiene el deber de tutelarla, es un reto impostergable en la sociedad hondureña el pensar en las condiciones de posibilidad del derecho a la atención integral con la inclusión de las necesidades no pensadas desde la unilateralidad, y se vuelve su cumplimiento, parte de la deuda social pendiente. En el contexto actual, el concepto de integralidad conlleva una dimensión de ambigüedad, cuando su definición queda en el plano reduccionista, limitado a la atención estrictamente médica; o bajo la subjetividad que se institucionaliza en la relación del médico y la persona paciente, bien sea desde la clínica u hospital público o privado, o bien desde los denominados *Centros de Atención Integral*, que al final, en la práctica desdibujan la misma dimensión de la integralidad. La protección de la salud no es una mercancía ni objeto de caridad, compasión o privilegios; por lo que, crear condiciones para que la persona goce y disfrute del derecho a la salud bajo la integralidad de ese ser humano que es, sigue siendo un reto en nuestras sociedades, donde el mismo pasa a ser reducido a un usuario del sistema de salud o bien un paciente fragmentado desde su dolencia, perdiendo la dimensión humana existencial que le caracteriza. El reto es crear un sistema que responda a la calidad y respeto a las necesidades y expectativas, donde las desigualdades desaparezcan del horizonte así como los prejuicios y cargas moralistas, estigma y discriminación, que son a la vez el caldo de cultivo de las exclusiones, pensadas y no pensadas. Sin embargo, garantizar un trato adecuado, donde prevalezcan los principios de la bioética humanista, pasa necesariamente por encarar al Estado de derecho y sus políticas sectoriales y políticas públicas, así como el compromiso suscrito bajo acuerdos signados y ratificados por el Estado en materia de derechos humanos. Dimensionar el enfoque de derechos posiblemente permita reivindicar esa dimensión ética que ha permeado a la fecha la respuesta fragmentada. Esa es la ventana del mundo de posibilidades que encara la reflexión a la base de los estudios presentados en esta jornada.

22T. Posibles factores que influyen en la poca realización del examen del VIH en mujeres embarazadas - municipio de Gracias Lempira, Honduras, Agosto del 2008. Fany Patricia García,¹ Carlos Mazier.¹ Región de Salud Lempira, Honduras.

Antecedentes. Se estima que hay anualmente, 200 millones de mujeres embarazadas en todo el mundo y 2,5 millones se infectan por Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH). En Honduras las embarazadas son un grupo priorizado, en el 2007, el departamento de Lempira el 34% de embarazadas se les realizó la prueba de VIH. Por tal razón, se investigaron los posibles motivos que pueden haber influido en la poca realización de la prueba. **Objetivo.** Identificar los posibles factores que influyen en la poca realización del examen del VIH en mujeres embarazadas del municipio de Gracias, departamento de Lempira, Honduras CA de enero a agosto del 2008. **Métodos.** Para el estudio tipo corte transversal, la definición de caso fue embarazada con al menos una atención prenatal en las

Unidades de Salud del municipio de Gracias en 2008. Se aplicó una encuesta a embarazadas y personal de salud. La muestra de embarazadas, se hizo usando EPI-INFO. De manera aleatoria se seleccionaron las embarazadas y al personal laborando al momento de la investigación. El análisis estadístico consistió en calcular medidas de frecuencia y de tendencia central. **Resultados-** Fueron entrevistadas 87 (10%) embarazadas, media de edad 23 años, (rango de 14-39) 5,8 desviación estándar, 54% (47/87) tenían escolaridad de primaria incompleta, 55% (48/87) estado civil unión libre, 72% (63/87) recibieron más de dos atenciones prenatales, 49% recibió consejería en VIH. El 63% (55/87) no se han realizado la prueba, 66% (36/55) estaban interesadas en realizarse la prueba, 27% (15/55) no estaban interesadas y 7% (4/55) no estaban seguras. 80% (70/87) consideraban importante hacerse la prueba. En cuanto a la oferta, 77% (17/22) del personal de salud son auxiliares de enfermería, 73% (16/22) están capacitados en VIH, 50% del personal brinda consejería. 82% (9/11) del personal no ofertan la prueba debido a falta de capacitación, 82% (18/22) no han sido supervisados. **Conclusiones/Recomendaciones.** Las embarazadas del municipio de Gracias tienen escolaridad primaria incompleta y conviven en unión libre. Estas no se realizan la prueba VIH posiblemente porque: el personal de salud no oferta debido a que no están capacitados. Se capacito al personal de salud y se elaboro plan de supervisión. La población fue informada por medios de comunicación del municipio sobre importancia del tema. Se recomienda que se haga nuevamente la encuesta para evaluar impacto de medidas adaptadas.

23T. Informe nacional sobre los progresos realizados en la aplicación del UNGASS, periodo de cobertura: enero de 2008 – diciembre de 2009. Nasim Farach,¹ Jorge Fernández,² Héctor Galindo,³ Liliana Mejía,³ Rudy Molinero,³ Rolando Pineda,³ Manuel Sierra,⁴ Tomasa Sierra,³ Marco Urquía.³ ¹Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA (ONUSIDA); ²Comisión Nacional de SIDA (CONASIDA); ³Departamento de ITS/VIH/SIDA, Secretaria de Salud de Honduras; ⁴Unidad de Investigación Científica, Facultad de Ciencias Médicas, Universidad Nacional Autónoma de Honduras.

Antecedentes. El proceso de construcción del informe nacional sobre los progresos realizados en la aplicación del UNGASS se vio afectado por la crisis política que el país vivió a partir de junio del 2009. Debido a la falta de reconocimiento del gobierno por parte de la Organización de Estados Americanos y la Asamblea de las Naciones Unidas, el inicio del proceso de desarrollo del informe se retrasó hasta el mes de febrero del 2010, teniendo como fecha límite de envío el 31 de marzo del mismo año. A pesar del corto tiempo disponible se conformó un equipo técnico conductor del proceso integrado por representantes de: Conasida, departamento de ITS/VIH/Sida de la Secretaría de Salud, unidad de M&E del PR, Gtttb, y Onusida. Durante el proceso de elaboración del informe se contó con el apoyo técnico de la unidad de MyE de ONUSIDA con sede en Guatemala y en Panamá. **Descripción de la experiencia.** El informe final y la matriz de indicadores presentada fueron revisados y consensuados con: equipo técnico del departamento de ITS/VIH/Sida de la Secretaría de Salud, equipo técnico conductor del proceso de elaboración del informe UNGASS, representantes de la sociedad civil, y aprobado finalmente por Conasida. **Lecciones aprendidas.** Durante este periodo el tema de VIH/SIDA ha sido central en la agenda política nacional. Se han movilizado recursos importantes que manifiestan el compromiso de la lucha contra el VIH/SIDA tales como: (a) Honduras lideró la coalición de Primeras damas de Latino América en la lucha contra el VIH/SIDA; (b) Elaboración y aprobación de propuesta del fondo mundial (RCC) con énfasis en promoción, prevención y tratamiento. Elaboración y envío de propuesta de financiamiento en ronda 9 en el tema de abordaje integral a niñez huérfana y vulnerable (aprobada en proceso de negociación); (c) Aumento en la compra de medicamentos ARV de primera línea por parte de las autoridades nacionales como compromiso de contraparte en subvenciones del FM para contabilizar alrededor del 80% de los costos asumidos por el estado; (d) A pesar que Honduras ha sido capaz de documentar y caracterizar su situación epidemiológica, recolectando datos de prevalencia, estudios en poblaciones vulnerables desde 1990 hasta la fecha, el país ha desarrollado la capacidad de incorporar la vigilancia de la prevalencia e incidencia a los comportamientos en las poblaciones vulnerables siendo esta una herramienta de mucho uso en la toma de decisiones. Entre los principales problemas afrontados en el período se mencionan: Competencia con múltiples programas y/o problemas prioritarios de salud que

constantemente desvían la atención y relajan los esfuerzos y logros realizados; fuerte dependencia en la cooperación internacional; escasez de recursos humanos calificados y con experiencia; ausencia en PENSIDA II de un plan de MyE que permitiera generar información estratégica para evaluar el logro de las metas planteadas; el incremento cada vez mayor de los niveles de pobreza en el país, más acentuada en las zonas rurales y en la mujer, que agrava la vulnerabilidad a la epidemia en los grupos de riesgo; la fragilidad del sistema institucional y democrático del país que limita la promoción y defensa de los derechos humanos en los grupos vulnerables y en la población en general.

24T. Prevención de discapacidades en la etapa prenatal, Honduras 2008- 2010. Edna Janeth Maradiaga,¹ Etna Lagos Rivera.² ¹Unidad de Investigación Científica, Facultad de Ciencias Médicas, UNAH; ²Fundación de Waal

Antecedentes. La prevención prenatal de deficiencias y discapacidades es una respuesta a un problema de salud pública que tiene un severo impacto en la globalidad del mundo, pero que se agrava en los países en desarrollo. Según la OPS a nivel mundial existen alrededor de 600 millones de personas en situación de discapacidad, en América Latina y El Caribe viven actualmente 83 millones de personas en esta situación. Se estima que un 40 % de las discapacidades provienen desde la etapa prenatal y nacimiento. En niños menores de 5 años con alguna discapacidad, hasta un 70% se puede atribuir a factores genéticos y problemas al nacer. En Honduras el 2.6% de la población se encuentra en condiciones de discapacidad, el 40% de estas personas adquirieron su condición debido a causas que se pudieron prevenir identificándolas en la etapa de gestación. **Descripción de la experiencia.** La Fundación de Waal y la Unidad de Investigación Científica de la Facultad de Ciencias Médicas de la UNAH, preocupadas por la situación de discapacidad en Honduras, decidieron unificar esfuerzos con el propósito de impulsar el Diplomado en Prevención Prenatal de Discapacidades cuyo fin primordial es el de enriquecer los conocimientos y habilidades de los profesionales del área de la salud en el tema de prevención, a través de un proceso sistemático que tiene como finalidad la identificación de causas de mayor incidencia de discapacidad en la etapa prenatal y la implementación de acciones concretas encaminadas a reducir la causa identificada. El proceso se diseñó bajo los principios de la mediación pedagógica y se ha desarrollado como formación en servicio, a fin de fortalecer el trabajo que se realiza en los diferentes centros asistenciales del país. **Lecciones Aprendidas.** La alta incidencia de discapacidad va de la mano con las condiciones de pobreza de la población, por lo que la prevención resulta el camino más viable para garantizar el nacimiento de niños y niñas en condiciones adecuadas de salud. La mejor vía para prevenir es la educación con calidad que lleva a la población al cambio de actitud, promoviendo una cultura de Prevención en beneficio de la población en general y de los niños y niñas en particular. Una situación prevenible, a través de diversos medios, es una situación que demanda a quienes tienen responsabilidades sobre los servicios hacia la comunidad, el asumir políticas, programas e iniciativas tendientes a revertir el impacto de las deficiencias de los niños y niñas al nacer. Determinar y aplicar políticas y medidas para prevenir las deficiencias al nacer es una necesidad urgente que cabe asumirla desde las responsabilidades del estado y también desde la sociedad civil. No tiene sentido desde una visión de políticas públicas que cada vez más niños y niñas no puedan asumir sus propias vidas como el mejor capital para su desarrollo y el de la comunidad.

25T. Tumor de células pardas del Hiperparatiroidismo. María Gabriela Mendoza Flores,¹ Lesby M. Espinoza,² Guillermo Villatoro.² ¹Postgrado de Pediatría, Hospital Escuela, UNAH; ²Servicio de Endocrinología, Departamento de Pediatría, Hospital Escuela, Tegucigalpa.

Antecedentes. La disminución de la función renal produce alteraciones metabólicas que dan lugar a la aparición de niveles elevados de hormona paratiroidea (PTH). El aumento de PTH circulante se empieza a detectar en estadios tempranos de la insuficiencia renal. La hipocalcemia, la deficiencia de calcitriol, lo cual desinhibe la producción de PTH RNAm y la retención de fósforo favorecen el desarrollo del hiperparatiroidismo secundario. 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 administrando suplementos de calcio y vitamina D y reduciendo los aportes de fosfatos y en algunos casos la paratiroidectomía subtotal es requerida. **Descripción del cuadro clínico.** Paciente femenina de 12 años, con antecedentes de habersele diagnosticado síndrome nefrótico a los 3 años con abandono del tratamiento. 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 (PTH mayor de 2500 pg/ml). Se 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. En serie ósea se observan lesiones quísticas a nivel de metacarpianos, falanges y columna lumbar en L3. Biopsia de lesión maxilar reporta 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, desaparición de todos los tumores óseos. PTH actual de 23.7 pg/ml. **Conclusiones y Recomendaciones.** La insuficiencia renal crónica es una patología frecuente y es una entidad que condiciona la aparición de alteraciones metabólicas a nivel del metabolismo fosfo-calcio que se deben tener siempre presentes para ofrecer el tratamiento más adecuado.

26T. Síndrome de Van Wyk-Grumbach. Lesby M. Espinoza, Guillermo Villatoro. Servicio de Endocrinología, Departamento de Pediatría, Hospital Escuela, Tegucigalpa.

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. La alta concentración de tirotrófina (TSH) actúa como “FSH-like” sobre el receptor de hormona foliculoestimulante (FSH), esto favorece la aparición de quistes ováricos, con la generación de un incremento en la producción de estradiol, lo que estimula aparición de sangrados menstruales y aumento del tamaño mamario. Es la única forma de pubertad precoz que se acompaña de enlentecimiento de la velocidad de crecimiento. En tomografía o resonancia magnética de hipófisis es posible hallar aumento del tamaño de la silla turca. Todos los síntomas mejoran con el tratamiento del hipotiroidismo con Levotiroxina. **Descripción del cuadro clínico.** Femenina de 11 años con historia de pubertad precoz con menarquia a los 6 años, ciclos menstruales cada tres meses. Además talla baja y retraso psicomotor. Cuatro meses previos a la consulta le observan aumento de volumen a nivel de abdomen por lo que 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, blando, depresible, masa palpable en cuadrante inferior derecho, dura, móvil, no dolorosa, de aproximadamente 9x11 cm. Genitales: Femeninos, no clitorimegalia, signos de estrogenización vulvar. Telarquia IV, no galactorrea, no pubarquia, no axilarquia. Genu-valgo bilateral de predominio izquierdo. Piel: seca y acartonada. TSH mayor de 75uIU/L; T4: 1.99µg/dl; T3 menor de 40 ng/dl; Cortisol: 13.7µg/dl; ACTH: 13.4pg/L; Estradiol: 1634pg/L; LH: 0.37 U/L; FSH: 14.4 U/L; Prolactina: mayor de 150ng/L. Anticuerpos antitiroglobulina: menor de 20 uIU/ml; Anticuerpos antimicrosomales: menor de 10 uIU/ml. USG abdominal: Útero aumentado de volumen de 8.1x5.6x4.4 cm. Ambos ovarios con múltiples formaciones quísticas. Ovario derecho de 9.3x7.1x6.1 cm. Ovario izquierdo mide 7.1x7.9x5.1 cm. USG de Tiroides: escaso tejido tiroideo en lóbulo derecho 0.34x0.37 cm. Resonancia Magnética cerebral con énfasis en silla turca: masa intra y suprasellar de 2x2.1 cm, compatible con macro adenoma hipofisario. Se inició tratamiento con Levotiroxina. Cuatro meses después la función tiroidea estaba en límites normales, hubo aceleración de la velocidad de crecimiento (4.9 cm en 4 meses), disminución del tamaño de los ovarios y normalización de los niveles de prolactina. **Conclusiones y 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. Como práctica transitoria, en todo recién nacido o lactante menor durante la primera consulta o evaluación de salud, se debe consistentemente buscar manifestaciones de HC y se le deberá tomar una muestra de sangre, independientemente del estado de salud, para medir niveles séricos de TSH y T4, pero esta estrategia debe servir únicamente mientras se inicia el programa nacional obligatorio de Tamiz neonatal.

27T. Síndrome de Peutz Jeghers. Guillermo Villatoro,¹ Lesby M. Espinoza.¹ ¹Servicio de Endocrinología, Departamento de Pediatría, Hospital Escuela, Tegucigalpa.

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 y en un alto porcentaje se asocia a mutaciones del gen STK11/LKB1, localizado en la banda 19p13.3. La incidencia estimada es entre 1 en 8,300 a 1 en 29,000 nacidos vivos. La presentación clínica varía desde paciente completamente asintomático hasta obstrucción intestinal y a largo plazo, alto riesgo de cáncer gastrointestinal y extragastrointestinal (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 (Testes 8 cc y Pene 6 cm de longitud) y ginecomastia (3.5 cm) en la exploración física se observan manchas oscuras en labios y mucosa oral por lo que se sospechó SPJ. Fue evaluado por gastroenterología y se le realizó panendoscopia encontrando masa en tercio inferior de esófago casi a nivel del cardias, otra masa de aproximadamente 3.5-4.5 cm a nivel de curvatura mayor de estómago. Se realizó biopsia reportando pólipo hamartomatoso. Colonoscopia normal. Resonancia magnética (RM) cerebral de área selar normal. El 12 de diciembre de 2005 se realizó laparotomía exploradora y se extirpó pólipo en cara interna posterior en curvatura mayor de estómago en tercio medio alto. En enero de 2006 por pubertad precoz inició tratamiento con acetato de leuprolide 3.75 mg cada mes, recibió 9 dosis, luego en octubre de 2006 se cambió a presentación de 11.25 mg, la cual durante 9 meses se aplicó cada mes ya que persistía con velocidad de crecimiento de un cm por mes, edad ósea acelerada en 4 años, testes de 8 cc, pene de 6.8 cm de longitud por 6.5 cm de circunferencia, índice de volumen peneano de 22.8 y ginecomastia de 3.5 cm. En junio de 2007 se agregó al tratamiento Ketoconazol 100 mg cada 12 horas como antiandrogénico. El Ketoconazol se fue aumentando progresivamente y bajo vigilancia de efectos secundarios hasta llegar a 200 mg cada 12 horas. RM cerebral de control en diciembre de 2007 se informa como normal. En última evaluación en febrero 2010 con una edad de 8 años 10 meses, edad ósea de 13 años, peso de 40.3 Kg, talla de 151 cm, testes de 8 cc, pene de 8 cm de longitud, ginecomastia bilateral de 3 cm, pubarquia II, axilarquia ++. Continúa con acetato de Leuprolide 11.25 mg cada tres y Ketoconazol 200 mg cada 12 horas. El hamartoma de esófago no ha sido extirpado y no ha presentado sangrados, disfagias ni signos de obstrucción intestinal. **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.

28T. Síndrome de McCune-Albright. María Gabriela Mendoza Flores,¹ Lesby M. Espinoza,² Guillermo Villatoro.² ¹Postgrado de Pediatría, Hospital Escuela, UNAH; ²Servicio de Endocrinología, Departamento de Pediatría, Hospital Escuela, Tegucigalpa.

Antecedentes. El Síndrome de McCune-Albright es una enfermedad esporádica que se caracteriza por pubertad precoz independiente de gonadotropinas, displasia fibrosa poliostótica y pigmentación cutánea con manchas café con leche. Son posibles otras disfunciones endocrinas como hipercortisolismo, 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. En 95 % de los casos la afectación es más

frecuente en mujeres. Para el tratamiento de la pubertad se han utilizado con relativo éxito algunos medicamentos como la Medirixiprogesterona, Testolactona, Tamoxifeno pero los efectos a largo plazo son difíciles de determinar debido a la evolución cíclica espontánea de este síndrome. La displasia poliostótica suele requerir múltiples intervenciones ortopédicas. **Descripción del caso clínico.** Femenina con antecedente de menarquia desde los 2 años de edad, ciclos regulares cada mes, 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. Se le realizó estudio radiológico el cual informó columna sin alteraciones, en cráneo en hueso occipital hay área de exostosis, en tórax en cuarto arco costal posterior derecho y tercero posterior izquierdo hay lesión expansiva radiolúcida con irregularidades en la cortical, a nivel de ambos húmeros imagen radiolúcida en la diáfisis que expande la cortical, en fémur izquierdo lesión lítica con septos y signos de esclerosis, también se observan lesiones de iguales características a nivel de cúbito y radio de ambas manos. A nivel de la pelvis la lesión compromete el hueso del íleon izquierdo. Biopsia de tejido óseo: Displasia fibrosa poliostótica del tercio distal del húmero izquierdo. Estudio hormonal: Hormona luteinizante: 0.159 uIU/ml, Hormona folículo estimulante: 0.209 uIU/ml, Estradiol: 132 pg/dl, TSH: 0.45 uUI/ml, T4: 8.5µg/dl, T3: 206ng/dl, Cortisol: 5.25 µg/dl. La paciente se ausentó de la consulta de endocrinología sin tratamiento y aparece a los 11 años. En la evaluación física se encontró talla en percentil 3, tiroides aumentado de consistencia, acortamiento de fémur izquierdo por fracturas múltiples, mancha café con leche en región lumbar, desarrollo puberal Tanner IV. Ultrasonido (USG) de tiroides: bocio leve con discreto aumento del tamaño del istmo y en menor grado de los lóbulos, con patrón ecográfico sugestivo de bocio. USG Suprarrenal normal. USG pélvico: Ovarios con pequeños quistes. Actualmente en tratamiento ortopédico por las fracturas de fémur izquierdo. **Conclusiones/Recomendaciones.** Nuestra paciente cumple con 3 criterios para el diagnóstico y aunque no recibió tratamiento para la pubertad precoz su evolución ha sido satisfactoria. El seguimiento debe ser integral y multidisciplinario a largo plazo ya que las alteraciones endocrinas pueden aparecer aisladas o combinadas, con intensidad que puede variar desde alteraciones subclínicas a severas.

29T. Carcinoma Papilar de Tiroides en niños. Doris Leticia Burdet Muñoz,¹ Lesby M. Espinoza,² Guillermo Villatoro.² ¹Postgrado de Pediatría, Hospital Escuela, UNAH; ²Servicio de Endocrinología, Departamento de Pediatría, Hospital Escuela, Tegucigalpa.

Antecedentes. El carcinoma de tiroides es una patología infrecuente en las primeras dos décadas de la vida, constituyen menos del 1% de las neoplasias malignas. De predominio en el sexo femenino con una proporción de 2.5-6:1. El tipo histopatológico más frecuente es el papilar, la variante folicular es menos frecuente y el medular y el anaplásico son muy raros. Entre los factores que aumentan este tipo de neoplasia están: la exposición a radiación, deficiencia de yodo, tiroiditis de Hashimoto y factores genéticos. La biopsia por aspiración con aguja fina (BAAF) es una excelente herramienta diagnóstica con un 1% de falsos positivos y 2% de falsos negativos. La combinación de cirugía y la terapia con yodo radioactivo es curativa con una tasa total de supervivencia alta. **Descripción del caso clínico.** **Caso 1.** Femenina de 10 años con historia de 2 meses de notar aumento del tamaño del tiroides, sin manifestaciones de hipo ni hipertiroidismo. Al examen físico bocio G 2, consistencia dura, con múltiples adenopatías cervicales. Se le realizaron pruebas de función tiroidea las cuales fueron normales, con anticuerpos antitiroglobulina y tiroglobulina elevados. Se le realizó BAAF y se informa como positiva por carcinoma papilar de tiroides. Se le realizó tiroidectomía total y la biopsia de la pieza quirúrgica se informa como carcinoma papilar con predominio folicular. Como complicación quirúrgica presenta hipoparatiroidismo. En el primer rastreo con radioyodo se observa captación en varios ganglios cervicales y una en pulmón. Pendiente de dosis terapéutica de radioyodo. **Caso 2.** Femenina de 17 años con historia de dos meses de notar aumento del tamaño del tiroides sin manifestaciones de hipo ni hipertiroidismo. Al examen físico bocio G 2 con predominio del lóbulo izquierdo. Pruebas de

función tiroidea normales. Anticuerpos antitiroideos negativos, pero tiroglobulina elevada. BAAF positiva por carcinoma papilar de tiroides. Se le realizó tiroidectomía total sin complicaciones y el estudio histopatológico preliminar se informa como negativo por malignidad. **Conclusiones/Recomendaciones.** Clásicamente se ha considerado el cáncer de tiroides en niños como poco frecuente, pero en los últimos años se ha observado un importante aumento de la incidencia. En los últimos cinco años en el Servicio de Endocrinología Pediátrica del Hospital Escuela hemos registrado siete casos de carcinoma papilar, un sarcoma de tiroides y tres carcinomas medulares. Aunque el carcinoma papilar es el más frecuente son importantes los estudios complementarios para determinar la posibilidad diagnóstica y así programar la extensión de la cirugía. En general la evolución es favorable pero el seguimiento debe ser a largo plazo principalmente en los casos en los que en el rastreo se determina captación de radioiodo en ganglios mayores de 2 cm, ya que esto aumenta el riesgo de recidivas.

30T. Informe de un caso de cuerpo extraño en vía aérea atípico en un niño de 11 meses de edad Tegucigalpa Honduras. Ramón Mauricio Loredó Ramírez,¹ Raúl Zelaya Rodríguez.²
¹Residente 3er Año Postgrado Otorrinolaringología, Hospital Escuela, UNAH; ²Servicio de Otorrinolaringología, Departamento de Cirugía, Hospital Escuela.

Antecedentes. Los cuerpos extraños en vía aérea en niños son los casos más complicados a los que se ha enfrentado y aun enfrenta el otorrinolaringólogo en las emergencias. **Descripción del caso clínico.** Este caso se presentó en un niño de 11 meses de edad, sin antecedentes de importancia personales o familiares, quien al ser alimentado y en un momento sin supervisión, se llevó un objeto extraño a la boca. Durante las maniobras realizadas por familiares para retirar el objeto, aparentemente un clavo, el niño lo deglutió. Aproximadamente una hora después, 9:40 pm, el niño fue evaluado en la Sala de Emergencia de Pediatría del Hospital Escuela, procediendo a su ingreso con indicación de oxígeno con mascarilla. En la evaluación inicial por el Servicio de ORL, se encontró a un niño con llanto fuerte, irritable y con tos seca. Al examen físico, con dificultad para realizar debido al llanto e irritabilidad del niño, se determinó una frecuencia respiratoria de 43 respiraciones por minuto y buena coloración por estar con oxígeno a 4 lts por minuto; a la auscultación se le encontró respiración poco ruidosa, ligera disminución de ruidos en su área pulmonar izquierda pero con buena expansibilidad. El hemograma informó glóbulos blancos de 20,000/mm³. En la radiografía de tórax se encontró imagen sugestiva de un clavo en área superior de tráquea versus esófago; por no haber disponibilidad de la radiografía lateral, no se pudo determinar si el cuerpo extraño se encontraba en vía aérea o digestiva. Se procedió a inducir sedación y realizar examen laringoscópico, el cual no permitió visualizar el cuerpo extraño. Se procedió a realizar examen broncoscópico con broncoscopio de menor calibre, el cual permitió observar el cuerpo extraño en vía aérea extrayéndosele sin complicación y finalmente comprobar que se trataba de un clavo corroído de 2 pulgadas. **Conclusiones/recomendaciones.** No se deben tomar decisiones a la ligera en el manejo de sospecha de cuerpo extraño en vía aérea, sino tomar decisiones colegiadas con el Servicio de Anestesiología, Otorrinolaringología y Pediatría. Asimismo, se deben completar los estudios radiológicos requeridos para la adecuada valoración del caso. Recomendamos realizar campañas de concientización por los diferentes medios de comunicación a nuestra población sobre cómo evitar en los niños estos desenlaces. No se debe desestimar la valiosa información brindada por los familiares.

-
- 31T. Vigilancia de la Enfermedad de Chagas en Honduras 2008-2010: en la ruta hacia la interrupción de la transmisión vectorial con participación comunitaria.** Mercedes Martínez,¹ Ken Hashimoto,² Ramón Rosales,¹ Marco Tulio Trejo,¹ Jiro Nakamura,² Concepción Zúniga.¹ ¹Programa Nacional de Chagas y Leishmaniasis, Secretaría de Salud; ²Agencia de Cooperación Internacional de Japón – JICA.

Antecedentes. La Secretaría de Salud de Honduras inició en el año 2003 una serie de actividades de control (fase de ataque) de la Enfermedad de Chagas en los departamentos de Ocotepeque, Copán, Lempira e Intibucá, con apoyo de organismos internacionales. El objetivo principal ha sido interrumpir la transmisión vectorial, la cual es responsable de un 80% de la carga de enfermedad en el país. Por medio de campañas de rociamiento residual de insecticida a las viviendas en zonas de alto riesgo durante la fase de ataque, se disminuyó el número de localidades infestadas por el vector principal, *Rhodnius prolixus*, de 85 en 2004 a 22 en 2007. Para mantener el efecto del control, es necesario establecer la fase de vigilancia. **Descripción de la experiencia.** En el año 2008, para ensayar las estrategias y técnicas del sistema de vigilancia, se seleccionaron seis sitios pilotos en los cuatro departamentos (San José de la Reunión de Ocotepeque, Corquín y Rincón del Buey de Copán, Santa Cruz de Lempira y Dolores y San Marcos de Sierra de Intibucá), en donde se finalizó la fase de ataque. Se organizaron actividades de vigilancia a través de la Unidad de Salud (US), cubriendo todas localidades bajo su jurisdicción. Primeramente, fueron identificados dos componentes hipotéticos del sistema de vigilancia en base a las experiencias previas: 1) notificación comunitaria de vectores a US por la población, y 2) análisis de datos y respuesta a la notificación en forma de educación preventiva o rociamiento selectivo de insecticida. Se instaló el sistema de vigilancia basándose al lineamiento en los seis sitios piloto. En 2009, las experiencias fueron discutidas entre el personal de las US y del nivel central en tres ocasiones (Febrero, Mayo y Noviembre), en donde se compartieron prácticas positivas y negativas, dirigiéndose a identificar tareas clave del nivel comunitario, US, departamental y central, así como indicadores para monitorear y evaluar las acciones. Durante el primer semestre de 2010, se realizó un total de siete talleres para sistematizar las experiencias y elaborar una guía de vigilancia de la Enfermedad de Chagas con el propósito de estandarizar los métodos para ampliar la cobertura de vigilancia. **Lecciones aprendidas.** Los indicadores permitieron analizar dos dimensiones importantes del sistema de vigilancia: 1) nivel de desempeño de los actores clave, cuyo promedio se incrementó desde 46% en Marzo y 73% en Octubre 2009 hasta 77% en Marzo 2010 y 2) relación entre la notificación comunitaria y respuesta, en donde el número de US de las seis US con respuesta sistematizada incrementó de dos en 2008, cinco en 2009 y seis en 2010. Además, para lograr un sistema de vigilancia efectivo y eficiente a nivel US, fue necesario incluir otros organismos de apoyo, visitas continuas a voluntarios, respuestas oportunas, líderes voluntarios auténticos, visitas a comunidades silenciosas, todo el personal de US e incentivos, y evitar respuestas tardías, mal manejo de equipo de rociado, deserción de los voluntarios, reuniones aburridas, y ofrecimiento de pago a voluntarios. Aplicando las experiencias adquiridas y sistematizadas, se pudo ampliar la cobertura del sistema de vigilancia hasta 12 departamentos. Se considera que la vigilancia de la Enfermedad de Chagas en Honduras con participación comunitaria es una experiencia exitosa.

- 32T. Caracterización: primeros 100 casos confirmados, Influenza A (H1N1) novel, Honduras, 27 abril - 10 junio del 2009.** Homer Mauricio Mejía Santos,¹ Gustavo A. Urbina Nuñez,² Edith Rodríguez.³ ¹Residente de la VI cohorte de la maestría en epidemiología de campo del CDC. Universidad del Valle de Guatemala, Dirección General de Vigilancia de la Salud Secretaría de Salud, Honduras; ²Residente de la VI cohorte de la Maestría de Epidemiología de Campo (FETP), II año, Universidad del Valle de Guatemala. Secretaría de Salud, Dirección General de Vigilancia de la Salud, Honduras; ³Epidemióloga FETP, egresada de primera cohorte, Universidad del Valle de Guatemala, Dirección General de Vigilancia de la Salud Secretaría de Salud, Honduras.

Antecedentes. Abril de 2009, se describió un nuevo virus de Influenza denominado Influenza A (H1N1) novel, esto conllevó la declaratoria de emergencia de salud pública de importancia internacional por la Organización Mundial de la Salud (OMS) en el marco del Reglamento Sanitario

Internacional (RSI). Honduras confirmó primer caso el 20 de mayo, posteriormente la Dirección General de Vigilancia de la Salud recibe más notificaciones de eventos tipo influenza y comienza la investigación. **Objetivos.** Caracterizar los primeros 100 casos confirmados de Influenza A (H1N1) novel en Honduras del 27 de abril al 10 de junio del 2009 y describir el perfil epidemiológico y clínico. **Metodología.** Estudio serie de casos, descriptivo, retrospectivo, definiéndose caso sospechoso: persona que reside en Honduras, que presente fiebre súbita y uno o más de los siguientes síntomas: tos, rinorrea, dolor de garganta y dificultad respiratoria, con antecedentes de haber viajado fuera del país en las últimas dos semanas o haber tenido contacto con personas con síntomas en el periodo comprendido del 27 de abril al 10 de junio del 2009. Caso confirmado: todo caso sospechoso con muestra de hisopado nasofaríngeo, confirmado por técnica laboratorial de RT-PCR. Se usó la ficha epidemiológica de investigación de casos sospechosos de Influenza, revisión de los casos confirmados en la base de datos del laboratorio nacional de virología. El análisis estadístico fue calculando porcentajes, tasas, media, moda, rango y desviación estándar, los datos fueron trabajados en Epi-Info. **Resultados.** Se diagnosticaron 670 casos sospechosos, 15% (100/670) positivos por Influenza A (H1N1), con (55/100) hombres, la razón hombre – mujer 1:1, con edad media de 13 años, rango de (3 - 68 años), moda de 9 años. El 34% (34/100) correspondían al grupo de 10 -14 años, seguido de 5 -9 con 24% (24/100), el 75% eran estudiantes y el 98% de ellos presentaron fiebre, tos 92% (92/100), rinorrea 83% (83/100), el 4% recibió antivirales, la incidencia por región fue Cortés 6 personas, Francisco Morazán 1 por 100.000 habitantes. **Conclusiones/Recomendaciones.** Los menores de 15 años fueron los más afectados, el municipio de San Pedro Sula del departamento de Cortés fue el que mayor proporción de casos de Influenza A(H1N1) novel registro, la mayoría de casos confirmados fueron manejados ambulatoriamente. Se recomienda implementar o dar seguimiento a las medidas de prevención (medida de higiene) en lugares de concentración masiva como personas en centros educativos, cuarteles, centros penales, maquilas, continuar con las medidas de aislamiento a las personas con sintomatología sospechosa y confirmada de Influenza A (H1N1), al personal que brinda atención médica administrar antivirales solo a pacientes que reúna criterios clínicos y epidemiológicos por Influenza A (H1N1) novel, el responsable de llenar en cada Región Departamental de Salud la ficha epidemiológica de investigación de casos sospechosos de Influenza debe de hacerlo en forma completa.

33T. Brote de Influenza A (H1N1) en escuela bilingüe, Tegucigalpa, Honduras. 25 de Julio - 5 de Agosto de 2009. Homer Mauricio Mejía Santos¹, Edith Rodríguez². ¹ Dirección General de Vigilancia de la Salud, Secretaria de Salud, Honduras; ² FETP, Dirección General de Vigilancia de la Salud Secretaria de Salud, Honduras.

Antecedentes: Honduras confirma primer caso el 20 de Mayo, procedente de San Pedro Sula. El 10 de junio se diagnosticaron 670 casos sospechosos, 15% (100/670) positivos Influenza A (H1N1), hombres (55/100), edad media 17 años. El 03 de agosto se notifica a la Dirección General de Vigilancia un probable brote de infección respiratoria aguda, por lo que se procede a realizar la investigación con los **objetivos de:** Establecer la ocurrencia del brote, describir los casos en tiempo, lugar y persona, identificar factores de riesgos asociados a la ocurrencia del mismo y establecer medidas de prevención y control. **Materiales y métodos:** Estudio cohorte retrospectivo. Definiendo caso sospechoso: toda persona de la escuela bilingüe que presente fiebre súbita acompañada de tos, rinorrea, dolor de garganta, dificultad respiratoria, mialgia, astenia, adinamia y cefalea con antecedentes de haber viajado en los últimos 10 días algún país o zona del país con circulación del virus de Influenza A (H1N1) o haber tenido contacto con un caso sospechoso o confirmado durante el 25 de julio al 5 de agosto del 2009. Caso confirmado: toda caso sospechoso confirmado por laboratorio a través de la técnica de PCR-TR. Se hizo búsqueda activa de los casos, se elaboró ficha de investigación, El análisis se realizó aplicando media, moda; frecuencia como tasas, razón, porcentaje; medidas de dispersión como rango, desviación estándar, medidas de significancia estadística como Riesgo Relativo (RR), Intervalo de confianza 95%, el valor de P, usando Epi – Info 3.4. **Resultados:** Se tomaron 13 muestras, 7 positivas por Influenza A (H1N1), una Influenza estacional, 5 negativos, tasa de ataque primaria 15%. La media de edad de los estudiantes 11 años, rango de edad: (3 – 6 ± DE de 5 años), media de los maestros fue 28 años, rango de edad: (18– 48 ± DE 17 años). Compartir

utensilios como vasos, cubiertos con personas con enfermedad respiratoria presento un RR: 1,38; IC del 95% (1,12-1,70), valor de p 0,000005 y la asistencia a lugares de concentración masiva a una distancia menor de un metro, RR: 1,5; IC del 95% (1,03-1,28), valor de p 0,003 **Conclusiones:** Se confirmó la ocurrencia del brote por Influenza A (H1N1), el grupo de pre-escolar fue el más afectado, los factores de riesgo asociados significativamente consistieron en compartir vasos, cubiertos con personas con problemas respiratorios y asistir a lugares de concentración masiva a una distancia menor de un metro. **Recomendaciones:** Aislamiento en casa por siete días de los casos sospechosos, implementación de medidas de protección e higiene personal, cierre total de la escuela por siete días.

34T. Experiencia de equipo médico quirúrgico móvil durante la respuesta al terremoto de Haití ocurrido en enero del 2010. Ricardo Aviles L, David Cancelada, Marie Domínguez. Fuerza de Tarea Conjunta Bravo, Palmerola, Comayagua, Honduras.

Antecedentes. El 12 de enero del 2010 un terremoto estremece Puerto Príncipe, Haití. Ciudad de más de 2 millones de habitantes, dejando más de 200,000 muertos, cientos de miles de heridos y un sistema de salud y estructura gubernamental completamente colapsada. Las Fuerzas Armadas de los Estados Unidos de América, inicia su ayuda con una movilización llamada “Operation Unified Response”. El Departamento de Defensa de los EE.UU. ordena al Elemento Medico de la Fuerza de Tarea Conjunta Bravo de los EE.UU., en Palmerola Comayagua, Honduras, que configure un equipo médico-quirúrgico móvil para desplazarse a Haití a la brevedad posible. El equipo conformado por 23 personas (3 médicos uno de ellos cirujano general, personal de sala de operaciones, laboratorio, rayos-X, internamiento para 20 pacientes) e insumos para realizar 80 cirugías y autonomía para permanecer en la zona del desastre por un mes sin ser reabastecidos. **Descripción.** El día 16 de enero este equipo es transportado vía 3 aviones C-130, en vuelo directo de Palmerola a Puerto Príncipe. El siguiente día se montan las tiendas de campaña en la sede de la Guardia Costera de Haití en Killick Point en Puerto Principe, e inician actividades de “TRIAGE”, atención de pacientes de emergencia, cirugías para víctimas del terremoto y evacuaciones vía aérea para pacientes graves que excedían las capacidades ofrecidas por el equipo quirúrgico móvil. El 24 de enero se une al equipo, personal médico de la Armada Mexicana con ortopedas y cuatro días más tarde el Ejército de Colombia colabora para expandir internamiento a 40 camas. En total se trataron 2,803, operaron 118 y evacuaron (vía aérea) 463 pacientes. Las evacuaciones aéreas se realizaron al Buque Hospital USS Comfort, Hospital Sacre Coeur, y otros Hospitales móviles multinacionales. De los 2,803 pacientes documentados 2,131 víctimas con traumas diversos, 558 con patologías no relacionadas a trauma clasificadas en: gastrointestinales, respiratorias, dolor, medicina Interna/ dermatología, Gineco-obstetricia e infecciones menores. El equipo Mexicano realizo 54 cirugías ortopédicas y el equipo Estadounidense un total 64 (35 masculino, 29 femenino). Todas las lesiones operadas por el cirujano de EE.UU., fueron de partes blandas que incluyeron amputaciones. Se ingresaron 89 pacientes con un total de 298 días cama. Tuvimos tres muertes hospitalarias, una de ellas post operatoria en paciente quemado, uno que llegó con trauma cráneo encefálico por atropellamiento y otra muerte por Tétano. Una infección post operatoria identificada después de haber realizado seguimiento del 90% de los pacientes operados 5 a 14 después de haber sido dados de alta. **Lecciones aprendidas.** Identificar a la brevedad posible los demás Hospitales y equipos médicos trabajando en el área. Coordinar desde el inicio plan para seguimiento de pacientes. Mantener censo y destino de pacientes evacuados. Contar con más insumos ortopédicos. La tardanza para llegar al sitio del desastre puede costar la vida a varias de las víctimas, los primeros 4 días son cruciales. Los Hospitales de móviles son de mucha ayuda en eventos de esta magnitud donde la infraestructura de salud está colapsada, no así para situaciones de inundaciones.

35T. La epidemia del tabaquismo y las leyes de control en Honduras. Odessa Henríquez Rivas. Alianza Hondureña Antitabaco; Instituto Nacional Cardiopulmonar.

Antecedentes. El tabaquismo en todas sus formas pero particularmente su consumo a través del cigarrillo, constituye un serio problema de salud pública por estar relacionado directamente a enfermedades cardiovasculares, pulmonares y diferentes tipos de cáncer. Desafortunadamente es una droga legal, promovida por poderosas industrias transnacionales que conociendo sus efectos dañinos en la salud, promocionan y estimulan su consumo. La Organización Mundial de la Salud (OMS) preocupada por la Epidemia Mundial del Tabaquismo, y después de muchos años de trabajo, aprobó en el año 2003 el texto del primer tratado mundial de salud: *El Convenio Marco para el Control del Tabaco*, el cual entró en vigencia en Febrero del 2005. Actualmente 168 países, incluyendo Honduras, han firmado y ratificado el Convenio y se han aprobado legislaciones especiales para controlar el consumo del tabaco. **Descripción de la Experiencia.** La lucha antitabaco en Honduras se inicia desde los años 80 con organizaciones de sociedad civil, que siguiendo los lineamientos de la OMS, realizaban diferentes acciones de tipo educativo particularmente en el mes de Mayo, celebrando el 31 de Mayo el Día Mundial de NO Fumar. A raíz de la aprobación del Convenio Marco para el control del Tabaco de la OMS y por iniciativa del Colegio Médico de Honduras, se reorganiza la Alianza Hondureña Antitabaco, que trabajando en coordinación con el sector gubernamental a través del IHADFA, logran que Honduras firme y ratifique el Convenio en Noviembre 2004. El convenio establece cuatro puntos básicos: a) Prohibición completa a todo tipo de publicidad, promoción y patrocinio; b) Aumento a los Impuestos; c) Promoción de ambientes libres de humo del tabaco; y d) Incorporación de pictogramas en el empaquetado y etiquetado. La lucha se reorienta en lograr que el Congreso Nacional aprobara la Ley Especial para el Control de Tabaco y poder aplicar lo anterior. Se introduce en el 2006 el Primer Anteproyecto de Ley, el cual fue “manipulado” a su conveniencia por la industria tabacalera, pues Honduras es la sede para Centroamérica de la transnacional del tabaco, British American Tobacco. En el 2009, se presenta un nuevo anteproyecto pero es hasta esta nueva legislatura y teniendo como aliados clave al Presidente del Congreso Nacional y al Presidente de la Comisión de Salud del Congreso Nacional que la Ley es aprobada el 9 de Junio del 2010. La Ley consta de 73 artículos y establece claramente las regulaciones para el control del tabaquismo, siguiendo los lineamientos de la OMS, las instituciones involucradas en su cumplimiento y las sanciones correspondientes y entrará en vigencia 6 meses después de su publicación en La Gaceta. **Conclusiones/Recomendaciones.** El Tabaquismo es una adicción y representa un serio problema de salud. Gracias al trabajo de varios grupos, Honduras ya tiene una Ley para controlar su consumo. Sin embargo, para que podamos ver resultados es necesario que todos la conozcamos y nos involucremos en su implementación.

36T. Estudio de prevalencia y mortalidad por cáncer en la población general en el periodo enero 2003 a diciembre 2007, en los municipios y/o zonas de influencia cubiertos por Médicos en Servicio Social: resultados y experiencia de una estrategia innovadora de investigación en temas prioritarios nacionales. Manuel Sierra,¹ Elizabeth Paguada,¹ Rosa María Duarte,² Jacqueline Figueroa,³ Mauricio Gonzales,¹ Jackeline Alger,¹ Eleonora Espinoza,¹ Iván Espinoza,¹ Edna Maradiaga,¹ Gustavo Moncada,¹ Denis Padgett.¹ ¹Unidad de Investigación Científica, Facultad de Ciencias Médicas, Universidad Nacional Autónoma de Honduras; ²Programa Nacional de Cáncer, Secretaria de Salud de Honduras; ³Centro de Cáncer Emma Romero Callejas, Tegucigalpa, Honduras.

Antecedentes. Existe un convenio suscrito entre el Colegio Médico de Honduras, la Secretaría de Salud de Honduras (SSH) y la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional Autónoma de Honduras (FCM UNAH) para la investigación nacional de temas prioritarios de salud con la participación de médicos en servicio social (MSS) de la Carrera de Medicina. La realización de estos trabajos de investigación además ha sido ratificada como requisito de graduación por las autoridades de la UNAH. Para la promoción de MSS Abril 2008 – Julio 2009, la Unidad de Investigación Científica (UIC), FCM UNAH, en conjunto con el Programa Nacional de Cáncer de la SSH y el Centro de Cáncer Emma Romero Callejas, diseñaron un estudio nacional en las zonas de influencia de

las unidades de salud y hospitales asignados a los MSS. **Objetivo.** Contribuir a dimensionar la magnitud de la problemática de cáncer y proponer recomendaciones para diseñar estrategias de control y prevención de cáncer en las zonas de influencia de los MSS. **Metodología.** Se realizó un estudio descriptivo transversal. Aproximadamente el 10% de los MSS, asignados a hospitales públicos, realizaron un registro de los expedientes de personas admitidas o egresadas con diagnóstico de cáncer en el período 2003-2007. El resto de los MSS, hizo un estudio poblacional de alrededor de 200 viviendas cada uno utilizando un muestreo aleatorio multi-etápico. Se utilizaron instrumentos aplicados a informantes clave, a residentes de la comunidad o al expediente clínico. Se diseñó una base de datos en EpiInfo 3.5 (CDC, Atlanta, GA, EUA). **Resultados.** Como parte del proceso, los MSS asistieron a 5 talleres programados para afianzar las fases del proceso de investigación científica, implementar el protocolo de investigación en sus diferentes fases y profundizar en temas específicos de cáncer desde una perspectiva interdisciplinaria. Un total de 90 MSS participaron en el estudio poblacional estudiando 16,383 viviendas y detectando 1,119 casos de cáncer en población general para el período 2003-2007. En el estudio hospitalario participaron 13 MSS quienes detectaron 1,060 casos de cáncer en el mismo período. La prevalencia acumulada de 5 años (2003-2007) en 64 localidades que representan unas 320,000 habitantes fue de 110.3 x 100,000 habitantes. En relación al auto-cuidado de la salud en 6,243 hombres \geq 50 años: 24% se había hecho alguna vez en la vida un examen rectal para la próstata; 16.3% se había practicado alguna vez en la vida un examen de laboratorio para la próstata (antígeno prostático). Entre las 15,000 mujeres mayores de 18 años sexualmente activas, 55% se había practicado citología vaginal en los últimos 5 años; 32% se había practicado un auto-examen de mamas en los últimos 5 años; 17% le habían practicado un examen de mamas en los últimos 5 años; 9% le había practicado una mamografía en los últimos 5 años. Entre los casos detectados de cáncer, un 4% tenían antecedentes de cáncer en familiares de primer grado de consanguinidad y 7% en el resto de la familia. **Conclusiones/Recomendaciones.** La UIC ha diseñado una estrategia innovadora para promover la investigación nacional de temas prioritarios de salud en Honduras. Esta estrategia de bajo costo utiliza la metodología de “Aprender Haciendo”. Los MSS fueron capacitados en el proceso de investigación científica y sensibilizados y capacitados en aspectos bioéticos de la investigación. Varios de los cánceres que afectan con mayor frecuencia a hombres y mujeres hondureños son prevenibles. Es importante reforzar la prevención y el auto-cuidado de la salud como los pilares fundamentales costo-efectivos para disminuir la incidencia y la morbi-mortalidad por cáncer en el país.

37T. Embarazo Complicado con hipertensión arterial en mujeres con edad gestacional \geq 20 semanas atendidas en las áreas de influencia de médicos en servicio social. Gustavo Moncada¹, Manuel Sierra,¹ Edna Maradiaga,¹ Mauricio Gonzalez,¹ Elizabeth Paguada,¹ Jackeline Alger,¹ Eleonora Espinoza,¹ Iván Espinoza,¹ Denis Padgett,¹ Yeny Chavarría.¹ Unidad de Investigación Científica, Facultad de Ciencias Médicas, UNAH.

Antecedentes. Existe un convenio suscrito entre el Colegio Médico de Honduras, la Secretaría de Salud de Honduras (SSH) y la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional Autónoma de Honduras (FCM UNAH) para la investigación nacional de temas prioritarios de salud con la participación de médicos en servicio social (MSS) de la Carrera de Medicina. La realización de estos trabajos de investigación además ha sido ratificada como requisito de graduación por las autoridades de la UNAH. Para la promoción de MSS 2009 – 2010, la Unidad de Investigación Científica (UIC), FCM-UNAH diseñaron un estudio nacional en las zonas de influencia de las unidades de salud y hospitales asignados a los MSS. **Objetivo.** Investigar y documentar el fenómeno de embarazo complicado con hipertensión arterial entre las mujeres hondureñas con edad gestacional \geq 20 semanas, sus consecuencias y su abordaje, en las áreas de influencia de los Médicos en Servicio Social durante el período 2009-2010. **Material y Métodos.** Se realizó un estudio descriptivo transversal de todas las mujeres embarazadas con edad gestacional \geq 20 semanas atendidas en los centros o unidades prestadoras de servicio de la Secretaría de Salud Pública, reclutadas voluntariamente por los MSS durante el período del 21 de diciembre 2009 al 31 de marzo 2010. A cada participante se le realizó anamnesis y el examen físico, consignando los datos obtenidos en la hoja de atención de control prenatal de la Secretaría de Salud Pública así como en el instrumento diseñado para la investigación. Se

practicó al menos un control por mes (Mínimo 3) e idealmente se documentó la situación de finalización del embarazo (normal o complicado) y la situación del recién nacido. **Resultados.** Como parte del proceso, los MSS asistieron a talleres programados para afianzar las fases del proceso de investigación científica, implementar el protocolo de investigación en sus diferentes fases y profundizar en temas específicos del diagnóstico, manejo y referencia de las complicaciones asociadas a la hipertensión durante el embarazo. Un total de 148 MSS participaron en el estudio poblacional estudiando 4,159 mujeres en 18 departamentos detectando las siguientes complicaciones: Edema de miembros inferiores: 9.9% (95% IC: 9.0% - 10.9%), Proteinuria: 4.3% (95% IC: 3.7% - 5.0%), Eclampsia: 4.1% (95% IC: 3.6% - 4.8%), Hipertensión Gestacional: 2.1% (95% IC: 1.7% - 2.6%), Hipertensión arterial crónica: 1.4% (95% IC: 1.1% - 1.9%), Pre-eclampsia: 1.4% (95% IC: 1.1% - 1.9%), Convulsiones: 1.4% (95% IC: 1.1% - 1.9%), Hemorragia (transvaginal): 1.2% (95% IC: 0.9% - 1.5%), Diabetes Mellitus: 0.4% (95% IC: 0.2% - 0.7%). **Conclusiones/Recomendaciones.** Se registraron problemas hipertensivos durante el embarazo en un 9% de los casos estudiados. Se necesita fortalecer los programas de enseñanza-aprendizaje de la Facultad de Ciencias Médicas y de la red de servicios de la Secretaría de Salud para el control y prevención de estas patologías y para minimizar el impacto de dicha patología tanto sobre la salud materna como sobre la salud del producto.

38T. Embarazo complicado con hipertensión arterial en mujeres con edad gestacional \geq 20 semanas atendidas en el hospital de la Esperanza, Intibucá, enero a marzo 2010. Sandra Marcela Silva,¹ Manuel Sierra,² Gustavo Moncada.² ¹Médica en Servicio Social, Hospital Dr. Enrique Aguilar Cerrato, La Esperanza, Intibucá; ²Unidad de Investigación Científica, Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional Autónoma de Honduras.

Antecedentes. Las complicaciones hipertensivas en el embarazo son el grupo de patologías más frecuentes y con serias repercusiones tanto en la salud de la madre como en el del producto. Como parte del convenio suscrito entre el Colegio Médico de Honduras, la Secretaría de Salud de Honduras (SSH) y la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional Autónoma de Honduras (FCM UNAH) para la investigación nacional de temas prioritarios de salud con la participación de médicos en servicio social (MSS) de la Carrera de Medicina se presenta este estudio realizado en el Hospital Dr. Enrique Aguilar Cerrato, en La Esperanza, Intibucá. **Objetivo.** Investigar el embarazo complicado con hipertensión arterial, sus consecuencias y su abordaje, en las mujeres embarazadas que asisten al Hospital Dr. Enrique Aguilar Cerrato, La Esperanza, Intibucá. **Material y Métodos.** Se realizó un estudio descriptivo transversal en una muestra de conveniencia de todas las mujeres embarazadas con edad gestacional \geq 20 semanas atendidas en el Hospital, durante el período de enero a marzo 2010. A cada participante se le realizó anamnesis y el examen físico, consignando los datos obtenidos en la hoja de atención de control pre-natal de la Secretaria de Salud Publica así como en el instrumento diseñado para la investigación. Se practicó al menos un control por mes (Mínimo 3) y se documentó la situación de finalización del embarazo (normal o complicado) y la situación del recién nacido (vivo/muerto, Apgar y peso). **Resultados.** Participaron 30 pacientes en el estudio, y se encontró una prevalencia de patologías durante el embarazo en el 76.7% de la población, de ellas en un 30% se encontró Hipertensión gestacional y Preeclampsia, en el resto (46.7%) se encontraron alteraciones como proteinuria, edema de miembros inferiores, sangrado transvaginal y signos vasoespásticos; el 88.8% de las pacientes con Hipertensión gestacional y Preeclampsia se encontraban en el grupo de edad de 18 a 35 años, más de la mitad (66.6%) de ellas eran primigestas; 22.2% de los neonatos de las madres con trastornos hipertensivos presentaron peso menor de 2500 gramos al nacer ($p = 0.06$); se encontró asociación estadísticamente marginal entre preeclampsia y bajo peso al nacer ($p=0.06$); y significancia entre preeclampsia y bajo peso del neonato a los 5 días ($p=0.02$). **Conclusiones/Recomendaciones.** Los problemas hipertensivos del embarazo representaron un 30% de los embarazos estudiados y las cifras superan lo reportado en la literatura para población general. Se encontró asociación estadística entre preeclampsia y bajo peso del recién nacido. Es necesario mejorar el acceso a la red de salud en Intibucá y capacitar sobre este tema al personal que brinda atención prenatal (médicos y enfermeras) para favorecer la salud materno – infantil de este municipio. Se necesita extender el estudio para constatar si las mujeres indígenas lenkas tienen una mayor

predisposición e complicaciones hipertensivas durante el embarazo y esa pueda ser la razón que explique por qué este departamento tiene una de las tasas más altas de mortalidad materna del país.

39T. Trastornos Hipertensivos del Embarazo en la Unidad de Parto del Bloque Materno Infantil, Hospital Escuela Marzo-Junio 2010. Alejandro Enrique Bojórquez Gutiérrez,¹ Bryan Alexander Borjas Rodriguez,¹ Carolina María Perdomo Zelaya,¹ Eduardo Enrique Muñoz García,¹ Lucía de la María Lara Salgado,¹ Miriam Raquel Wong Aguilar,¹ Marel De Jesús Castellanos.² ¹Estudiantes V Año Carrera de Medicina, Facultad de Ciencias Médicas, UNAH; ²Departamento de Ginecología, Facultad de Ciencias Médicas, UNAH.

Antecedentes. En Honduras, los Trastornos Hipertensivos del Embarazo (THE) representan una patología con elevada morbi-mortalidad materna. El análisis de la mortalidad materna para el año 2002 realizado por la Coordinación de Salud Integral de la Familia de la Secretaría de Salud de muestra que los THE representan la segunda causa de mortalidad materna en nuestro país. Existe también un estudio realizado en el Instituto Hondureño de Seguridad Social (IHSS) sobre los factores de riesgo asociados a los THE. **Objetivo.** Conocer el impacto de los THE en la morbimortalidad maternoperinatal y las particularidades en la evaluación y manejo de las pacientes con dicho trastorno. **Material y Métodos:** Se realizó un estudio descriptivo transversal con recolección prospectiva de los datos durante 91 días entre el periodo del 16 de marzo al 30 de Junio del 2010. Se aplicó un instrumento a pacientes embarazadas de cualquier edad con diagnóstico de THE, exceptuando hipertensión gestacional. Se diseñó una base de datos en Epi-info. **Resultados.** De los 3805 nacimientos, el 7.8% presentó THE. De ellos 47% presentaron preeclampsia leve, 38% preeclampsia severa, 4% eclampsia, 4% HAC y un 6% HAC + preeclampsia sobreagregada. El 41.3% de las pacientes eran primigestas. A 20.5% no se les realizó proteinuria cualitativa y a 94.3% no se les realizó proteinuria cuantitativa. El examen plaquetario se realizó a 272 de los casos; de ellos 46 reportaron trombocitopenia. Un 40% de los casos finalizó en cesárea, la eclampsia causando 92% de ellas. La inducción se practicó en el 40%. Al 9% se les realizó la cardiotocografía y al 10.4% el examen sin estrés (NST). La eclampsia es el THE con mayor probabilidad (42%) de causar depresión moderada a severa en el recién nacido, evaluado mediante el APGAR. De las pacientes con diagnóstico de eclampsia y preeclampsia severa más del 70% recibió tratamiento con sulfato de magnesio. El 12% de las pacientes con THE recibió tratamiento con corticoesteroides, de las cuales solo un 40% recibió el tratamiento completo. La administración de corticoides evita con una probabilidad de un 83% el desarrollo de síndrome de distrés respiratorio (SDR). Se reportó un total de 8 muertes fetales, 11 muertes neonatales y una muerte materna. **Conclusiones/Recomendaciones.** Los THE presentan un riesgo dos veces mayor de terminar la gesta en cesárea. El APGAR al primer minuto, la prematurez y la restricción del crecimiento uterino son las condiciones que más inciden en la morbi-mortalidad perinatal. Es necesario proveer a toda embarazada con este trastorno un manejo y tratamiento que prolongue el crecimiento intrauterino, velando siempre por el bienestar feto-materno.

40T. Embarazo complicado con hipertensión arterial en mujeres con edad gestacional ≥ 20 semanas atendidas en el hospital Dr. Juan Manuel Gálvez, Gracias, Lempira, de enero a marzo 2010. Isis Rebeca Tabora Sevilla,¹ Manuel Sierra,² Gustavo Moncada.² ¹Médica en Servicio Social, Hospital Dr. Juan Manuel Gálvez, Gracias, Lempira; ²Unidad de Investigación Científica, Facultad de Ciencias Médicas, UNAH.

Antecedentes. Existe un convenio suscrito entre el Colegio Médico de Honduras, la Secretaría de Salud de Honduras (SSH) y la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional Autónoma de Honduras (FCM UNAH) para la investigación nacional de temas prioritarios de salud con la participación de médicos en servicio social (MSS) de la Carrera de Medicina. La realización de estos trabajos de investigación además ha sido ratificada como requisito de graduación por las autoridades de la UNAH. Para la promoción de MSS 2009 – 2010, la Unidad de Investigación Científica (UIC), FCM-UNAH diseñaron un estudio nacional en las zonas de influencia de las unidades de salud y hospitales asignados a los MSS. **Objetivo.** Investigar y documentar el fenómeno de embarazo

complicado con hipertensión arterial entre las mujeres hondureñas con edad gestacional ≥ 20 semanas, sus consecuencias y su abordaje, en las áreas de influencia de los Médicos en Servicio Social durante el período 2009-2010. **Material y Métodos.** Se realizó un estudio descriptivo transversal de todas las mujeres embarazadas con edad gestacional ≥ 20 semanas atendidas en los centros o unidades prestadoras de servicio de la Secretaría de Salud Pública, reclutadas voluntariamente por los MSS durante el período del 21 de diciembre 2009 al 31 de marzo 2010. A cada participante se le realizó anamnesis y el examen físico, consignando los datos obtenidos en la hoja de atención de control prenatal de la Secretaría de Salud Pública así como en el instrumento diseñado para la investigación. Se practicó al menos un control por mes (Mínimo 3) e idealmente se documentó la situación de finalización del embarazo (normal o complicado) y la situación del recién nacido. **Resultados.** Como parte del proceso, los MSS asistieron a talleres programados para afianzar las fases del proceso de investigación científica, implementar el protocolo de investigación en sus diferentes fases y profundizar en temas específicos del diagnóstico, manejo y referencia de las complicaciones asociadas a la hipertensión durante el embarazo. Un total de 148 MSS participaron en el estudio poblacional estudiando 4,159 mujeres en 18 departamentos detectando las siguientes complicaciones: Edema de miembros inferiores: 9.9% (95% IC: 9.0% - 10.9%), Proteinuria: 4.3% (95% IC: 3.7% - 5.0%), Eclampsia: 4.1% (95% IC: 3.6% - 4.8%), Hipertensión Gestacional: 2.1% (95% IC: 1.7% - 2.6%), Hipertensión arterial crónica: 1.4% (95% IC: 1.1% - 1.9%), Pre-eclampsia: 1.4% (95% IC: 1.1% - 1.9%), Convulsiones: 1.4% (95% IC: 1.1% - 1.9%), Hemorragia (transvaginal): 1.2% (95% IC: 0.9% - 1.5%), Diabetes Mellitus: 0.4% (95% IC: 0.2% - 0.7%). **Conclusiones/Recomendaciones.** Se registraron problemas hipertensivos durante el embarazo en un 9% de los casos estudiados. Se necesita fortalecer los programas de enseñanza-aprendizaje de la Facultad de Ciencias Médicas y de la red de servicios de la Secretaría de Salud para el control y prevención de estas patologías y para minimizar el impacto de dicha patología tanto sobre la salud materna como sobre la salud del producto.

41T. Estableciendo un programa de cirugía de epilepsia fármaco resistente Tegucigalpa, Honduras reporte de casos. Marco Medina,¹ DKraemer,² O De la Lande,³ M Dubon,⁴ J Sanchez,⁵ E Mayes,⁶ R Madrid,⁶ J Bu,⁷ ¹Facultad de Ciencias Médicas/UNAH.

Antecedentes. Las epilepsias afecta al menos 5 millones de personas en Latinoamérica de 15 a 20% de los pacientes no obtendrán un control adecuado de sus crisis. La cirugía de epilepsia es una opción en aquellos pacientes en los cuales el tratamiento médico ha sido inefectivo y se detecta una lesión focal epileptogénica. **Objetivo.** Describir el abordaje y tratamiento de los pacientes candidatos a cirugía de epilepsia y la experiencia en el establecimiento de un programa realista basado en los recursos disponibles en el medio. **Materiales y Métodos.** Se seleccionaron 6 pacientes mediante el uso del algoritmo de diagnóstico y manejo de la Epilepsia y los test diagnósticos de Engels para identificar la zona epileptogénica. Se contó con un equipo multidisciplinario para el estudio de los pacientes, el seguimiento incluye un periodo de 6 meses a 3 años. **Resultados.** Se intervinieron 6 pacientes con epilepsia fármaco-resistente, actualmente con grado I y II según la clasificación de Engels. **Conclusión.** La cirugía de la epilepsia es una opción real para los pacientes con epilepsia fármaco-resistentes. Se requiere la integración de un grupo multidisciplinario a nivel nacional y facilitar un mayor acceso a los estudios diagnósticos para que más personas se beneficien de este tratamiento.

42T. Sarcoma de células dendríticas en ganglio cervical derecho. A propósito de un caso. Lysien Zambrano,¹ Selvin Reyes García,¹ Edgardo Murillo Castillo.^{2,3} ¹Estudiantes VIII Año de la Carrera de Medicina, Facultad de Ciencias Médicas, Miembros de la Asociación Científica de Estudiantes de Medicina de Honduras (ASOCEMH UNAH); ²Facultad de Ciencias Médicas; ³Instituto Nacional Cardiopulmonar, Unidad de Anatomía Patológica.

Antecedentes. El sarcoma de células dendríticas foliculares (SCDF) es una neoplasia poco frecuente que afecta primordialmente ganglios linfáticos y ocasionalmente con compromiso extranodal. Las células dendríticas son un componente esencial del sistema inmunológico reticular; se encuentran en el tejido linfoide asociadas a los linfocitos B y su función principal es la captura y presentación de antígenos. De acuerdo a la búsqueda realizada en la base de datos del Departamento de Anatomía Patológica del Instituto Nacional Cardiopulmonar, no hay casos registrados de SCDF en ganglio cervical. **Descripción del Caso Clínico.** Paciente masculino de 39 años de edad, agricultor, procedente de Olancha, con historia de presentar masa en lado derecho del cuello (Nivel II) con aumento progresivo de tamaño. Fue remitido al Hospital General San Felipe donde fue ingresado en febrero 2009 para evaluación. El USG reportó lesión de contornos definidos en cadena cervical derecha, de aspecto sólido y en íntimo contacto con la glándula parótida de ese lado. La imagen Doppler demostró flujo en las estructuras vasculares de ese lado y estimó la dimensión de la lesión en 7.5 x 3.0 cm. Se realizó biopsia con resección quirúrgica completa en mayo 2009. La descripción macroscópica informó nódulo ovoide de aspecto quístico, de superficie lisa, de 7.5 x 4 cm; con observación en el corte de tejido amarillo claro con aspecto hemorrágico y blando al tacto. Histopatológicamente se diagnosticó SCDF en ganglio linfático en nivel II y III del cuello, recomendando la realización de estudios inmuno-histoquímicos para confirmar el diagnóstico. El paciente se sometió a quimioterapia y radioterapia con mala respuesta, presentando recidiva del tumor después 8 meses de la resección quirúrgica. **Conclusiones/ Recomendaciones.** Se documenta presentación inusual de sarcoma de células dendríticas en ganglio cervical derecho, el cual no respondió de manera adecuada a la resección quirúrgica, radioterapia y quimioterapia. Es necesario fortalecer la capacidad diagnóstica en el área de patología; por ejemplo, contar con métodos inmuno-histoquímicos para poder confirmar varias patologías como en este caso.

43T. Microlitiasis Pulmonar Severa. A propósito de un caso. Selvin Reyes García,¹ Lysien Zambrano,¹ Edgardo Murillo Castillo.^{2,3} ¹Estudiantes VIII Año de la Carrera de Medicina, Facultad de Ciencias Médicas, Miembros de la Asociación Científica de Estudiantes de Medicina de Honduras (ASOCEMH UNAH); ²Facultad de Ciencias Médicas; ³Instituto Nacional Cardiopulmonar, Unidad de Anatomía Patológica.

Antecedentes. La microlitiasis alveolar pulmonar es una enfermedad idiopática pulmonar poco frecuente, de causa no conocida. Se caracteriza por la acumulación difusa de cuerpos nodulares calcificados microscópicos, compuestos de fosfato de calcio, conocidos como calcosferitas, encontrados característicamente dentro de los espacios alveolares. En etapas de progresión de la enfermedad puede haber fibrosis intersticial. Fue descrita por primera vez en 1686 en Italia por Malpighi. Esta enfermedad es una entidad que se presenta a cualquier edad, pero la mayoría de los pacientes se encuentran entre la tercera y quinta década de la vida al momento que se realiza el diagnóstico, con predominio en el género masculino. **Descripción del caso clínico.** Masculino de 65 años, agricultor, quien acude al Instituto Hondureño de Seguridad Social (IHSS) por disnea progresiva, hasta llegar a ser de moderados esfuerzos de 6 meses de evolución, tos productiva de un mes de evolución, con expectoración clara, sin fiebre. En su tratamiento recibió nebulizaciones con salbutamol más bromuro de ipatropio. Fue trasladado al Instituto Nacional Cardiopulmonar. Entre los antecedentes, negó asma, diabetes mellitus, hipertensión arterial, alergias a medicamentos y comidas. Refirió haber presentado en varias ocasiones el mismo cuadro, habiéndose ingresado repetidas veces en el Instituto Nacional Cardiopulmonar. Refirió tabaquismo por 10 años, el cual abandonó 8 años atrás; negó alcoholismo y antecedentes familiares patológicos. Al examen físico se encontró Presión Arterial 90/60 mmHg, Frecuencia Cardíaca y Pulso 127 pulsaciones por minuto, Frecuencia Respiratoria 40 por minuto. La Saturación de Oxígeno se determinó en 81%. El estado general era

regular, tórax con leve tiraje intercostal; en pulmones se encontró murmullo vesicular atenuado y crépitos basales bilaterales. Se realizaron los siguientes estudios: radiografía de tórax que informó infiltrado micronodular severo bilateral simétrico; Tomografía Axial Computarizada que informó neumopatía crónica con fibrosis intersticial, bronquiectasias y bullas subpleurales; biopsia pulmonar a cielo abierto que informó Microlitiasis Pulmonar Alveolar. **Conclusiones/ Recomendaciones.** Este es un caso de Microlitiasis Pulmonar Alveolar en quien el diagnóstico se realizó por estudios de imagen e histopatológicos, observando una enfermedad lentamente progresiva pero obteniendo una evolución satisfactoria, ya que en la mayoría de los casos llegan a insuficiencia respiratoria, por lo que es un diagnóstico a considerar en pacientes que presenten cuadros clínicos similares y no se encuentre otras causas que lo expliquen.

44T. Estudio preliminar sobre los posibles factores que influyen en el incremento de la población femenina en la Carrera de Medicina, 2009-2010. Keneth Vittetoe,¹ Yolany Paredes,² Jessica Barahona,² Xarah Meza.² ¹Departamento de Psiquiatría, Facultad de Medicina, UNAH; ²Postgrado de Psiquiatría.

Antecedentes. Estudiando la historia de la medicina desde sus inicios se ha observado que era una carrera donde prevalecía el sexo masculino, pero a medida que va transcurriendo el tiempo se ha visto inclinada la balanza hacia el otro lado. Actualmente en las aulas de clase el sexo femenino es el número predominante, por lo cual se realizó un estudio para conocer las motivaciones de los estudiantes de cada año de la carrera de medicina con respecto a la escogencia de su elección.

Objetivo. Identificar y comparar de acuerdo al género los posibles factores que influyen en el incremento de la población femenina en la carrera de medicina. **Materiales y Métodos.** Se realizó un estudio descriptivo prospectivo en estudiantes de tercero, cuarto, quinto y sexto año de medicina, en los periodos 2009 y 2010. Se les colocó una encuesta. Se diseñó una base de datos en EpiInfo 3.5 (CDC, Atlanta, GA, EUA). **Resultados.** El estudio fue realizado en colaboración con el postgrado de psiquiatría. Se encuestaron 292 estudiantes en el periodo 2009-2010, donde el 60% es del sexo femenino. El factor que más influyó al inicio para estudiar medicina fue el humanitario, sin embargo el factor actual es la especialización. **Conclusiones/Recomendaciones.** El género femenino es predominante en los diferentes años de la carrera de medicina. Ambos géneros consideran que el sexo no influye en la decisión de estudiar medicina. Es importante realizar estudios de género en los diferentes postgrados de medicina para observar si continúa la tendencia en la especialidad.

45T. Factores de riesgo y protectores en adolescentes embarazadas en seis instituciones de salud en Honduras. Mirna Vásquez Aguilera,¹ Rosmery Durón del Cid,² Deis Morales Zavala,² Tammy Laínez Serrano,³ Darla Davis Webster³, Magdalena Aguilera Flores,⁴ Idalia Martínez Iriarte,⁴ Lesly Pineda,⁵ Delia Macías Licon,² Danelia Espino,⁶ Trinidad Amador,⁶ María Antonia García.⁶ ¹Post grado Enfermería FCM/UNAH, Tegucigalpa; ²Hospital Santa Teresa, Comayagua; ³Hospital Tela; ⁴Hospital de Trujillo; ⁵Hospital Mario Catarino Rivas, San Pedro Sula; ⁶Hospital Escuela, Tegucigalpa; Honduras.

Antecedentes. La adolescencia es probablemente la etapa de la vida en donde se es menos susceptible a enfermedades cuyo mecanismo etiopatogénico es esencialmente biológico, sin embargo es el período donde impactan fuertemente los determinantes sicosociales de la salud generándose a partir de ellos elementos de protección y de riesgo que conllevan una relación directa con los perfiles de daño físico, psíquico y social que caracterizan a las adolescentes. El **propósito** fundamental del estudio, se centra en evaluar los factores protectores y factores de riesgo asociados al embarazo en adolescentes, antes y después de la intervención de un programa educativo; ocurridos en el 2010 en los hospitales Salvador Paredes (Trujillo, Colón) hospital Tela (Tela, Atlántida) hospital Mario Catarino Rivas (San Pedro Sula) hospital Santa Teresa (Comayagua), CESAMO Juan Alberto Herrera (El Rosario Comayagua), y Clínica Madre Adolescente Hospital Escuela (Tegucigalpa). **Material y métodos.** Se trata de un enfoque cuantitativo, cuasi experimental, bajo modelo de autocuidado de Dorothea Orem, una muestra de 180 adolescentes embarazadas, un nivel de significancia de 95% y límite de error

0.05. El estudio se desarrolló en 3 momentos: Primer y tercer momento, Contestar un cuestionario para detectar necesidades de autocuidado en adolescentes embarazadas, comparar el impacto de la intervención en el momento 2 y la incorporación de las acciones de autocuidado. 2do momento, periodo de capacitación según necesidades detectadas y ejecución proyecto educativo. **Resultados.** El grupo entre 10 y 19 años constituye el 25% de la población en Honduras (1,512,000 adolescentes) de éstos el 53% se encuentran entre 10 y 14 años y el 47% se encuentran entre 15 y 19 años de edad. El 57.3% del total de adolescentes asiste a la escuela; el promedio de escolaridad es de 4.5 años para el grupo de 10 a 14 años y de 5.5 para el grupo de 15 a 19 años. Honduras tiene la tasa de fecundidad en adolescente más alta de Centro América con 137 nacimientos por cada 1,000 mujeres de 15 a 19 años. Los factores de riesgo asociados al embarazo adolescente, se categorizan en tres dimensiones individual, familiar y social: En la dimensión individual, además de la intensificación de los deseos sexuales, los factores que constituyen un mayor riesgo de exposición al inicio de la actividad sexual y por consiguiente al embarazo adolescente son: la percepción de invulnerabilidad inherentes en la adolescencia, la menarquía temprana, baja autoestima, baja escolaridad y/o deserción escolar, impulsividad, mala relación con los padres, carencia de compromiso religioso, uso de drogas, el uso del tiempo libre, amistades permisivas en conducta sexual, jóvenes con tres años o menos de escolaridad, uso marginal e inconsistente de métodos anticonceptivos, falta de control prenatal, falta de asistencia de un médico o enfermera durante el parto. **Conclusiones/Recomendaciones.** El nivel socioeconómico y educativo bajo son factores de riesgo que se relacionan con los embarazos en adolescentes. Los factores protectores (Autoestima, integración familiar, proyecto de vida). Un conocimiento adecuado sobre factores de riesgo y protectores mejora la autoestima y el autocuidado en adolescentes.

46T. Proceso de colaboración internacional entre Universidades de Alabama en Birmingham (UAB) y la Universidad Nacional Autónoma de Honduras (UNAH). Mirna Vásquez¹, Olga Almendares,¹ Martha García,¹ Aracely Santos,¹ Rosa Matute,¹ Lynda Wilson,² Lygia Holcomb,² Karen Saenz.² ¹Escuela de Enfermería, FCM UNAH, Tegucigalpa Honduras; ²Escuela de Enfermería de la Universidad de Alabama, Birmingham, EUA.

Antecedentes. La Organización Mundial de la Salud (OMS), en coordinación con la Escuela de Enfermería de la Universidad de Alabama, identificó a Honduras como un país prioritario para el trabajo colaborativo en la Escuela de Enfermería de la Universidad Nacional Autónoma de Honduras (UNAH). **Métodos.** Se establecieron vínculos de colaboración, para desarrollar proyectos de intervención y fortalecer el conocimiento docente en prevención de conductas de riesgo social en jóvenes, dominio en materia de investigación científica, elaborar y publicar artículos científicos, apoyar el desarrollo de los post grados en enfermería y continuar generando nuevos proyectos conjuntos. **Descripción de la experiencia.** En el 2007 se inició el proceso con la capacitación y selección de docentes para facilitadores e investigadores en ambas universidades sobre el programa de familias fuertes. Quienes capacitaron y realizaron una investigación con familias del barrio El Chile de Tegucigalpa; con el objetivo de prevenir conductas de riesgo en jóvenes de 10 a 14 años; posterior a la capacitación 90 % de los participantes manifestaron que el programa fue muy bueno y que los temas están organizados y coherentes, 96.6% consideraron que los contenidos son muy interesantes y útiles para su vida futura, 80% enunciaron que las experiencias compartidas son de la vida cotidiana y 93.4% expresaron que el programa llenó sus expectativas. Otra componente del proceso fue el intercambio docente entre Honduras y Alabama, donde se socializó el proyecto de la maestría en ciencias de enfermería con diferentes énfasis, para ello la UAB brindó asesoría, obteniéndose el plan de estudios el cual se implementara posteriormente. **Lecciones aprendidas.** La experiencia para las docentes hondureñas fue muy enriquecedora porque permitió el trabajo colaborativo con enfermeras la UAB, de intercambio cultural, lingüístico y científico a través del uso del internet, encuentros en línea y visitas de intercambio entre ambas universidades. En la vida personal y profesional de las docentes fue una experiencia de mucho aprendizaje en el manejo de jóvenes, reflexión en nuestra propia vida familiar que permitió saber qué se estaba haciendo bien y qué se puede mejorar, permitió efectuar cambios e implementar los conocimientos en la academia universitaria.

47T. Factores relacionados a infecciones nosocomiales en 9 hospitales de Honduras según teorías de auto cuidado y el entorno. Mirna Vásquez A.,¹ Lesly Lopez,² Marta Tabora,² Sandra Najera,³ Ela Merary Perdomo,³ Rosalina Rodríguez,⁴ Sandra Salazar,⁴ Marta Hernández,⁴ Marcia Briones,⁵ Zulmi Robles,⁵ Asalia Martínez,⁶ Isis Hernández,⁷ Sady Mejía,⁸ Clarisa Ramos,⁸ Elena Padilla,⁹ Lucila Caballero,¹⁰ Prudencia Mejía.¹⁰ ¹Post Grado enfermería Escuela Enfermería, Tegucigalpa; ²Instituto Nacional Cardiopulmonar de Tegucigalpa; ³Hospital Regional Atlántida, La Ceiba; ⁴Hospital Dr. Mario Catarino Rivas, San Pedro Sula; ⁵Hospital Tela; ⁶Hospital Salvador Paredes, Trujillo; ⁷Hospital Progreso; ⁸Instituto Hondureño de Seguridad Social, Tegucigalpa; ⁹Hospital San Lorenzo, Valle; ¹⁰Hospital Regional Santa Teresa, Comayagua.

Antecedentes. Las infecciones nosocomiales constituyen un serio problema de salud pública, ya sea por su efecto sobre la salud de los pacientes, como por los costos que este problema implica, resultante de la reacción adversa a la presencia de un agente infeccioso o su toxina, se adquiere luego de 48 horas de permanecer en el establecimiento de salud, por lo que el paciente no la tenía a su ingreso, se incluyen aquellos procesos infecciosos que ocurren hasta 30 días después del alta. En el país se están aunando esfuerzos para implementar sistemas de vigilancia, prevención y control, orientados a enfrentar este problema, lo cual a su vez repercutirá en la calidad de atención de los servicios hospitalarios. Los pacientes con procesos infecciosos intrahospitalarios pueden presentar una gran variedad de signos y síntomas, algunos de ellos pueden ser evidentes y fáciles de reconocer, mientras otros pueden pasar inadvertidos; por lo que el clínico debe basar su diagnóstico en otras evidencias disponibles, como son los aspectos epidemiológicos y la importante contribución del laboratorio que, además de permitir el diagnóstico etiológico, orienta el manejo clínico terapéutico del paciente.

Objetivo. Analizar los factores que intervienen en las infecciones nosocomiales antes y después de la aplicación de protocolos de atención en pacientes post operados de cirugía selectiva según teoría del auto cuidado y el entorno en 9 Hospitales de Honduras. **Materiales y Métodos.** Se realiza estudio cuantitativo cuasi experimental durante el tercer trimestre del 2010, basado en la teoría del entorno de Florencia Nightingale y en el autocuidado de Dorothea Orem. La muestra será 270 pacientes y el personal de salud involucrado en el cuidado de estos. Se determina si la variable independiente (los factores) produce cambios en la variable dependiente (las infecciones nosocomiales), realizar manipulación de la variable independiente mediante la implementación de protocolos de atención para producir cambios en la variable dependiente, esto implica medir en antes y después de la implementación del proyecto. La recolección de datos se hace mediante la aplicación de tres instrumentos: uno dirigido al personal que medirá acciones de cuidado dependiente con medidas asépticas realizadas al cuidado de sus pacientes, otro instrumento dirigido al paciente para identificar factores intrínsecos y extrínsecos que favorecen las infecciones nosocomiales y un tercero dirigido al ambiente que medirá elementos que favorecerán la presencia de microorganismos. Los criterios de selección para los sujetos son: ser personas mayores de 21 años, programados para cirugía selectiva, pacientes que no tenga infección previa al proceso quirúrgico. **Resultados.** Las infecciones nosocomiales en USA ocurren en el 5 – 10% de los pacientes hospitalizados, se estima 40 millones de admisiones por año y 2 - 4 millones son infecciones nosocomiales. Por lo que se pretenden probar las siguientes hipótesis: El uso de antisépticos, desinfectantes y técnicas inadecuadas por parte del personal de salud, en los 9 hospitales en estudio, favorecen las infecciones post quirúrgicas en cirugías selectivas. A mayor hacinamiento de la población hospitalaria mayor el riesgo de infecciones post operatorio. La falta de protocolos de atención que orienten el manejo de pacientes post quirúrgicos aumenta el riesgo de infecciones nosocomiales.

48T. Tendencias de la Educación Superior de Enfermería en Honduras. Alfonsyna Montoya de Abarca, Mirna Vásquez Aguilera, Nubia Rodríguez. Post Grado en Enfermería, Escuela de Enfermería, UNAH, Tegucigalpa, Honduras.

Antecedentes. La UNAH, mediante la unidad de Posgrado en Enfermería, seriamente preocupada por la calidad de los cuidados de enfermería, toma de decisiones y otras acciones en salud y en función de la situación de salud del país, las necesidades de formación de enfermería y las Tendencias de

Educación Superior en Enfermería a nivel mundial, está buscando consolidar las bases científicas, técnicas y tecnológicas de la profesión, no como un logro a alcanzar, sino como un reto a desarrollar, al asumir las responsabilidades de las demandas sociales, por lo que se ha propuesto la creación de la Maestría en Ciencias de la Enfermería con énfasis en diversos campos de especialidad, mediante el Sistema de residencias en instituciones hospitalarias y centros de salud, que posean las condiciones de unidades docentes para la formación de este personal. El éxito de esta propuesta se ha de acompañar de la intencionalidad de los diferentes sectores del campo de la salud, asegurando con ello la consolidación y permanencia frente al cambio. **Descripción de la Experiencia.** El Postgrado de Enfermería, además, presenta esta propuesta consciente de la responsabilidad con sus egresadas y como reconocimiento al esfuerzo y la entrega demostrada diariamente por aquellas enfermeras(os) que contribuyen al buen funcionamiento del sistema sanitario, en la búsqueda de una atención de calidad de los usuarios de los servicios pero también los que, desde sus comunidades, esperan una respuesta efectiva (promoción de la salud, prevención de la enfermedad, restauración de la salud y mitigación del sufrimiento). El incremento poblacional, las crecientes necesidades y demandas de salud y la organización de los servicios de salud por un lado, y la evolución de la ciencia en salud por el otro, posibilitan un espacio de reflexión frente a los desafíos de la educación universitaria y en particular los postgrados en enfermería dentro de un mundo en constante cambio, permitiendo la visibilidad del complejo proceso transformador de la labor docente y de su práctica, impulsando así la formulación de propuestas pertinentes, congruentes con estas tendencias y viendo la formación superior como estrategia, como instrumento y como recurso para elevar la cobertura de atención, fortalecer y facilitar su acceso a los servicios de salud con oportunidad y calidad. En una aproximación de las profesionales de enfermería a la situación de salud en el mundo, se considera esta formación como crecimiento profesional pero no como un fin en sí mismo, sino que replanteándose el relevante papel de este personal, lo cual pone de manifiesto la importancia y necesidad de las acciones de enfermería, enfatizándose en aquellas provenientes de las postgraduadas. **Lecciones aprendidas.** Siendo la enfermería una profesión cuyo propósito esencial es el cuidado, en el cual convergen las diversas áreas funcionales de su responsabilidad, se requiere, entonces, de la creación y/o fortalecimiento de estructuras tales que permitan una prestación de servicios con calidad, haciendo uso de sus máximas potencialidades y capacidades, con una clara combinación de habilidades conceptuales, de relaciones humanas, actitudes y la aplicación de principios y conceptos éticos.

49T. Integración docencia servicio de Honduras. Carmen Guzmán, Reina Rivera, Silvia Acosta.
Comité Nacional de Integración Docencia Servicio, Tegucigalpa Honduras.

Antecedentes. Las Instituciones prestadoras de servicios de Salud, así como las Instituciones formadoras de recurso humano de enfermería, desearon establecer un enlace para que durante el proceso enseñanza aprendizaje, se establezcan relaciones, acciones integradas y armónicas entre las instituciones de servicio y las instituciones formadoras de recursos humanos de enfermería. Con el propósito de alcanzar objetivos de interés común, y contribuir a la mejora de la calidad de atención de enfermería, bajo el lema “Fortalecimiento de la Carrera de Enfermería” Proyecto Ángeles. Nace el Comité Integración Docencia Servicio, en un convenio entre la Secretaria de Salud de Honduras, La Universidad Nacional Autónoma de Honduras, a través de la Escuela de Enfermería, el Colegio de Profesionales de Honduras y la Cooperación Internacional JICA, interesados por contribuir y mejorar la atención de enfermería en los servicios de salud. Se establece como meta principal la creación de un Modelo de Integración Docencia Servicio para la formación de recursos humanos de enfermería. Un comité nacional de integración docencia servicio de Honduras conformado por profesionales de enfermería de instituciones formadoras y de servicio con la responsabilidad de establecer lineamientos que direccionen a las instituciones formadoras y de servicio, para garantizar la calidad en la formación de los recursos humanos de enfermería en Honduras y asegurar una mejor calidad en la atención a la población demandante. Cuya VISION es garantizar la formación de recursos humanos calificados bajo la conducción de enfermeras docentes de instituciones formadoras y de servicio, para fortalecer el desarrollo del personal de enfermería con el objetivo de dar respuesta a las necesidades de salud de la población. **Resultados.** El Modelo de Integración Docencia Servicio para la formación de recursos humanos de enfermería se documenta en el Manual en donde se enuncian: las normas de integración

docencia servicio e incluye: a.-normas generales para las instituciones formadoras y de servicio. b.-normas para enfermera (o) docente de la institución formadora. c.-normas para la enfermera docente de la institución de servicio. d.-normas para estudiantes en servicio social. e.-normas para estudiantes en los diferentes niveles de formación. El comité IDSH, se rige bajo lineamientos del Manual de organización y funciones del comité integración docencia servicio de Honduras (primera edición / versión preliminar. En Honduras se cuenta con tres contrapartes ubicadas en Olancho, específicamente en el municipio de Juticalpa, otro en Cortes, en el municipio de San Pedro Sula y el último en Atlántida ubicado en el municipio de La Ceiba. Que forman parte del comité nacional, con responsabilidades específicas. Para alcanzar estos objetivos se ha establecido como estrategia principal la formación de Comités Locales en todo el País, y una vez que la Secretaria de Salud de por aceptado el Modelo de Integración Docencia Servicio, estos comités tendrán la responsabilidad de vigilar su cumplimiento a nivel nacional. **Conclusiones/Recomendaciones.** El Comité Integración Docencia Servicio de Honduras, continuara ejecutando acciones de mejora del documento a través de la revisión del mismo, y vigilancia constante para alcanzar los objetivos de que en un futuro no muy lejano, nuestras enfermeras brinden una calidad de atención de acuerdo a la demanda de nuestros demandantes.

50T. Estrategia de atención primaria en salud del Instituto Hondureño de Seguridad Social.
Engels Alexis Sandoval. Programa de Atención Integral en Salud Familiar y Comunitaria, IHSS, Tegucigalpa.

Antecedentes. El IHSS viene haciendo esfuerzos por mejorar la calidad y eficiencia de su propia red de servicios. Para ello se da inicio a una experiencia piloto de acuerdo a la Estrategia de Atención Primaria con los llamados Equipos de Salud Familiar y Comunitario (ESAFIC), que consiste en la prestación de servicios de salud integrados de calidad para la población asegurada que promueve mediante el trabajo en equipo una práctica clínica y de salud en el contexto familiar y comunitario. Se brinda acciones de promoción de la salud, la prevención, control y la rehabilitación de la enfermedad en los diversos niveles de atención del IHSS y la comunidad. Para ello, en el periodo 2002-2004 se iniciaron esfuerzos para implementar el MASFI (Modelo de Atención en Salud Familiar Integral). **Descripción de la Experiencia.** MASFI es un modelo biopsicosocial en el cual se establece una relación equilibrada entre los factores biológicos, interpersonales y sociales en la atención del paciente en el contexto de su familia. Se implementa una práctica familiar a través de un sistema con equipos de salud capacitados para brindar una atención continua, accesible, integral e integrada, con una coordinación y organización a nivel de equipo de salud que sea capaz de realizar planes de manejo de la salud y enfermedad del reservorio de familias bajo su responsabilidad. Además se extiende el cuidado de la salud de los derecho-habientes y sus beneficiarios familiares y la comunidad a través de la educación, promoción de la salud y prevención de enfermedades. Para los años 2005 y 2006 se sigue trabajando en hacer la planificación y la normativa respectiva para su funcionamiento. No obstante en ese momento falta la asignación presupuestaria para el desarrollo del mismo por lo que se le cambia de nombre a PASFI (Programa de Atención en Salud Familiar y Comunitaria Integral) y así poder asignarle un presupuesto y deja de ser un proyecto para convertirse en Programa Nacional. Posteriormente, a inicios del año 2007 se forma un equipo conductor para el desarrollo del mismo surgiendo así el PAISFC (Programa de Atención Integral en Salud Familiar y Comunitaria) que, a partir de la recopilación de la información que tenía disponible el IHSS de los años anteriores sobre el mismo y que concibió desde el año 2002, dio paso al manual normativo para su implementación progresiva a nivel nacional. **Conclusiones/Recomendaciones.** Este Programa surge como respuesta a las necesidades de salud de la población asegurada y de sus beneficiarios, ya que en los últimos tres años estamos registrando como principales causas de muerte en nuestros hospitales las enfermedades infecciosas, seguido del VIH/Sida, las enfermedades del recién nacido, las enfermedades crónicas, y las complicaciones del embarazo. Este perfil de salud que obtenemos de los egresos de nuestros hospitales, nos obligan a realizar acciones de promoción y prevención en salud, para incidir en estas causas desde el seno de la familia y así evitar el daño con el que acuden nuestros pacientes a las Emergencias de nuestros Hospitales.

51T. Análisis de la opinión hecha por parte de los pacientes hacia el trato que reciben por sus médicos, 2010. Saira Damas,¹ Halina Osorio,¹ Anabell Ramos.¹ ¹Estudiantes de Medicina, Facultad de Ciencias Médicas, UNAH; Hospital Escuela. Tegucigalpa Honduras.

Antecedentes. En nuestro país a existido inconformismo por parte de la población de bajos recursos, o de aquellos que hacen uso de los hospitales y centros de salud públicos en este caso en Tegucigalpa. Del que mas quejas se han obtenido es de la atención por parte del personal medico en el Hospital Escuela caso que no es nuevo para nadie ya que aun los medios de comunicación lo discriminado presentándolo como deficiente e inhumano. **Descripción de la experiencia.** Partiendo de esta inconformidad decidimos verificar la opinión de los pacientes del hospital escuela y analizar las diferentes áreas; medicina interna, medicina externa y sala de emergencia. Inspirados por la necesidad del paciente de ser informado correctamente de su estados físico que es deber de cada medico en forma adecuada y comprensible al lenguaje del paciente, por lo que invitamos a las autoridades a incentivar en sus empleados que constituyen el personal medico a mejorar su trato, y la relación medico paciente desde los comienzos de la formación el estudiantado sin olvidar la situación de cada medico y personal ya que son sometidos a largas jornadas de turno lo que los lleva a la acumulación de cansancio y fatiga y muchas veces a la insensibilidad. Se realizo una encuesta a 75 pacientes en diferentes área; sala de emergencias, medicina interna y externa con el fin de comparar los resultados tomando en cuenta el ambiente en que se desenvuelven estas tres diferentes áreas para especificar mejor las necesidades y problemas de cada una de ellas. Los resultados efectivamente como esperábamos fueron notablemente diferentes pues hubo bastante inconformismo en el área de emergencia (en estos días empezaban a llegar los pacientes con síntomas de dengue hemorrágico) lo contrario en los pacientes internos que mas bien estaban muy agradecidos excepto por la tardanza de la recolección de los resultados de exámenes que es deber del personal médico, los pacientes de medicina externa fueron mas sinceros y los calificaron como poco accesibles al transmitirles la información de su condición física y de su actitud y trato inhumano, pero no dejaron de llamarlos buenos y otros los mejores. **Lecciones aprendidas.** Como médicos y futuros médicos debemos de ser consientes de que afectamos e influimos en la condición del paciente sea ya sea en su salud física o psicosocial, ya que somos responsables del impacto que causemos en ellos sea para bien o para mal. Entramos a otra etapa donde la medicina es abierta y esto permite a los pacientes estar mejor informados de los nuevos avances médicos, sin olvidar el crecimiento competitivo de otras universidades, para el paciente somos importantes pero que nuestra posición nos lleve a un servicio mas respetuoso y responsable con los necesitados de atención medica rescatando así su buen criterio, valorización y confianza puesta en nosotros.

52T. Violencia doméstica en San Lorenzo, Valle, en el periodo de febrero – marzo 2008. Carol Sevilla,¹ Germán Leonel Zavala.² ¹Estudiante VIII Año de la Carrera de Medicina, Facultad de Ciencias Medicas, Miembros de la Asociación Científica de Estudiantes de Medicina de Honduras (ASOCEMH UNAH); ²Departamento de Salud Pública, Facultad de Ciencias Medicas.

Antecedentes. Según la Organización Panamericana de la Salud, violencia domestica se define como el uso de la fuerza o la amenaza real del uso de esa fuerza con la intención de causar daño a una persona o a un grupo. En el año de 1997, en Honduras se reconoció que la violencia doméstica contra las mujeres es un delito, incorporándola en el código penal en el marco de las relaciones intrafamiliares. En ese mismo año, se aprobó la Ley contra la Violencia Doméstica que incluye mecanismos de protección para detener la violencia, evitar las nuevas agresiones y garantizar la seguridad de la mujer. **Objetivo.** Determinar la frecuencia y factores asociados a violencia doméstica en la comunidad de San Lorenzo, Valle. **Material y Métodos.** Se realizó un estudio descriptivo transversal con muestreo por conveniencia de los barrios y colonias de San Lorenzo, tomando en cuenta el número de manzanas y de viviendas. Se utilizó como método la entrevista y como instrumento la encuesta. Se procesaron los datos en EpiInfo 3.5. **Resultados.** Se encontró que de las 341 mujeres entrevistadas, el 33% (113) reconoció haber sido víctima de algún tipo de violencia domestica. En relación al tipo de violencia informada por las mujeres, la violencia psicológica se

presentó en 57% (65), violencia física en 26% (30), violencia sexual en 9% (10) y violencia patrimonial en 7% (8). Se observó que las relaciones sexuales sin el consentimiento de la mujer constituyen la agresión más frecuente en la violencia sexual. De estas 113 mujeres, el 55.8% (63) informó tener compañero en unión libre, 32% (36) informó contar con educación primaria completa, el 64% (72) se ubicó en la categoría de ama de casa, el 53% (60) informó de la presencia de alcoholismo en los compañeros y el 43% (49) de las mujeres encuestadas informó antecedentes de violencia en sus hogares. **Conclusiones/Recomendaciones.** La violencia doméstica es un problema frecuente entre las mujeres del Municipio de San Lorenzo, Valle. El tipo de violencia más frecuente fue la psicológica, seguida de la física y la sexual. El enfoque de prevención de la violencia doméstica tendría que estar orientado en reforzar los programas comunitarios de salud, los contenidos sobre la prevención y capacitación de los promotores de salud y otros agentes de la comunidad.

53T. Recorrido de la Ruta Crítica de las Víctimas de Violencia Sexual en el Municipio del Distrito Central realizado en los meses de octubre a diciembre del año 2009. Asunción Alicia Lagos.

Antecedentes. La violencia sexual se define en el Informe mundial sobre la violencia y la salud como “todo acto sexual, la tentativa de consumar un acto sexual, los comentarios o insinuaciones sexuales no deseados, o las acciones para comercializar o utilizar de cualquier otro modo la sexualidad de una persona mediante coacción por otra persona, independientemente de la relación de ésta con la víctima, en cualquier ámbito, incluidos el hogar y el lugar de trabajo”. Puede existir violencia sexual entre miembros de una misma familia y personas de confianza, y entre conocidos y extraños. La violencia sexual puede tener lugar a lo largo de todo el ciclo vital, desde la infancia hasta la vejez, e incluye a mujeres y hombres, ambos como víctimas y agresores. **Descripción de la Experiencia.** No se conoce el alcance real de la violencia sexual, aunque los datos disponibles que se revisaron para realizar el Informe mundial sobre la violencia y la salud sugieren que una de cada cinco mujeres puede sufrir violencia sexual por parte de su pareja de confianza a lo largo de su vida. Para muchas mujeres, la violencia sexual comienza en la infancia y adolescencia y puede tener lugar en una gran variedad de contextos incluyendo el hogar, la escuela y la comunidad. En Honduras según datos recolectados por el ministerio público se recibieron 1711 denuncias por violencia sexual en el año 2008; sin embargo, estos no son evidenciados a nivel de los servicios de salud debido a que no forma parte de los diagnósticos de morbi mortalidad. En un recorrido realizado a las instituciones que trabajan con violencia de género como ser grupos de mujeres organizadas, centros de atención integral, ministerio público se pudo observar que solo a nivel del ministerio público se cuenta con datos estadísticos en cuanto a denuncia por violencia sexual. **Lecciones aprendidas.** Se observó que en el seguimiento de la ruta crítica (la cual está orientada básicamente para la violencia de género), se ve una disminución significativa del número de casos referidos para la atención correspondiente; debido a que no existe un servicio de atención integral donde se les pueda proporcionar la atención médica y psicológica de emergencia, dato preocupante ya que vemos que de estas mujeres agredidas un porcentaje mínimo de ellas recibieron tratamiento profiláctico para VIH/SIDA, ETS y vacunación contra hepatitis B.

54T. Prevalencia de depresión mayor y algunos factores relacionados en mujeres mayores de 18 años residentes en el área de influencia de los cesamos con médicos en servicio social en el periodo diciembre 2008 – diciembre 2009. Eleonora Espinoza,¹ Carlos Sosa,² Manuel Sierra,¹ Denis Padgett,¹ Mauricio González,¹ Jackeline Alger,¹ Iván Espinoza,¹ Edna Maradiaga,¹ Gustavo Moncada,¹ Elizabeth Paguada.¹ Unidad de Investigación Científica (UIC), Facultad de Ciencias Médicas (FCM), UNAH, Tegucigalpa, Honduras; ²Hospital Psiquiátrico Nacional “Santa Rosita”, Amaratéca, Francisco Morazán.

Antecedentes. Existe un convenio suscrito entre el Colegio Médico de Honduras, la Secretaría de Salud de Honduras (SSH) y la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional Autónoma de Honduras (FCM UNAH) para la investigación nacional de temas prioritarios de salud con la participación de médicos en servicio social (MSS) de la Carrera de Medicina. La realización de estos

trabajos de investigación además ha sido ratificada como requisito de graduación por las autoridades de la UNAH. Para la promoción de Médicos en servicio social diciembre 2008-diciembre 2009, la Unidad de Investigación Científica (UIC), FCM UNAH, en conjunto con el Hospital Psiquiátrico Nacional Santa Rosita, diseñaron un estudio nacional en las zonas de influencia de las unidades de salud y hospitales asignados a los MSS. **Objetivo.** Determinar la prevalencia de depresión y factores asociados en mujeres mayores de 18 años en las zonas de influencia de los MSS. **Material y Métodos.** Se realizó un estudio descriptivo transversal poblacional de una muestra aleatoria multi-etápica de mujeres mayores 18 años que vivían en las zonas de influencia de las unidades de salud donde se asignaron los MSS. Para el diagnóstico de depresión mayor se usó el PHQ9 y además se usó un corto cuestionario estructurado para recabar datos socio-demográficos y otros factores asociados. **Resultados.** Como parte del proceso, los MSS asistieron a talleres programados para afianzar las fases del proceso de investigación científica, implementar el protocolo de investigación en sus diferentes fases y profundizar en temas específicos del diagnóstico y manejo de la depresión. Un total de 75 MSS participaron en el estudio poblacional estudiando 15,943 mujeres en 17 departamentos detectando 847 casos de depresión mayor, para una prevalencia nacional de 5.3% (95% IC: 5.0% - 5.7%). Los factores que estuvieron asociados significativamente con depresión fueron mayor edad, no saber leer ni escribir, domicilio rural, no tener hijos (as) menores de 10 años, tener antecedentes de comportamientos violentos en la familia, tener antecedentes de padecer alguna enfermedad, haber consumido alcohol, y haber consumido drogas en los últimos seis meses. **Conclusiones/ Recomendaciones.** La UIC ha diseñado una estrategia innovadora para promover la investigación nacional de temas prioritarios de salud en Honduras. Usando esta estrategia de bajo costo se pudo demostrar que la depresión en mujeres mayores de 18 años es un problema de salud pública importante en el país. Es importante que la Secretaría de Salud desarrolle las normas para el manejo de este problema y que introduzca en el cuadro básico de medicamentos fármacos anti depresivos para ser usados en la red de servicios.

55T. Prevalencia de depresión mayor y algunos factores relacionados en mujeres mayores de 18 años residentes en el área de influencia del CESAMO Candelaria, Lempira, en el periodo diciembre 2008 – diciembre 2009. Roberto Valle,¹ Eleonora Espinoza,² Carlos Sosa,³ Manuel Sierra,² Denis Padgett,² Mauricio Gonzales,² Jackeline Alger.² ¹Médico en Servicio Social Período 2008-2009; ²Unidad de Investigación Científica (UIC), Facultad de Ciencias Médicas (FCM), UNAH, Tegucigalpa, Honduras ;³Hospital Psiquiátrico Nacional “Santa Rosita”, Amarateca, Francisco Morazán.

Antecedentes. La depresión es uno de los trastornos psiquiátricos más frecuentes a nivel mundial. Se han informado rangos de prevalencia entre 5% y 25% en la población general. En Honduras se ha investigado poco acerca de este problema de salud. En base a lo anterior, la UIC FCM UNAH, convocó a los Médicos en Servicio Social del período 22 de diciembre del 2008 a 22 de diciembre 2009 a realizar un trabajo de investigación sobre este tema. **Objetivo.** Determinar la prevalencia de la depresión mayor y algunos factores relacionados en mujeres mayores de 18 años que viven en el área de influencia del CESAMO Candelaria, Lempira, en el periodo comprendido de diciembre 2008 a diciembre 2009, con el propósito de proponer recomendaciones a la Secretaría de Salud. **Material y Métodos.** Estudio descriptivo en dos fases, transversal y longitudinal. Se obtuvo información de mujeres mayores de 18 años previo consentimiento informado oral, escogidas al azar. Se utilizó un cuestionario epidemiológico y el instrumento PHQ-9 para el diagnóstico de depresión mayor. A las mujeres diagnosticadas con depresión mayor se les indicó tratamiento antidepressivo o referencia a otro nivel hospitalario, se evaluó la respuesta terapéutica a las 6 y 12 semanas. Personal docente de la UIC FCM diseñó una base de datos en EpiInfo 3.5 (CDC, Atlanta, GA, EUA). Los resultados son presentados como frecuencias y porcentajes de las variables estudiadas. Se determinó la diferencia entre mujeres con y sin depresión (Chi Cuadrado, $p < 0.05$). **Resultados.** Se entrevistaron 248 mujeres mayores de 18 años identificando 2 casos, para una prevalencia de depresión mayor de 0.8% (IC95% 0.1-2.9). Predominaron las mujeres con primaria incompleta (46.0%), las casadas (44.0%) y las que tenían 1 a 3 hijos (59.3%). Al comparar mujeres con y sin depresión, no se observó diferencia estadísticamente significativa en relación a edad, grado de escolaridad, estado civil, antecedentes de

ingesta de alcohol o drogas, antecedentes de violencia familiar y fuente de ingresos económicos. Se observó un valor marginal en relación a padecer alguna enfermedad ($p=0.0597$). **Conclusiones/Recomendaciones.** A pesar de que esta prevalencia es menor para lo investigado con anterioridad, hay que considerar que en este estudio solamente detecto mujeres mayores de 18 años que se encontraban en un episodio depresivo mayor en las últimas 2 semanas a la aplicación del instrumento PHQ-9. No fue posible evaluar la respuesta terapéutica debido a falta de adherencia al tratamiento y a las citas. En Honduras la depresión mayor es un problema de salud pública que requiere mayor atención y un conocimiento preciso de su distribución en las diferentes regiones del país.

56T. Prevalencia de depresión mayor y algunos factores relacionados, en mujeres mayores de 18 años que viven en las áreas de influencia del CESAMO Dr. Jerónimo Suazo Alserro, del municipio de San José de Colinas, Santa Bárbara; en el periodo comprendido de diciembre 2008 a diciembre 2009. Mirna Elizabeth Díaz,¹ Mauricio González,² Eleonora Espinoza,² Carlos Sosa,³ Manuel Sierra,² Denis Padgett,² Jackeline Alger.² ¹Médico en Servicio Social Período 2008-2009; ²Unidad de Investigación Científica (UIC), Facultad de Ciencias Médicas (FCM), UNAH, Tegucigalpa, Honduras; ³Hospital Psiquiátrico Nacional “Santa Rosita”, Amateca, Francisco Morazán.

Antecedentes. A nivel mundial los trastornos depresivos aumentan su frecuencia a pesar de los progresos en el control de la morbilidad y mortalidad por diferentes enfermedades físicas; siendo estas responsables de una gran parte de sufrimiento, discapacidad y deterioro de la vida de las personas, en especial en la población femenina. Donde la depresión es dos veces más común en la mujer que en el hombre. De manera similar a lo que ocurre en muchos países, en Honduras, la atención de los trastornos mentales es muy limitada y este caso, las mujeres cuentan con pocas opciones de atención.

Objetivo. determinar la prevalencia de depresión mayor y algunos factores relacionados, en mujeres mayores de 18 años en las áreas de influencia del CESAMO Dr. Jerónimo Suazo Alserro en el municipio de San José de Colinas, Santa Bárbara, con el propósito de proponerle recomendaciones a la Secretaría de Salud para un diagnóstico oportuno y un manejo adecuado. **Material y Métodos.** Se realizó un estudio multietápico, su primera fase descriptiva transversal y la segunda fase descriptiva longitudinal, fue llevado a cabo en el municipio de San José de Colinas, Santa Bárbara; tomando una muestra de 250 casas donde se aplicó un cuestionario estructurado y diseñado para detectar casos de depresión mayor (worksheet por scoring PHQ9). Se diseñó una base de datos en Epi-info 3.5.1 para Windows; para el análisis de estos datos se aplicaron pruebas de estadística descriptiva tales como frecuencia y medidas de tendencia central; media, mediana y moda en algunos variables y análisis bivariado. **Resultados.** obtenidos se logró determinar que la prevalencia de depresión en la población estudiada fue de 6% en donde los trastornos psiquiátricos más comunes fueron la depresión y la ansiedad. Así también se logró identificar algunos factores de riesgo tales como el tener hijos menores de 10 años antecedentes patológicos en el último año y la dependencia económica. **Conclusiones/Recomendaciones.** La alta prevalencia de trastornos mentales encontrados plantea la necesidad en la reorientación de la atención psiquiátrica del esquema hospitalario hacia la atención de la salud mental en la comunidad; donde no se cuenta con medicamentos antidepresivos a nivel primario en salud para tratar adecuadamente este tipo de pacientes. Recomendamos a la Secretaría de Salud programas de prevención y tratamiento al alcance de los presupuestos, del país así como es necesario orientar nuestros programas hacia la utilización adecuada del tiempo libre a través de la promoción de conductas sanas dotando a las comunidades de infraestructura recreativas y educativas orientadas a la población femenina.

57T. Prevalencia de depresión y algunos factores relacionados en mujeres mayores de 18 años residentes en el área de influencia del Hospital Enrique Aguilar Cerrato, La Esperanza, Intibucá, en el periodo diciembre 2008 - diciembre 2009. Rebeca Bográn,¹ Denis Padgett,² Eleonora Espinoza,² Carlos Sosa,³ Jackeline Alger,² Mauricio Gonzales,² Manuel Sierra.² ¹Médico en Servicio Social Período 2008-2009; ²Unidad de Investigación Científica (UIC), Facultad de Ciencias Médicas (FCM), UNAH, Tegucigalpa, Honduras; ³Hospital Psiquiátrico Nacional “Santa Rosita”, Amaratéca, Francisco Morazán.

Antecedentes. Síndrome de la esfera afectiva, la tristeza patológica, el decaimiento, la irritabilidad o que puede disminuir el rendimiento o limitar la actividad vital, independientemente de que su causa sea conocida o desconocida. Las cifras de prevalencia de la depresión mayor suelen recoger cifras de aproximadamente 3% en la población general. En Honduras hay escasas investigaciones sobre este trastorno. En base a lo anterior, la UIC FCM UNAH, convocó a los Médicos en Servicio Social del período 22 de diciembre del 2008 a 22 de diciembre 2009 a realizar un trabajo de investigación. **Objetivo.** Determinar la prevalencia de la depresión mayor y algunos factores relacionados en mujeres mayores de 18 años que viven en el área de influencia del Hospital Enrique Aguilar Cerrato, La Esperanza, Intibucá, en el periodo de diciembre 2008 a diciembre 2009, con el propósito de proponer recomendaciones. **Material y Métodos.** Estudio descriptivo en dos fases, transversal y longitudinal. Se entrevistó a mujeres mayores de 18 años previa autorización oral, escogidas al azar en el período septiembre-noviembre 2009. Se empleó un interrogatorio epidemiológico y el instrumento PHQ-9 para el diagnóstico de depresión mayor. A las mujeres diagnosticadas se manejaron con antidepressivos, se evaluó la respuesta terapéutica a las 6 y 12 semanas. Personal docente de la UIC FCM diseñó una base de datos en EpiInfo 3.5 (CDC, Atlanta, GA, EUA). Los resultados de las variables estudiadas son presentados como frecuencias y porcentajes. Se determinó la diferencia entre mujeres con y sin depresión (Chi Cuadrado, $p < 0.05$). **Resultados.** Se identificaron 3 casos para una prevalencia de depresión mayor de 1.2% (IC95% 0.2-3.5). Predominaron las mujeres de 18 a 30 años (41.0%), secundaria completa (23.5%), unión libre (38.6%) y paridad de 1 a 2 hijos menores de 10 años (56.9%). No se observó significancia estadística entre depresión y edad, grado de escolaridad, antecedente de ingesta de alcohol o drogas, antecedente de violencia familiar y la fuente de ingresos económicos. Hubo una relación estadísticamente significativa ($p = 0.022$) que el padecer de depresión mayor estaba relacionado con el estado civil. En relación a referir padecer alguna enfermedad y ser diagnosticada con depresión, se determinó un valor marginal ($p = 0.106$). **Conclusiones/ Recomendaciones.** Se observó una prevalencia menor que en estudios anteriores, ya que en esta investigación solamente estudio mujeres mayores de 18 años con depresión mayor en las últimas 2 semanas a la aplicación del instrumento PHQ-9. La respuesta terapéutica fue difícil evaluarla por falta de apego a las citas control. Esta patología en Honduras requiere mayores estudios y un conocimiento más preciso de su distribución en los diferentes departamentos del país.

58T. Prevalencia de depresión y algunos factores relacionados en mujeres mayores de 18 años residentes en la comunidad de Plaplaya, La Mosquitia, en el periodo diciembre 2008 - diciembre 2009. Hugo Landa Oviedo,¹ María Aguilar Pardo,¹ Daniel López Padilla,¹ Eleonora Espinoza,² Manuel Sierra,² Carlos Sosa,³ Denis Padgett,² Mauricio González,² Jackeline Alger.² ¹Médico en Servicio Social periodo 2009-2010, ²Unidad de Investigación Científica, Facultad de Ciencias Médicas, Universidad Nacional Autónoma de Honduras, ³Hospital Psiquiátrico Nacional “Santa Rosita”, Amaratéca, Francisco Morazán.

Antecedentes. La depresión afecta aproximadamente a 121 millones de personas en el mundo, de acuerdo a informes de la OMS y es responsable de al menos 850,000 muertes por suicidio cada año, constituye la cuarta causa de morbilidad y es una de las principales causas de incapacidad a nivel mundial, y a pesar de ser una patología fácilmente diagnosticable y tratable en el nivel primario de atención, las cifras de personas con trastornos depresivos que reciben tratamiento son muy bajas. Estudios del trastorno depresivo mayor demuestran que es mayor en mujeres que en hombres, con un riesgo del 10 – 25% para las mujeres y del doble para los varones 5 – 12%. En Honduras se han realizado pocos estudios sobre depresión en general y mucho menos en los grupos étnicos los

cuales por razones culturales puede que haya diferencia en el registro de dicha patología. **Objetivo.** Determinar la prevalencia de depresión mayor y factores relacionados en mujeres mayores de 18 años de Plaplaya, Gracias a Dios. **Metodología.** Estudio descriptivo transversal realizado entre enero 2009 y enero 2010 en la totalidad de la población de Plaplaya. Entre julio y agosto se utilizó una encuesta estructurada para recolectar información sociodemográfica y antecedentes, y el instrumento PHQ9 para identificar depresión mayor. Se obtuvo consentimiento informado. **Resultados.** Se encuestó 84 mujeres mayores de 18 años identificando 5 con depresión para una prevalencia de depresión mayor de 6.0% (IC95% 2.21-13.96). El grupo de edad 18-30 años fue el predominante (52.4%), 92.9% sabía leer y escribir y 57.2% tenía una pareja estable (casadas y en unión libre). El 53.6% tenía al menos un hijo <10 años. El 17.9% y 2.4% afirmaron haber consumido alcohol y drogas (marihuana y cocaína) en los últimos 6 meses, respectivamente. El 27.4% y 44.0% refirieron comportamientos violentos en la familia y padecer alguna enfermedad, respectivamente. Se determinó que edad >50 años (OR=27.6, IC95% 2.4-721.9) y estudios <6 años (p=0.001), OR=no definido) se asociaron a depresión. Todas las pacientes depresivas refirieron dificultad para desempeñar sus labores (p=0.000003, OR= no definido). **Conclusiones/Recomendaciones.** La depresión es un trastorno psiquiátrico universal que se presenta en los diferentes grupos étnicos con variaciones en su caracterización epidemiológica. Se recomienda a la Secretaría de Salud abordar el problema de depresión en estas poblaciones minoritarias.

59T. Estudio de prevalencia de depresión mayor y algunos factores relacionados, en mujeres mayores de 18 años que viven en las áreas de influencia del Hospital de Puerto Lempira departamento de Gracias a Dios, durante el periodo comprendido de diciembre 2008 a diciembre 2009. René Orlando García Ramírez,¹ Eleonora Espinoza,² Manuel Sierra,² Carlos Sosa,³ Denis Padgett,² Mauricio Gonzáles,² Jackeline Alger.² ¹Médico en Servicio Social periodo 2009-2010; ²Unidad de Investigación Científica, FCM/UNAH; ³Hospital Psiquiátrico Nacional “Santa Rosita”, Amaratéca, Francisco Morazán.

Antecedentes. En Honduras se reporta una prevalencia de depresión de 12%.; sin embargo, en esta región postergada de Honduras no se han realizado estudios epidemiológicos sobre depresión mayor. **Objetivo.** Determinar la prevalencia de la depresión y algunos factores relacionados, con el propósito de proponer recomendaciones a la Secretaría de Salud para un diagnóstico oportuno y un manejo adecuado. **Material y Métodos.** El estudio es de tipo descriptivo, realizado con un universo de aproximadamente 33,000 habitantes y una muestra de 207 mujeres mayores de 18 años seleccionadas de forma aleatoria en visitas domiciliarias del área de influencia y emergencia del Hospital de Puerto Lempira. Se aplicó el instrumento PQH9 (Patient Health Questionnaire-9). Se generó una base de datos tabulada utilizando el programa Epi-Info. **Resultados.** La depresión afectó a 19/207(9.2%), el rango de edad fue entre los 18 a 30 años de edad con 11/19(57.9%). Según los hábitos de la persona con depresión 12/19(63.2%) ingerían bebidas alcohólicas (p=0.03); las pacientes con depresión y con relaciones familiares (regulares y malas) fueron 14/19(73.7%) (p=0.004) y el comportamiento violento en la familia se presentó en 15/19(78.9%) (p=0.0013). La co-morbilidad de depresión con otra patología se presentó en 11/19(57.9%) (p=0.02) siendo las más frecuentes hipertensión arterial, diabetes mellitus, enfermedad ácido péptica, asma, artritis, infección del tracto urinario, migraña, cáncer entre otras. A las 19 pacientes con síntomas depresivos se les remitió a la consulta externa con la médico psiquiatra; se indicó tratamiento antidepressivo con amitriptilina 200mg v.o. c /día. En el seguimiento a las 6 y 12 semanas de tratamiento; 7 pacientes refirieron mejoría significativa y haberse tomado sus medicamentos, 7 de las pacientes no se logró contacto con ellas y 5 abandonaron el tratamiento por reacciones secundarias del medicamento como ser excesivo sueño, taquicardia y nauseas. **Conclusiones/Recomendaciones.** La prevalencia de depresión fue de 9.2% y se presenta con mayor incidencia en la población joven, que sufre de violencia intrafamiliar con hábitos de ingesta de alcohol, además en co-morbilidad de diferentes entidades patológicas.

60T. Prevalencia de depresión y factores asociados en mujeres mayores de 18 años en dos comunidades de la Región Central de Honduras, Enero 2009-Enero 2010. María D. Aguilar Pardo,¹ Daniel López Padilla,¹ Hugo Landa Oviedo,¹ Eleonora Espinoza,² Manuel Sierra,² Carlos Sosa,³ Denis Padgett,² Mauricio Gonzáles,² Jackeline Alger.² ¹Médico en Servicio Social periodo 2009-2010; ²Unidad de Investigación Científica, Facultad de Ciencias Médicas, Universidad Nacional Autónoma de Honduras; ³Hospital Psiquiátrico Nacional “Santa Rosita”, Amaratéca, Francisco Morazán.

Antecedentes. La depresión es una de las principales cargas sanitarias, como consecuencia del impacto social que provoca, del elevado precio del tratamiento, del alto índice de suicidios (12-15%) y del incremento de la mortalidad debido a la asociación con enfermedades médicas. La Organización Mundial de la Salud (OMS) indicó que la depresión se convertirá en el año 2020 en la segunda causa de incapacidad en el mundo, detrás de las enfermedades isquémicas, mientras que en el año 2000 ocupaba el cuarto lugar. En Honduras son muy pocas las estadísticas que se tienen sobre dicha patología en base a lo anterior, la UIC FCM UNAH, convocó a los Médicos en Servicio Social del período 22 de diciembre del 2008 a 22 de diciembre 2009 a realizar un trabajo de investigación. **Objetivo.** Determinar la prevalencia y factores asociados a depresión en mujeres mayores de 18 años en comunidades rurales de Alubarén, Francisco Morazán, y Flores, Comayagua, Honduras. **Metodología.** El estudio fue realizado en dos fases, de Enero 2009 a Enero 2010. Inicialmente se realizó un estudio descriptivo transversal utilizando un muestreo aleatorio multietápico en mujeres mayores de 18 años y luego un estudio longitudinal siguiendo la cohorte de mujeres diagnosticadas con depresión mayor a las 6 y 12 semanas post-tratamiento antidepressivo. Se encuestaron entre los meses de Julio y Agosto, 2009, a 194 mujeres procedentes de Alubarén, Francisco Morazán y 249 procedentes de Flores, Comayagua, constituyendo una muestra de 443 mujeres. A cada participante se le solicitó consentimiento informado. El diagnóstico de depresión mayor se hizo utilizando el Patient Health Questionnaire 9 (PHQ-9). **Resultados.** La prevalencia de depresión mayor fue de 2.7% (95% IC 1.5- 4.8). Las mujeres que fueron víctimas de violencia doméstica de tipo físico y las que calificaron sus relaciones familiares como “regulares”, resultaron más propensas que el resto de las mujeres encuestadas a padecer depresión mayor. Asimismo, los datos indicaron que las mujeres diagnosticadas informaron 10 veces más dificultad en el desempeño de su trabajo. **Conclusiones/Recomendaciones.** La prevalencia de depresión mayor fue relativamente baja (2.7%, IC95% 1.5% - 4.8%). Sin embargo, fue posible determinar asociaciones significativas en cuanto a la violencia física y el tipo de relaciones familiares. Se necesitan otras investigaciones que permitan profundizar aspectos específicos de esta patología que contribuyan a desarrollar estrategias oportunas de prevención.

61T. Prevalencia de Depresión y algunos factores relacionados, en mujeres mayores de 18 años que viven en las áreas de influencia del CESAMO de Chamelecón, Departamento de Cortés en el período comprendido de diciembre 2008 a diciembre 2009. Rossana Rosa Espinoza,¹ Elizabeth Paguada,² Eleonora Espinoza,² Carlos Sosa,³ Manuel Sierra,² Denis Padgett,² Mauricio Gonzáles.² ¹Médico en Servicio Social Período 2008-2009; ²Unidad de Investigación Científica (UIC), Facultad de Ciencias Médicas (FCM), UNAH, Tegucigalpa, Honduras; ³Hospital Psiquiátrico Nacional “Santa Rosita”, Amaratéca, Francisco Morazán.

Antecedentes. La depresión afecta a 121 millones de personas a nivel mundial; su prevalencia a nivel latinoamericano se estima entre el 4% a 7% y en Honduras su tasa es de 7 por cada 1000 habitantes, y según datos del Post Grado de Psiquiatría el episodio depresivo mayor es el trastorno mental más diagnosticado en la población hondureña, con una prevalencia de hasta un 20%. La mayoría de las personas afectadas por esta enfermedad son mujeres, y sus efectos negativos abarcan las esferas afectivas y físicas de quienes la padecen, causando importantes pérdidas económicas por años de vida perdidos por discapacidad. En su desarrollo se encuentran implicados factores biológicos y psicosociales. La depresión se asocia con conductas de alto riesgo, frecuentemente coexiste con otras morbilidades y es considerada factor de riesgo en el desarrollo de diabetes y enfermedad cardiovascular. **Objetivo.** Determinar la prevalencia de la depresión y algunos

factores relacionados en mujeres mayores de 18 años que viven en las áreas de influencia del CESAMO de Chamelecón, departamento de Cortés, en el período comprendido de diciembre de 2008 a diciembre de 2009 con el propósito de proponer recomendaciones a la Secretaria de Salud para un diagnóstico oportuno y un manejo adecuado. **Material y método.** Se realizó una investigación de tipo descriptivo transversal, con una muestra de 235, utilizando muestreo aleatorio multietápico; los datos se recolectaron mediante la aplicación de una encuesta con preguntas abiertas y cerradas que fue aplicada a través de una entrevista. Luego de aplicar la encuesta se realizó el tamizaje para el diagnóstico de depresión mediante el Primary Care Evaluation of Mental Disorders and the Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9). Los datos obtenidos fueron procesados con el Epi Info 6.4 versión 2 (CDC, Atlanta, GA, USA). **Resultados.** Fueron diagnosticadas con depresión 12(5%), de las mujeres encuestadas, siendo el grupo etario más afectado el de las mujeres entre los 18 y 40 años con 11 (92%) de los casos. **Conclusiones/Recomendaciones.** En la población en estudio la prevalencia de depresión fue del 5% y los factores relacionados con la depresión fueron la mala calidad en las relaciones familiares y la exposición a la violencia intrafamiliar, ya sea verbal o física. Estos resultados servirán para proponer recomendaciones a la Secretaria de Salud para un diagnóstico oportuno y manejo adecuado de la depresión.

INDICE DE AUTORES

NOMBRE	Trabajo Libre/Conferencia	NOMBRE	Trabajo Libre/Conferencia
Aidé Fernández	10T	Diana Núñez	16T
Alejandra del Viento	10T	Doris L. Burdet Muñoz	29T
Alejandro Besné- Mérida	10T	Doris Maribel Rivera	9T
Alejandro E. Bojórquez	39T	E Mayes	41T
Alex Rovelo	12T	Edgardo Murillo Castillo	42,43T
Alfonsyna M. de Abarca	48T	Edith Rodríguez	32,33T
Alfredo Sahagún-Ruiz	8C	Edna Janeth Maradiaga	24,36,37,54T
Alyssa Richtarik	9T	Eduardo E. Muñoz	39T
Anabell Ramos	51T	Efraín Bu Figueroa	6C
Andrés Murillo	9C	Ela Merary Perdomo	47T
Aracely Santos	46T	Elena Padilla	47T
Asalia Martínez	47T	Eleonora Espinoza	36,37,54,55,56,57, 58,59,60,61T
Asunción Alicia Lagos	53T	Elizabeth Ordóñez	6T
Aysa Saleh Ramírez	16,17T	Elizabeth Paguada	36,37,54,61T
Bryan A. Borjas	39T	Emilia Alduvín Sainz	18T
Cándida Dereck Jackson	20T	Engels Alexis Sandoval	50T
Carlos Cedillo-Peláez	10T	Ernesto Becerra	10T
Carlos Mazier	22T	Etna Lagos Rivera	24T
Carlos Rodolfo Aquino	11T	Evelina Chapman	2,4C
Carlos Sosa	11C,54,55,56,57, 58,59,60,61T	Fany Patricia García	22T
Carmen Guzmán	49T	Germán Leonel Zavala	52T
Carol Sevilla	1,52T	Gloria Martínez	16T
Carolina M. Perdomo	39T	Grupo de Estudio de Infecciones Congénitas de México	5,8C, 10T
Catalina Sherman	2T	Guillermo Troya	4,5T
César Castellanos	16T	Guillermo Villatoro	25,26,27,28,29T
Clarisa Ramos	47T	Gustavo A. Urbina	32T
Claudia P. Rico-Torres	8C, 10T	Gustavo Moncada	10C, 36,37,38,40, 54T
Concepción Zúñiga	9C, 31T	Halina Osorio	51T
Cynthia Sierra	19T	Héctor Escalante	3T
D Kraemer	41T	Héctor Galindo	16,23T
Dafne Carias	3T	Héctor Luna-Pastén	10T
Danelia Espino	45T	Héctor Quiroz-Romero	10T
Daniel López Padilla	58,60T	Heriberto Caballero- Ortega	8C
Darla Davis Webster	45T	Homer Mauricio Mejía	32,33T
David Cancelada	34T	Howard Doyle	9T
Deis Morales Zavala	45T	Hugo Landa Oviedo	58,60T
Delia Macías Licona	45T		
Denis Padgett	9,36,37,54,55,56, 57,58,59,60,61T		

NOMBRE	Trabajo Libre/Conferencia	NOMBRE	Trabajo Libre/Conferencia
Idalia Martínez Iriarte	45T	María Antonia García	45T
Irma Cañedo-Solares	8C	María Claudia Escobar	16T
Isis Hernández	47T	María Dolores Correa	5,8C, 10T
Isis R. Tabora Sevilla	40T	B.	
Iván Espinoza	36,37,54T	María Edith Medina E.	8C
J Bu	41T	María Gabriela	25,28T
J Sanchez	41T	Mendoza	
Jackeline Alger	8,13,36,37,54,55, 56,57,58,59,60T	María Luisa Matute	8T
Jacqueline Figueroa	36T	Marie Domínguez	34T
Jessica Barahona	44T	Marta Hernández	47T
Jiro Nakamura	9C, 31T	Marta Tabora	47T
Jorge Fernández	23T	Martha García	46T
Jorge García	8,13T	Martin Iván Sinclair	12T
José Manuel Palma	10T	Maryanne Stone-	16T
José Marenco	4,5T	Jimenez	
José Solórzano	2T	Mauricio Gonzáles	36,37,54,55,56,57, 58,59,60,61T
Karen Saenz	46T	Mercedes Martínez	31T
Ken Hashimoto	9C, 31T	Miguel Angel Minero L.	11T
Keneth Vittetoe	44T	Miriam Raquel Wong	39T
Lesby M. Espinoza	25,26,27,28,29T	A.	
Lesly Lopez	47T	Mirna Elizabeth Díaz	56T
Lesly Pineda	45T	Mirna Vásquez Aguilera	45,46,47,48T
Liliana Mejía	23T	Nasim Farach	23T
Liziem Valladares	14,17T	Noé Pacheco-Coronel	10T
Lucía de la María Lara	39T	Nora Maresh	16T
Lucila Caballero	47T	Nora Rodríguez	3T
Luis Gabriel Cuervo	2,4C	Norma Artilés	16T
Luis Jorge García M.	10T	Nubia Rodríguez	48T
Luz Belinda Ortiz A.	8C	O De la Lande	41T
Lygia Holcomb	46T	Odessa Henríquez Rivas	35T
Lynda Wilson	46T	Olga Almendares	46T
Lysien Zambrano	1,42,43T	Phillip Castillo	4,5T
M Dubon	41T	Prudencia Mejía	47T
Magdalena Aguilera	45T	R Madrid	41T
Manuel Sierra	2,3,23,36,37,38,40, 54,55,56,57,58,59, 60,61T	Ramón Mauricio	30T
Marcia Briones	47T	Loredo	
Marco Medina	41T	Ramón Rosales	31T
Marco Tulio Luque	7C, 9T	Ramón Y. Maradiaga	7T
Marco Tulio Trejo	31T	Raúl Zelaya Rodríguez	30T
Marco Urquia	15,23T	Rebeca Bográn	57T
Marel de J. Castellanos	39T	Reina Rivera	49T
María Aguilar Pardo	58,60T	Renato Valenzuela C.	6T
		René Orlando García	59T
		Rhina Z. Pineda	6T
		Ricardo Aviles L.	34T

NOMBRE	Trabajo Libre/Conferencia	NOMBRE	Trabajo Libre/Conferencia
Ricardo Figueroa D.	10T	Selvin Reyes García	1,42,43T
Rina G. de Kaminsky	4,5,6,8T	Silvia Acosta	49T
Roberto Valle	55T	Sofía Rosales	9T
Rolando Pinel	14,15,17,23T	Tammy Laínez Serrano	45T
Rosa María Duarte	36T	Tomasa Sierra	23T
Rosa Matute	46T	Trinidad Amador	45T
Rosalina Rodríguez	47T	Víctor Manuel Muñoz	1T
Rosmery Durón del Cid	45T	Wendy López	8T
Rossana Rosa Espinoza	61T	Xarah Meza	44T
Rudy Molinero	23T	Ximena Gutiérrez	16T
Sady Mejía	47T	Xiomara Bú	21T
Saira Damas	51T	Yeny Chavarría.	37T
Sandra Marcela Silva	38T	Yolany Paredes	44T
Sandra Najera	47T	Zulmi Robles	47T
Sandra Salazar	47T		

Universidad Nacional Autónoma de Honduras
Facultad de Ciencias Médicas

**XVIII Jornada Científica y V Congreso de
Investigación de las Ciencias de la Salud**

Tegucigalpa, Honduras
22 y 23 de Septiembre de 2011

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

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

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

Trabajos Científicos

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

Trabajos Clínicos

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

Experiencias en Salud Pública

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

INSTRUCCIONES PARA PREPARACION DEL RESUMEN (Conferencias y Trabajos Libres)

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

1. Provea la información solicitada y escoja el tipo de trabajo, si es un Trabajo Libre (científico, clínico y experiencia en salud pública) o conferencia (magistral, plenaria, simposium, mesa redonda, foro, panel, etc.).

2. Proporcione los datos que se le piden: Nombre del expositor, dirección postal, datos de la ciudad, Tel/FAX, Correo-Electrónico.

3. Ayudas audiovisuales: Marque de acuerdo a las ayudas audiovisuales que necesitará.

4. Escriba el cuerpo del Resumen con letra tipo Times New Roman punto 12 hasta un máximo de 300 palabras. Comience por el Título del trabajo, continúe con una nueva línea con los Autores (subraye el nombre del Expositor), y en otra línea, las respectivas Instituciones. En otra línea comience el Cuerpo del Resumen el cual debe contener las secciones descritas a continuación.

5. Cuerpo del Resumen. Trabajo Científico: Antecedentes, Objetivo(s), Material y Métodos, Resultados y Conclusiones/Recomendaciones. Trabajo Clínico: Antecedentes, Descripción del caso/serie de casos (criterios clínicos, epidemiológicos, laboratorio, manejo y desenlace), Conclusiones/Recomendaciones. Experiencia de Salud Pública: Antecedentes, Descripción de la experiencia, Lecciones aprendidas. Conferencia: Texto sin subtítulos. **Importante**: se recomienda revisar el compendio de resúmenes preparados en la XV, XVI y XVII Jornadas Científicas, 2008, 2009 y 2010.

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

LA FECHA LIMITE PARA ENTREGA DE RESUMENES:

30 de Junio de 2011

**XVIII Jornada Científica y V Congreso de
Investigación de las Ciencias de la Salud**

22 y 23 Septiembre 2011

Parte 1

RESUMEN DE TRABAJOS LIBRES Y CONFERENCIAS

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

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

TITULO DEL TRABAJO O CONFERENCIA:

DATOS DE LOS Y LAS AUTORES(AS): NOMBRE, GRADO ACADEMICO E INSTITUCION

DATOS DEL EXPOSITOR

Nombre:

Dirección electrónica:

Teléfono Fijo y Móvil:

INDICAR NECESIDADES ESPECIALES DE PROYECCION

**XVIII Jornada Científica y V Congreso de
Investigación de las Ciencias de la Salud**

22 y 23 Septiembre 2011

Parte 2

CUERPO DEL RESUMEN (no más de 300 palabras)

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

Trabajo Científico

Título

Autores

Instituciones

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

Trabajo Clínico

Título

Autores

Instituciones

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

Experiencia de Salud Pública

Título

Autores

Instituciones

Antecedentes, Descripción de la experiencia, Lecciones aprendidas.

Conferencia

Título

Autores

Instituciones

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

PATROCINADORES

Asociación Hondureña de Parasitología (AHPA)

Biblioteca Médica Nacional

Biblioteca Virtual en Salud de Honduras (www.bvs.hn)

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

Instituto de Enfermedades Infecciosas y Parasitología Antonio Vidal (IAV)

Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud, Representación Honduras.

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

Promoción y Desarrollo de la Investigación, Área de Tecnología para la Atención e Investigación en Salud, Organización Panamericana de la Salud, Washington, DC, EUA

Sociedad Hondureña de Enfermedades Infecciosas (SHEI)

Unidad de Tecnología Educativa en Salud, UTES, Facultad de Ciencias Médicas, UNAH

*Universidad Nacional Autónoma de Honduras
Facultad de Ciencias Médicas*

*XVIII Jornada Científica y V Congreso de
Investigación de las Ciencias de la Salud*

Tegucigalpa Honduras

22 y 23 de Septiembre de 2011



Universidad Nacional
Autónoma de Honduras



Unidad de Investigación
Científica



Asociación Hondureña
de Parasitología



Instituto de Enfermedades
Infecciosas y Parasitología
Antonio Vidal



Sociedad Hondureña
de Enfermedades Infecciosas



Secretaría de Salud
de Honduras