



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE HONDURAS

Revista de la Facultad de Ciencias Médicas

Volumen 9, Año 9, N°1

ISSN 1991-5225

Septiembre 2012 Tegucigalpa, Honduras

Suplemento N° 1

XIX Jornada Científica y VI Congreso de Investigación de las Ciencias de la Salud

19 - 21 de Septiembre del 2012

Hotel CLARION Tegucigalpa MDC

La Investigación como estrategia para el abordaje integral de la violencia



Vol. 9, Año 9, Suplemento No.1,
Septiembre, 2012 ISSN 1991-5225

XIX Jornada Científica y VI Congreso de Investigación de las Ciencias de la Salud

19 - 21 de Septiembre del 2012

Hotel CLARION Tegucigalpa MDC

**La Investigación como estrategia para
el abordaje integral de la violencia**



PROGRAMA CIENTIFICO Y COMPENDIO DE RESÚMENES

Tegucigalpa, Honduras

Septiembre 2012



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE HONDURAS

Revista de la Facultad de Ciencias Médicas

Volumen No. 9, Año 9, Suplemento No.1, Septiembre, 2012

Nota: El proceso de revisión por pares de los resúmenes sometidos a consideración para presentación en la XIX Jornada Científica y VI Congreso de Investigación de las Ciencias de la Salud fue responsabilidad del Comité Científico. Diseño de Portada: Licda. Ruth Romero.

**AUTORIDADES DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL
AUTÓNOMA DE HONDURAS**

MSc. JULIETA CASTELLANOS
Rectora de la Universidad Nacional Autónoma de Honduras, UNAH
DRA. RUTILIA CALDERÓN
Vice-Rectora de Asuntos Académicos, UNAH
LICDA. AMERICA ALVARADO
Vice-Rectora de Asuntos Nacionales e Internacionales
ABOG. AYAX IRÍAS
Vice-Rector de Asuntos Estudiantiles
DR. MARCO TULLIO MEDINA
Decano de la Facultad de Ciencias Médicas, UNAH
DR. JORGE VALLE
Secretario General, Facultad de Ciencias Médicas, UNAH

**CONSEJO EDITORIAL DE REVISTA DE LA
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS**

DR. GERMAN LEONEL ZAVALA
Director, Departamento de Salud Pública,
Facultad de Ciencias Médicas, UNAH
LIC. LUIS EDGARDO ARANDA (Secretario)
Unidad de Tecnología Educativa en Salud (UTES), Facultad de
Ciencias Médicas, UNAH
LICDA. LISSETTE BORJAS
Unidad de Tecnología Educativa en Salud (UTES), Facultad de
Ciencias Médicas, UNAH
MSc. ELIA B. PINEDA
Editora Adjunta, Facultad de Ciencias Médicas, UNAH
DR. DAGOBERTO ESPINOZA M.
Departamento de Psiquiatría, Facultad de Ciencias Médicas, UNAH
DR. JORGE FERNÁNDEZ
Departamento de Medicina Interna, Facultad de Ciencias Médicas,
UNAH
DRA. CAROLINA RIVERA
Departamento de Patología, Facultad de Ciencias Médicas,
UNAH
DRA. CECILIA GARCÍA
Biblioteca Médica Nacional, Facultad de Ciencias Médicas, UNAH
LICDA. MARÍA OLIMPIA CORDOVA
Unidad de Tecnología Educativa en Salud (UTES), Facultad de
Ciencias Médicas, UNAH
DR. ELEAQUÍN DEL CID
Departamento de Salud Pública, Facultad de Ciencias
Médicas, UNAH
Dr. CARLOS ALBERTO MEDINA R.
Departamento de Gineco-Obstetricia, Facultad de Ciencias
Médicas, UNAH
Dr. SAID MEJÍA LEMUS
Departamento de Cirugía, Facultad de Ciencias Médicas
MSc. ELIZABETH PAGUADA CANALES
Unidad de Investigación Científica, Facultad de Ciencias
Médicas
LICDA. SANDRA MAELY MOLINA NIETO
Escuela de Enfermería, Facultad de Ciencias Médicas
BR. GUILLERMO ANTONIO FLORES
Escuela de Enfermería, Facultad de Ciencias Médicas
BR. MARIO RUSH
ASOCEMH, Facultad de Ciencias Médicas
LICDA. SILVIA ACOSTA
Departamento de Educación de Enfermería, Facultad de
Ciencias Médicas, UNAH

CONSEJO DE REDACCIÓN
Licda. Lissette Borjas (Coordinadora)
Dr. German Leonel Zavala
MSc. Elia B. Pineda

CONSEJO DE EDICIÓN
Dr. Jorge Fernández
Dr. Carlos Alberto Medina R.
Dr. Dagoberto Espinoza M.
Dra. Cecilia García A.
Lic. Luis Edgardo Aranda
Dr. Eleaquin del Cid
Licda. Silvia Acosta

CONSEJO DE ADMINISTRACIÓN
Licda. María Olimpia Córdova, UTES/UNAH
Sec. Johanna Vallecillo



U N A H

**Universidad Nacional Autónoma
de Honduras**

**REVISTA DE LA FACULTAD
DE CIENCIAS MÉDICAS**

Vol. 9, Año 9, Suplemento No.1

Septiembre, 2012

ISSN 1991-5225

**XIX JORNADA CIENTÍFICA Y
VI CONGRESO DE INVESTIGACIÓN
DE LAS CIENCIAS DE LA SALUD**



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



**XIX JORNADA CIENTÍFICA Y VI CONGRESO DE INVESTIGACIÓN
DE LAS CIENCIAS DE LA SALUD**

19 – 21 DE SEPTIEMBRE DE 2012

**PROGRAMA CIENTÍFICO Y
COMPENDIO DE RESÚMENES**

***La investigación como estrategia para el abordaje
integral de la violencia en Honduras***

Hotel Clarion, Tegucigalpa, Honduras

Septiembre 2012

PROGRAMA CIENTÍFICO
XIX JORNADA CIENTÍFICA Y VI CONGRESO DE
INVESTIGACIÓN DE LAS CIENCIAS DE LA SALUD

Hotel Clarion, Tegucigalpa
19-21 de septiembre de 2012

Horario	Sept. 19 Miércoles	Horario	Sept. 20 Jueves	Horario	Sept. 21 Viernes
08:00 12:00	Taller Recursos de Información / Biblioteca Medica Nacional	08:00 12:00	Salón Madrid I Pediatría Medicina Tropical	08:00 12:00	Salón Madrid I Modelo de Atención: APS
			Salón Madrid II Enfermería Nutrición Investigación		Salón Madrid II Tuberculosis
13:00	Taller Recursos de Información / Biblioteca Medica Nacional	13:30	Salones Madrid I, II Plenaria Investigación y Violencia	13:00 15:00	Salón Madrid I Modelo de Atención: Género
		16:30 17:15	Salón Madrid I Micosis		Salón Madrid II ETV Micosis
			Salón Madrid II Parasitosis intestinales		
19:00 22:00	Salón Viena Ceremonia de Inauguración			15:30	Salón Madrid I Clausura

XIX JORNADA CIENTÍFICA Y VI CONGRESO DE INVESTIGACIÓN DE LAS CIENCIAS DE LA SALUD

CONTENIDO

	Pág.
Autoridades Facultad de Ciencias Médicas y Comité Organizador de la XIX Jornada Científica y VI Congreso de Investigación de las Ciencias de la Salud	6
Normas Generales.....	7
Programa Ceremonia de Inauguración.....	9
Programa Ceremonia de Clausura.....	10
Palabras del Coordinador General.....	11
Comisión Evaluadora de Trabajos Libres.....	12
Programa Taller Pre Jornada	13
Programa Científico.....	14
Resúmenes	
Conferencias.....	27
Trabajos Libres.....	34
Índice por autor.....	80
XX Jornada Científica y VII Congreso de Investigación de las Ciencias de la Salud.....	83
Instrucciones para la preparación de resúmenes.....	84
Patrocinadores.....	87

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE HONDURAS

AUTORIDADES DE LA FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

DECANO Dr. Marco Tulio Medina

SECRETARIO Dr. Jorge Valle

UNIDAD DE INVESTIGACIÓN CIENTÍFICA

XIX JORNADA CIENTIFICA Y VI CONGRESO DE INVESTIGACION DE LAS CIENCIAS DE LA SALUD

19-21 DE SEPTIEMBRE DE 2012

Coordinador General
Secretaria

Dr. Roberto O. Tinoco
MSc. Elizabeth Paguada

Comité Científico

Dra. Jackeline Alger
Dr. Denis Padgett Moncada
Dra. Eleonora Espinoza
Lic. Mauricio Gonzáles
Astarté Alegría, MSc.
Lic. Migdonia Ayestas

Comité Financiero

Dr. Iván Espinoza
Dra. Lelany Pineda
Lic. Mauricio Velásquez

Comité Socio Cultural

Dr. Gustavo Moncada
Br. Heydí Hernández

Comité de Publicidad

Lic. Mauricio Gonzáles
Dra. Jackeline Alger
Dra. Lysien Zambrano
Dr. Selvin Z. Reyes

Comité de Apoyo Logístico

Dr. Manuel Sierra
Dra. Lysien Zambrano
Dr. Selvin Z. Reyes
Sra. Amalia Castro
Sra. Benicia García
Lic. Luis Aranda
Sr. Ramón Mejía
Sr. David Martínez

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 o unos minutos antes.
2. Portar el Programa Científico y Compendio de Resúmenes, Suplemento Revista de la Facultad de Ciencias Médicas, 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 buscar personas 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 de programas.
2. Proveer al moderador del salón, quien cuenta con una lista de expositores por bloque, los datos relevantes resumidos a ser utilizados en su presentación.
3. Presentarse al menos 30 minutos antes de la hora de su exposición en el Salón correspondiente. Cuando participa en un bloque temático, se sugiere acompañar las presentaciones hasta el final.

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 de su hoja de vida 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 5 minutos (incluyendo preguntas y respuestas) y la luz roja indica que falta un minuto para completar el tiempo de exposición.
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 19 de septiembre, 2012

Lugar: Salón Viena, Hotel Clarion

Horario: 19:00 – 22:00 pm

Maestro de Ceremonia Dr. Gustavo Moncada, UIC FCM UNAH

- 19:00 Registro de los participantes.
- 19:30 Himno Nacional de Honduras por la Orquesta de Cámara de UNAH, bajo la conducción del Director, Licenciado Yvan Bertet.
- 19:40 Palabras de bienvenida por el señor Coordinador del Comité Organizador del Evento, Doctor Roberto Obdulio Tinoco.
- 19:45 Mensaje de inauguración a cargo de la señora Rectora de la Universidad Nacional Autónoma de Honduras, Licenciada Julieta Castellanos.
- 19:50 Homenaje a la señora Rectora de la UNAH, Licenciada Julieta Castellanos, ofrecido por el señor Decano de la Facultad de Ciencias Médicas, Doctor Marco Tulio Medina.
- 20:10 **1C La Investigación Científica para abordar la Inseguridad, Violencia y Criminalidad.** Licenciada Julieta Castellanos.
- 20:50 Presentación Artística: Orquesta de Cámara de la UNAH.
- 21:10 Vino de Honor

PROGRAMA CEREMONIA DE CLAUSURA

Viernes 21 de Septiembre, 2012

Lugar: Salón Madrid I

Horario: 15:30 – 17:00 pm

Maestro de Ceremonia, Dr. Iván Espinoza, UIC FCM UNAH

- 15:30 Himno Nacional de Honduras. Coro de la Orquesta Filarmónica de Honduras, bajo la conducción del Director, Licenciado Jorge Mejía.
- 15:40 Lo que aconteció en la XIX Jornada Científica y VI Congreso de Investigación de las Ciencias de la Salud. Dr. Obdulio Tinoco, Coordinador General Comité Organizador.
- 15:50 Reconocimientos y premiaciones. Comisión de Evaluación de Trabajos Libres.
- 16:10 Presentación artística. Coro de la Orquesta Sinfónica de Honduras.
- 16:20 Invitación a la XX Jornada Científica y VII Congreso de Investigación de las Ciencias de la Salud, Septiembre 18-20 de septiembre 2013. Dra. Lelany Pineda, Unidad de Investigación Científica, Facultad de Ciencias Médicas.
- 16:30 Palabras de Clausura. Dr. Marco Tulio Medina, Decano de la Facultad de Ciencias Médicas.
- 16:40 Agasajo.

PALABRAS DEL COORDINADOR GENERAL

Desde 1987, la Facultad de Ciencias Médicas de nuestra querida UNAH, con la coordinación de la Unidad de Investigación Científica, celebramos anualmente estas Jornadas Científicas. En este año 2012, llegamos a la XIX Jornada Científica y VI Congreso de Investigación de las Ciencias de la Salud. El personal docente, asistencial, administrativo y los estudiantes de pregrado y postgrado, con el apoyo de nuestros colaboradores y patrocinadores, hemos contribuido con nuestros mayores esfuerzos para el desarrollo de un evento científico exitoso. Así como lo seguiremos haciendo en la organización de los eventos futuros.

Este año el tema central aborda una de las líneas prioritarias de investigación de la Facultad de Ciencias Médicas, como lo es la Violencia y la Salud Mental. El tema *La investigación como estrategia para el abordaje integral de la violencia en Honduras*, rinde además un homenaje a la Señora Rectora Lic. Julieta Castellanos, por su trayectoria impulsando los temas de democracia, paz y seguridad en el país y su papel actual preponderante en la sociedad hondureña alrededor de la institucionalidad democrática y la lucha contra la corrupción, así como en la promoción de la función de la UNAH en abrir espacios de reflexión, dialogo y propuestas que permitan fortalecer las políticas públicas relacionadas con la democracia y convivencia ciudadana.

El programa científico se ha conformado con trabajos libres que abordan temas y subtemas incluidos en las otras líneas prioritarias de investigación de nuestra Facultad, incluyendo la Morbimortalidad Materna Infantil, las Enfermedades Crónicas No Transmisibles y Estilos de Vida, las Enfermedades Transmisibles y Promoción de la Salud, el Ambiente y Nutrición, el Derecho a la Salud y los Servicios de Salud y la línea Institucional. Se presenta un total de 10 conferencias magistrales y 71 trabajos libres en temas de pediatría, medicina tropical, enfermería, nutrición, investigación y violencia, micosis, parasitosis intestinales y transmitidas por vectores, tuberculosis y el modelo de atención en salud, desde los enfoques de atención primaria en salud y de género.

Agradecemos a todos nuestros colaboradores y patrocinadores, ya que sin su apoyo y participación no hubiésemos conformado un programa científico con la diversidad y calidad del presente programa. Agradecemos a los expositores nacionales e internacionales que se desplazaron desde sus respectivas ciudades y países para participar en nuestro evento. Reconocemos el esfuerzo de los estudiantes de pregrado y postgrado, quienes apoyados por docentes y por el Comité Científico, están realzando el evento con sus participaciones y están contribuyendo a que la Unidad de Investigación Científica cumpla con sus objetivos de contribuir a la formación de competencias en investigación y de promover espacios de divulgación y discusión en la Facultad de Ciencias Médicas.

Finalmente, quiero reconocer la labor de todos mis colegas del Comité Organizador, por su dedicación y esfuerzo para que anualmente nos deleitemos conociendo la producción científica de nuestra Facultad.

Dr. Obdulio Tinoco

Coordinador General Comité Organizador

XIX Jornada Científica y VI Congreso de Investigación de las Ciencias de la Salud

COMISION EVALUADORA DE TRABAJOS LIBRES

Los Trabajos Libres presentados se evalúan en base a parámetros de 1) Mérito científico, 2) Relevancia, 3) Equipo investigador y 4) Calidad de la presentación, de acuerdo a las categorías de Trabajo Científico, Trabajo Clínico y Experiencia. Es necesario un mínimo de tres trabajos por categoría para proceder a evaluar.

Integrantes:

Dra. Nelly Janeth Sandoval

Profesora Titular III, Departamento de Medicina Interna, FCM UNAH
Dermatopatóloga, Departamento de Patología, Hospital Escuela

Maestra Marta Isabel Fonseca

Profesora Titular II, Postgrado Maestría en Salud Pública, FCM UNAH
Licenciada en Enfermería, MSc Salud Pública

Dra. Michelle Lopez Santisteban

Profesora Titular III, Pediatra Nefróloga, Departamento de Pediatría, FCM UNAH

Maestra María de Lourdes Amador

Profesora Titular II, Postgrado de Enfermería, Escuela Enfermería, FCM UNAH
MSc. en Salud Sexual y Reproductiva

Dra. Maura Carolina Bustillo

Profesora Titular III, Departamento de Gineco-obstetricia, FCM UNAH
Gineco-Obstetra, Coordinación Consulta Externa Gineco-Obstetricia, Hospital Escuela

**XIX JORNADA CIENTIFICA Y VI CONGRESO DE INVESTIGACION
DE LAS CIENCIAS DE LA SALUD, 19-21 DE SEPTIEMBRE DE 2012**

PROGRAMA CIENTIFICO

**TALLER PRE JORNADA
Biblioteca Médica Nacional, 19 de septiembre de 2012**

RECURSOS DE INFORMACION PARA LA SALUD

Objetivos

1. Maximizar el uso de los recursos de información ofrecidos a través de la Biblioteca Virtual en Salud de Honduras y la iniciativa HINARI.
2. Fortalecer las capacidades de formación en el manejo de recursos electrónicos.
3. Buscar estrategias para la formación de consorcios que fortalezcan estas iniciativas.

Metodología

El Taller será en un 80% práctico y se trabajará también en base a los problemas que los participantes han detectado en sus instituciones para un efectivo uso de este recurso.

Temas

- La Biblioteca Virtual en Salud
- HINARI: Información para la Investigación
- Recursos de Editoriales
- PubMed/Buscadores Especializados
- Gestión de referencias

PROGRAMA

Inauguración (5 min)

Introducción: Información para la Salud y las TIC : BVS HN (15 min)

Recursos de Información en HINARI: revistas, libros, otros (20 min)

La National Library of Medicine/PUBMED: Sitio Web e Interfaz PubMed; Utilización de Limites; MeSH; Historia, Acceso a artículos de texto completo (80 min)

Receso (10 min)

Recursos de las Editoriales asociadas a HINARI: Science Direct (Elsevier Science), HighWire Press, Wiley and Nature Publishing (45 min)

Otros Recursos: SciELO, LILACS, Biblioteca COCHRANE (30 min)

Uso de software Gestión de Referencias (CITAVI, ZOTERO) (30 min)

Clausura

Dos grupos:

- 8:00 am – 12:00 m
- 1:00 – 5:00 pm

Facilitadoras: Dra. Martha C. García, Bibliotecaria Sandra M. Barahona

**XIX JORNADA CIENTIFICA Y VI CONGRESO DE INVESTIGACION
DE LAS CIENCIAS DE LA SALUD, 19-21 DE SEPTIEMBRE DE 2012**

PROGRAMA CIENTIFICO

**Miércoles 19 de Septiembre
Ceremonia Inaugural**

Hora	Presentaciones
19:00- 20:10	Hotel Clarion, Salón Viena Programa de Inauguración Maestro de Ceremonia Dr. Gustavo Moncada, UIC FCM UNAH
20:10	1C. La Investigación Científica para abordar la Inseguridad, Violencia y Criminalidad. Julieta Castellanos. Rectoría UNAH, Tegucigalpa.
20:50- 22:00	Cont. Programa Inauguración

**Jueves 20 de septiembre
Jornada Matutina, SALON MADRID I**

Horario	Presentaciones por Bloque
7:30 – 14:30	Inscripción
8:00 – 10:00	Bloque: Pediatría Moderador: Dr. Iván Espinoza, UIC FCM UNAH.
8:00	1T Diabetes Neonatal: dos casos clínicos del Hospital Escuela, Tegucigalpa. <u>Lesby Espinoza Colindres</u> , Guillermo Villatoro Godoy. Servicio Endocrinología Pediátrica, Departamento de Pediatría, Hospital Materno Infantil, Tegucigalpa.
8:15	2T Diabetes Mellitus Neonatal: caso clínico del Hospital Mario C. Rivas, San Pedro Sula. Luis Enrique Romero Reyes. Postgrado de Pediatría, Facultad de Ciencias Médicas, UNAH, San Pedro Sula.
8:30	3T Enfermedad de Addison. <u>Edwin Edgardo Bautista Gómez</u> , ¹ Lesby Espinoza Colindres, ² Guillermo Villatoro Godoy. ² ¹ Postgrado de Pediatría, Facultad de Ciencias Médicas, UNAH; ² Servicio Endocrinología Pediátrica, Departamento de Pediatría, Hospital Materno Infantil, Tegucigalpa.
8:45	4T Caracterización de la Enfermedad de Graves-Basedow en niños. <u>Sara López López</u> , ¹ Kellin Reyes Ramos, ¹ Lesby Espinoza Colindres, ² Guillermo Villatoro Godoy. ² ¹ Postgrado de Pediatría, Facultad de Ciencias Médicas, UNAH; ² Servicio Endocrinología Pediátrica, Departamento de Pediatría, Hospital Materno Infantil, Tegucigalpa.
9:00	5T Enfermedad de Graves-Basedow y Vasculitis. <u>Edgar Federico Duarte Baca</u> , ¹ Lesby Espinoza Colindres, ² Guillermo Villatoro Godoy. ² ¹ Postgrado de Pediatría, Facultad de Ciencias Médicas, UNAH; ² Servicio Endocrinología Pediátrica, Departamento de Pediatría, Hospital Materno Infantil, Tegucigalpa.
9:15	6T Histiocitosis de células de Langerhans y déficit hormonal múltiple. <u>Fannia Mairena Silva</u> , ¹ Lesby Espinoza Colindres, ² Guillermo Villatoro Godoy. ² ¹ Postgrado de Pediatría, Facultad de Ciencias Médicas, UNAH; ² Servicio Endocrinología Pediátrica, Departamento de Pediatría, Hospital Materno Infantil, Tegucigalpa.

9:30	7T Diabetes insípida central secundaria a histiocitosis de células de Langerhans (HCL). <u>Paola Perdomo Membreño</u> . ¹ Lesby Espinoza Colindres, ² Guillermo Villatoro Godoy. ² ¹ Postgrado de Pediatría, Facultad de Ciencias Médicas, UNAH; ² Servicio Endocrinología Pediátrica, Departamento de Pediatría, Hospital Materno Infantil, Tegucigalpa.
9:45	8T Raquitismo hipofosfatémico. <u>Wendy Murillo Castro</u> , ¹ Lesby Espinoza Colindres, ² Guillermo Villatoro Godoy. ² ¹ Postgrado de Pediatría, Facultad de Ciencias Médicas, UNAH; ² Servicio Endocrinología Pediátrica, Departamento de Pediatría, Hospital Materno Infantil, Tegucigalpa.
10:00-10:30	RECESO
10:30 – 12:30	Bloque: Cont. Pediatría y Medicina Tropical Moderador: Dr. Selvin Reyes, UIC FCM UNAH.
10:30	9T Respuesta al tratamiento con hormona de crecimiento en pacientes del Hospital Escuela. Guillermo Villatoro Godoy, <u>Lesby Espinoza Colindres</u> . Servicio Endocrinología Pediátrica, Departamento de Pediatría, Hospital Materno Infantil, Tegucigalpa.
10:45	10T Resistencia completa a los andrógenos. <u>Kadie Melissa Paz Aguilar</u> , ¹ Lesby Espinoza Colindres, ² Guillermo Villatoro Godoy. ² ¹ Postgrado de Pediatría, Facultad de Ciencias Médicas, UNAH; ² Servicio Endocrinología Pediátrica, Departamento de Pediatría, Hospital Materno Infantil, Tegucigalpa.
11:00	11T Síndrome de Prader-Willi. <u>Lesby Espinoza Colindres</u> , Guillermo Villatoro Godoy. Servicio Endocrinología Pediátrica, Departamento de Pediatría, Hospital Materno Infantil, Tegucigalpa.
11:15	12T Síndrome Rasmussen. Tania Soledad Licon Rivera. Postgrado de Pediatría, Facultad de Ciencias Médicas, UNAH, San Pedro Sula.
11:30	13T Masa Mediastinal. <u>Claudia Patricia López Peraza</u> , Zamira Yessille Maltez Licon. Postgrado de Pediatría, Facultad de Ciencias Médicas, UNAH, San Pedro Sula.
11:45	14T Rombencefalitis Tallitis. Giovanni Humberto Marie Aguilar. Postgrado de Pediatría, Facultad de Ciencias Médicas, UNAH, San Pedro Sula.
12:00	15T Mordedura de serpiente: Reporte de dos casos pediátricos atendidos en el Hospital Escuela, Tegucigalpa. <u>René Alejandro Bulnes Vides</u> , ¹ Adolfo Rafael Flores Verderame, ² Rina G. de Kaminsky. ³ ¹ Estudiante VII Año, ² Estudiante VI Año, Carrera de Medicina; ³ Departamento de Pediatría; Facultad de Ciencias Médicas UNAH.
12:15	16T Latrosectismo (<i>Latrosectus mactans</i>): caso clínico pediátrico atendido en el Hospital Escuela. <u>Oscar Castejón Cruz</u> , ¹ Reinaldo Sánchez Barrera, ¹ Carlos A. Godoy. ² ¹ Estudiante VI Año Carrera de Medicina, Facultad de Ciencias Médicas UNAH; ² Sala de Medicina Pediátrica, Departamento de Pediatría, Hospital Escuela; Tegucigalpa, Honduras.
12:30-13:30	RECESO

Jueves 20 de septiembre
Jornada Matutina, SALON MADRID II

Horario	Presentaciones por Bloque
7:30 – 14:30	Inscripción
8:00-10:00	Bloque Enfermería, Nutrición, Terapia antineoplásica, Dengue Moderadora: Lic. Elizabeth Paguada, UIC FCM UNAH.
8:00	17T Conocimientos, Actitudes, Prácticas y Condiciones institucionales, y Calidad del cuidado dependiente de enfermería al lactante quirúrgico, en el Hospital Mario C. Rivas, San Pedro Sula. <u>Vilma Paz Sagastume</u> , ¹ Margarita Gonzales Ramos, ¹ Myrna Vásquez de Cruz. ² ¹ Hospital Mario Catarino Rivas, San Pedro Sula; ² Postgrado en Enfermería, Escuela de Enfermería, Facultad de Ciencias Médicas UNAH, Tegucigalpa.
8:15	18T Factores asociados a la incidencia de infección en heridas quirúrgicas según teoría de Nightingale en dos hospitales de Honduras. <u>Reina Isabel Rivera Mejía</u> , ¹ Dilda Martel, ² Cándida Rodríguez. ³ ¹ Postgrado en Enfermería, Escuela de Enfermería, Facultad de Ciencias Médicas UNAH, Tegucigalpa; ² Hospital Aníbal Murillo Escobar, Olanchito, Yoro; ³ Instituto Nacional Cardiopulmonar, Tegucigalpa.
8:30	19T Evaluación del grado de satisfacción de padres/tutores/participantes que asistieron a una institución privada de atención e investigación, Tegucigalpa, 2011. Mirna Vásquez de Cruz, ^{1,2} <u>Nancy Patricia Salgado Flores</u> , ² Jessica de Jesús Banegas Flores, ² Xenia Sagrario Flores Hernández. ² ¹ Postgrado en Enfermería, Escuela de Enfermería, Facultad de Ciencias Médicas UNAH; ² Organización para el Desarrollo y la Investigación y la Salud (ODISH); Tegucigalpa.
8:45	20T Evaluación de los hábitos alimenticios, y el estado nutricional de los niños(as) que reciben merienda escolar mediante la medición de la composición corporal con bioimpedancia y antropometría, Francisco Morazán, Honduras, Junio 2012. <u>Tito Humberto Barahona Espinal</u> , Saydi Roxana Pineda Molina, Julio José Villeda Medina. Estudiantes V Año Carrera de Medicina, FCM UNAH; Sociedad Universitaria de Neurociencias (SUN) de la UNAH; Tegucigalpa.
9:00	21T Deficiencia de hierro y su relación con la función cognitiva en escolares. Ivette C. Rivera, ¹ <u>María Félix Rivera</u> , ² Rebeca Rivera. ³ ¹ Centro Odontopediátrico y Detección de Otras Patologías (CODOPA), Región Sanitaria Metropolitana, Secretaria de Salud; ^{1,2} Departamento Fisiología, Facultad de Ciencias Médicas UNAH; ³ Departamento de Microbiología UNAH.
9:15	22T Prevalencia de anemia drepanocítica en la comunidad de San Juan, Departamento de Yoro, Febrero 2012. Wilfredo Viera Zelaya, ¹ Gabriela Castillo Escobar, ² <u>Gustavo Mejía Riedel</u> , ² Pamela Bustillo Valeriano, ² Elvin Fajardo Enamorado, ² Dinora Chinchilla Cruz, ² Génesis Rodríguez Romero, ² María Valeriano Inestroza, ² Karina Mejía Caballero, ² Herman Zavala. ³ ¹ Estudiante VI Año, ² Estudiantes V Año Carrera de Medicina; ³ Departamento de Salud Pública; Facultad de Ciencias Médicas UNAH, Tegucigalpa.
9:30	23T Respuesta a la quimioterapia neoadyuvante en el cáncer de mama localmente avanzado. José Ángel Sánchez N., ¹ Alejandra M. Zúniga Cruz, ² José R. Rubio B., ³ Karen E. Leiva Echeverría, ² Socorro M., Palma G., ² Ana E. Betanco O., ³ <u>Andrea P. Espinoza L.</u> , ³ Allan R. Howell R., ³ Erick A. Landa P., ³ Karen M. Fernández B. ³ ¹ Departamento de Oncología, Hospital General San Felipe (HGSF); ² Estudiantes de V Año y ³ Estudiantes de VI Año, Carrera de Medicina, Facultad de Ciencias Médicas UNAH, Tegucigalpa.

9:45	<p>24T Impacto potencial de la variabilidad climática sobre la incidencia de dengue hemorrágico en Honduras, 2010. Lysien I. Zambrano,¹ Carol Sevilla,¹ <u>Selvin Z. Reyes</u>,¹ Manuel Sierra,² Rosa Kafati,³ Alfonso J. Rodríguez Morales.^{4,5} ¹Hospital Escuela, Facultad de Ciencias Médicas (FCM) UNAH; ²Unidad de Investigación Científica, FCM UNAH; Departamento de Epidemiología, Hospital Escuela, FCM UNAH; Tegucigalpa, Honduras; ⁴ Grupo de Investigación Infección e Inmunidad, Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad Tecnológica de Pereira, Pereira, Colombia.; ⁵Instituto José Witremundo Torrealba, Núcleo Universitario Rafael Rangel, Universidad de Los Andes, Trujillo, Venezuela.</p>
10:00 – 10:30	RECESO
10:30-12:00	<p>Bloque Investigación y recursos de información para la salud, Discapacidades Moderadora: Dra. Lysien Zambrano, UIC FCM UNAH.</p>
10:30	<p>2C Quincuagésimo Aniversario de la Biblioteca Médica Nacional y la gestión de información para la salud en Honduras. Martha Cecilia García. Biblioteca Médica Nacional. Biblioteca Virtual en Salud de Honduras. Universidad Nacional Autónoma de Honduras, Tegucigalpa.</p>
11:00	<p>25T Utilización del internet por los estudiantes de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional Autónoma de Honduras. José Ángel Sánchez,¹ Alejandra M. Zúñiga,² Socorro M. Palma,² Karen E. Leiva,² José R. Rubio,³ Erick A. Landa,³ Ana E. Betanco,³ Andrea P. Espinoza,³ Allan R. Howell,³ Karen M. Fernández.³ ¹Departamento de Medicina Interna; ²Estudiantes V Año y ³Estudiantes VI Año, Carrera de Medicina; Facultad de Ciencias Médicas UNAH, Tegucigalpa.</p>
11:15	<p>26T Definición de Prioridades de Investigación: experiencia en la Facultad de Ciencias Médicas UNAH y la red de servicios de salud de Honduras, 2008-2012. <u>Jackeline Alger</u>,^{1,3} Edna Maradiaga,^{1,3} Elizabeth Paguada,¹ Gustavo Moncada,¹ Sonia Flores,⁴ Odessa Henríquez.⁵ ¹Unidad de Investigación Científica (UIC), Facultad de Ciencias Médicas (FCM), UNAH; ²Servicio de Parasitología, Departamento de Laboratorios Clínicos, Hospital Escuela, MOH; ³Instituto de Enfermedades Infecciosas y Parasitología Antonio Vidal; ⁴Postgrado de Rehabilitación, FCM UNAH; ⁵Instituto Nacional Cardiopulmonar, MOH; Tegucigalpa.</p>
11:30	<p>27T Participación Comunitaria en Prevención Prenatal de Discapacidades. <u>Etna Lagos Rivera</u>, Tatiana Uclés Abrego. Fundación de Waal, Tegucigalpa.</p>
11:45	<p>28T Años de vida perdidos por discapacidad secundario a Diabetes Mellitus tipo 2 y sus complicaciones en el periodo 2005-2011 de la comisión técnica de invalidez en el IHSS. <u>Ana Maradiaga</u>, Amarilis Quijada, Cinthia Martínez, Nancy Martínez. Estudiantes VI Año Carrera de Medicina, Facultad de Ciencias Médicas UNAH, Tegucigalpa.</p>
12:00-13:30	RECESO

Jueves 20 de Septiembre
Jornada Vespertina, SALONES MADRID

Hora	Sesión Plenaria
13:30-16:00	Sesión Plenaria: La investigación como herramienta para abordaje integral de la violencia Moderador: Dr. Manuel Sierra, UIC FCM UNAH.
13:30	3C El Observatorio de la Violencia del Instituto Universitario en Democracia, Paz y Seguridad (IUDPAS), Universidad Nacional Autónoma de Honduras, Tegucigalpa. Migdonia Ajestas. Observatorio de la Violencia, Instituto de Democracia, Paz y Seguridad (IUDPAS), Universidad Nacional Autónoma de Honduras, Tegucigalpa.
14:00	29T Violencia Armada en Honduras, Año 2011. Arabeska Sánchez. Instituto de Democracia, Paz y Seguridad (IUDPAS), Universidad Nacional Autónoma de Honduras, Tegucigalpa.
14:15	30T Violencia contra las mujeres y femicidios en Honduras: abordajes de investigación. Jessica Sánchez. Observatorio de la Violencia, Instituto de Democracia, Paz y Seguridad (IUDPAS), Universidad Nacional Autónoma de Honduras, Tegucigalpa.
14:30	31T La mujer y el acoso sexual en los espacios públicos, Febrero 2012. <u>José Reniery Lazo Muñoz</u> , ¹ Jandy Janeth Flores Rodríguez, ¹ Yessica Gabriela Bueso Bueso, ¹ Olga Patricia Rodríguez Núñez, ¹ Gabriela María Raudales Santos, ¹ Karen Melissa Sánchez Barjún, ¹ Herman Leonel Zavala. ² ¹ Estudiantes V año Carrera de Medicina, Facultad de Ciencias Médicas; ² Departamento de Salud Pública, FCM UNAH; Tegucigalpa.
14:45	32T Prevalencia y consecuencias del alcoholismo y otras drogas en la población de tres municipios del departamento de Intibucá, Honduras 2011. Héctor Escalante. Postgrado en Salud Pública, Facultad de Ciencias Médicas UNAH, Tegucigalpa; Comité para la Prevención del Alcoholismo y Drogadicción de Intibucá, Plan Internacional, La Esperanza, Intibucá.
15:00	33T La experiencia de Cruz Roja Hondureña en prevención de violencia en contextos urbanos a través del Proyecto Ampliando Oportunidades (PAO). Marina Martínez. Cruz Roja Hondureña, Tegucigalpa, Honduras.
15:15	34T Programas de prevención en drogas y su vinculación con la Política Nacional de Juventud en Talanga, San Antonio de Oriente y Distrito Central del departamento de Francisco Morazán, Honduras, Agosto 2011. <u>Eladia Carolina Álvarez Fúnez</u> , ¹ Héctor Escalante. ² ¹ Licenciada en Enfermería, CESAMO Las Torres, Región Sanitaria Metropolitana M.D.C; ² Postgrado en Salud Pública, Facultad de Ciencias Médicas, UNAH.
15:30	4C Como los profesionales de salud pueden contribuir a la paz en América Central. Neil Arya. Office of Global Health, The University of Western Ontario, Ontario, Canada.
16:00	RECESO
16:30	

Jueves 20 de Septiembre
Jornada Vespertina, SALON MADRID I

Horario	Presentaciones por Bloque
16:30 – 17:00	Bloque: Enfermedades micóticas Moderador: Dr. Denis Padgett, UIC FCM UNAH.
16:30	35T Epidemiología de la candidemia en Latinoamérica: estudio prospectivo basado en laboratorio. Marcio Nucci, ¹ <u>Tito Alvarado</u> , ² Nora Tiraboschi, ³ María Elena Santolaya, ⁴ Jeannete Zurita, ⁵ Jorge Cortéz, ⁶ José Cifuentes-Osornio, ⁷ Manuel Guzmán-Blanco, ⁸ Flavio Queiroz-Telles, ⁹ Luis Thompson, ¹⁰ Arnaldo Colombo. ¹¹ ¹ Universidad Federal Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, Brasil; ² Hospital Escuela, Tegucigalpa, Honduras; ³ Hospital Clínica San José de San Martín, Buenos Aires, Argentina; ⁴ Hospital Luis Calvo Mackenna, Santiago, Chile; ⁵ Hospital Vozandes, Quito, Ecuador; ⁶ Universidad Nacional de Colombia, Bogotá, Colombia; ⁷ Universidad Nacional Autónoma de México, México, México; ⁸ Centro Médico de Caracas, Caracas, Venezuela; ⁹ Universidad Federal de Paraná, Curitiba, Brasil; ¹⁰ Universidad del Desarrollo, Santiago, Chile; ¹¹ Universidad Federal Sao Paulo, Sao Paulo, Brasil.
16:45	36T Epidemiología de la candidemia en niños de Latinoamérica. María Elena Santolaya, ¹ <u>Tito Alvarado</u> , ² Nora Tiraboschi, ³ Jeannete Zurita, ⁴ Jorge Cortéz, ⁵ José Cifuentes-Osornio, ⁶ Manuel Guzmán-Blanco, ⁷ Flavio Queiroz-Telles, ⁸ Luis Thompson, ⁹ Arnaldo Colombo, ¹⁰ Marcio Nucci. ¹¹ ¹ Hospital Luis Calvo Mackenna, Santiago, Chile; ² Hospital Escuela, Tegucigalpa, Honduras; ³ Hospital Clínica San José de San Martín, Buenos Aires, Argentina; ⁴ Hospital Vozandes, Quito, Ecuador; ⁵ Universidad Nacional de Colombia, Bogotá, Colombia; ⁶ Universidad Nacional Autónoma de México, México, México; ⁷ Centro Médico de Caracas, Caracas, Venezuela; ⁸ Universidad Federal de Paraná, Curitiba, Brasil; ⁹ Universidad del Desarrollo, Santiago, Chile; ¹⁰ Universidad Federal Sao Paulo, Sao Paulo, Brasil; ¹¹ Universidad Federal Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, Brasil.
17:00	Cierre de Bloque.

Jueves 20 de Septiembre
Jornada Vespertina, SALON MADRID II

Horario	Presentaciones por Bloque
16:30 – 17:15	Bloque: Parasitosis intestinales y diagnostico parasitológico Moderadora: Dra. Eleonora Espinoza, UIC FCM UNAH.
16:30	37T Infección por <i>Isopora belli</i> en pacientes del Hospital Escuela, 2002-2011, Honduras. <u>Alejandro José Medina Fonseca</u> , ¹ Jandy Janeth Flores Rodríguez, ¹ José Reniery Lazo Muñoz, ¹ Nicolle Andrea Ruiz Rodríguez, ¹ Rina G. Kaminsky. ² ¹ Estudiantes V Año Carrera de Medicina, Facultad de Ciencias Médicas UNAH; ² Departamento de Pediatría, Facultad de Ciencias Médicas UNAH; Servicio de Parasitología, Departamento de Laboratorios Clínicos, Hospital Escuela, Tegucigalpa.

16:45	38T Actualización de datos epidemiológicos y clínicos de ciclosporiasis, 2002-2012, Hospital Escuela, Honduras. <u>Gabriela Raudales Santos</u> , ¹ German Fajardo Dubon, ¹ Gloria Castro Guillen, ¹ Javier Lagos Servellón, ¹ Samuel Urrutia, ¹ Rina Girard de Kaminsky. ² ¹ Estudiantes V Año Carrera de Medicina, Facultad de Ciencias Médicas UNAH; ² Departamento de Pediatría, Facultad de Ciencias Médicas UNAH; Servicio de Parasitología, Departamento de Laboratorios Clínicos, Hospital Escuela, Tegucigalpa.
17:00	39T Diagnóstico Parasitológico de Laboratorios Clínicos Públicos y Privados de Tegucigalpa, Honduras: Capacidad de Respuesta? <u>Jorge García</u> , ¹ Wendy López, ¹ Jackeline Alger, ¹ María Luisa Matute, ² Rina G. de Kaminsky. ^{1,3} ¹ Servicio de Parasitología, Departamento de Laboratorios Clínicos, Hospital Escuela; ² Laboratorio Nacional de Vigilancia de la Salud; ³ Departamento de Pediatría, Facultad de Ciencias Médicas, Tegucigalpa, Honduras.
17:15	Cierre de Bloque.

Viernes 21 de Septiembre
Jornada Matutina, SALON MADRID I

Horario	Presentaciones por Bloque
08:00 - 12:00	Bloque Modelo de Atención: Enfoque de Atención Primaria en Salud (APS) Moderadora: Elaine Hernandez, MEd, MPH, Cruz Roja Canadiense; Dr. Héctor Escalante, Programa de Maestría de Salud Pública (POSAP) FCM UNAH.
8:00	Bienvenida, Introducción. Elaine Hernandez, Cruz Roja Canadiense; Héctor Escalante, POSAP FCM UNAH.
8:05	5C Modelo Demostrativo Integral de Atención Primaria de Salud Familiar-Comunitario (Demos APS-FC). Áyax Irías Coello. UNAH/Dirección de Vinculación Universidad-Sociedad; Municipalidad de San José de Colinas; Secretaría de Salud; Secretaría Técnica de Planificación y Cooperación Externa.
08:40	6C Modelo Demostrativo Integral de Atención Primaria en Salud Familiar-Comunitario: La Experiencia en San José de Colinas. Amable de Jesús Hernández. Municipalidad de San José de Colinas, Santa Bárbara.
09:15	7C Proyecto REDES para la Salud Comunitaria: Movilizando la Participación Social para Reducir la Mortalidad Materno-Infantil. Elaine Hernández. Cruz Roja Canadiense, Tegucigalpa, Honduras.
09:50	40T Factores relacionados con la mortalidad en la niñez en poblaciones intervenidas por el Proyecto REDES en los municipios de Copán y Santa Bárbara durante el periodo Agosto 2011-Julio 2012. Reina Andara, <u>Jorge Flores Nazar</u> . Proyecto Redes para la Salud Comunitaria; Cruz Roja Hondureña, Tegucigalpa.
10:05-10:30	RECESO

10:30-12:00	Moderadoras: Martha Ochoa, Agencia Canadiense de Desarrollo Internacional (ACDI); Astarté Alegría, MSP, Programa de Maestría de Salud Pública (POSAP) FCM UNAH
10:30	41T Implementación de Unidades de Salud Comunitaria (UCOS) en Petoa y San Luís, departamento de Santa Bárbara, 2009 – 2011. <u>Silvia Lagos</u> , ¹ Lourdes Rápalo, ² Mercedes Martínez Hernández, ¹ Elaine Hernandez. ³ ¹ Postgrado de Maestría en Salud Pública/FCM/UNAH; ² Proyecto REDES, Santa Bárbara; ³ Cruz Roja Canadiense; Tegucigalpa.
10:45	42T Investigación cualitativa sobre las prácticas comunitarias en lactancia materna exclusiva en los Departamentos de Santa Bárbara y Copán. Tesla Duarte. Cruz Roja Hondureña, Tegucigalpa.
11:00	43T Análisis de situación de salud según condiciones de vida en el Sector 6 de San José de Colinas, Santa Bárbara, junio 2011 - junio 2012. <u>Michelle Jananía</u> , Edna Maradiaga. UNAH/FCM/Unidad de Investigación Científica; UNAH/Dirección de Vinculación Universidad-Sociedad; Municipalidad de San José de Colinas; Secretaría de Salud.
11:15	44T Costos de implementación del Modelo Integrado de Atención Comunitaria de Salud. Alfonso Rosales, ¹ David Shanklin, ¹ Mauricio Ramírez, ² Pedro Aguilar, ² <u>Luis Améndola</u> , ² Mario Francisco Flores. ³ ¹ ChildFund Internacional, ² ChildFund Honduras, ³ Consultor Independiente; Tegucigalpa, Honduras.
11:30	Mesa de Discusión. Conclusiones y Recomendaciones. Elaine Hernandez, Cruz Roja Canadiense; Martha Ochoa, ACDI; Héctor Escalante, Astarté Alegría, POSAP FCM UNAH.
12:00-13:00	RECESO

Viernes 21 de Septiembre Jornada Matutina, SALON MADRID II

Horario	Presentaciones por Bloque
8:00–12:20	Bloque Proyecto Médicos en Servicio Social Tuberculosis Moderador: Dr. Selvin Reyes, UIC FCM UNAH.
8:00	8C Situación epidemiológica de la tuberculosis en Honduras y efecto de la situación de inseguridad sobre las actividades de prevención y control. Marvin Maldonado. Programa Nacional de Prevención y Control de la Tuberculosis, Secretaria de salud de Honduras, Tegucigalpa.
8:30	9C Evaluación de la implementación de las medidas básicas para el control de la tuberculosis en el año 2011 en áreas de influencia de las Unidades de Salud atendidas por los Médicos en Servicio Social del periodo 2011-2012. Consideraciones de diseño metodológico. Denis Padgett. Unidad de Investigación Científica, FCM UNAH, Tegucigalpa.
8:45	45T Evaluación de la implementación de las medidas básicas para el control de la tuberculosis en el año 2011, en el Centro Penal de El Progreso, departamento de Yoro. <u>Virna Rivas</u> , ¹ Mauricio Gonzales, ² Denis Padgett, ² Eleonora Espinoza, ² Jackeline Alger, ² Cecilia Varela, ³ Marvin Maldonado. ⁴ ¹ Médico en Servicio Social 2011–2012; ² UIC/FCM/UNAH; ³ Postgrados Facultad de Ciencias Médicas UNAH; ⁴ Programa Nacional de Tuberculosis (PNT).

8:55	46T	Evaluación de la implementación de las medidas básicas para el control de la tuberculosis en el año 2011, en el Hospital Mario Catarino Rivas, San Pedro Sula, departamento de Cortes. <u>Sarai Umanzor</u> , ¹ Manuel Sierra, ² Denis Padgett, ² Eleonora Espinoza, ² Jackeline Alger, ² Cecilia Varela, ³ Marvin Maldonado. ⁴ ¹ Médico en Servicio Social 2011–2012; ² UIC/FCM/UNAH; ³ Postgrados Facultad de Ciencias Médicas UNAH; ⁴ Programa Nacional de Tuberculosis (PNT).
9:05	47T	Evaluación de la implementación de las medidas básicas para el control de la tuberculosis en el año 2011, en el Hospital Gabriela Alvarado, Danlí, departamento de El Paraíso. <u>Alejandra Soto</u> , ¹ Mauricio Gonzales, ² Denis Padgett, ² Eleonora Espinoza, ² Jackeline Alger, ² Cecilia Varela, ³ Marvin Maldonado. ⁴ ¹ Médico en Servicio Social 2011–2012; ² UIC/FCM/UNAH; ³ Postgrados Facultad de Ciencias Médicas UNAH; ⁴ Programa Nacional de Tuberculosis (PNT).
9:15	48T	Evaluación de la implementación de las medidas básicas para el control de la tuberculosis en el año 2011, en el Centro de Salud de Ojo de Agua, departamento de El Paraíso. <u>Guímel Peralta</u> , ¹ Mauricio Gonzales, ² Denis Padgett, ² Eleonora Espinoza, ² Jackeline Alger, ² Cecilia Varela, ³ Marvin Maldonado. ⁴ ¹ Médico en Servicio Social 2011–2012; ² UIC/FCM/UNAH; ³ Postgrados Facultad de Ciencias Médicas UNAH; ⁴ Programa Nacional de Tuberculosis (PNT).
9:25	49T	Evaluación de la implementación de las medidas básicas para el control de la tuberculosis en el año 2011, en el Centro de Salud de Orocuina, departamento de Choluteca. <u>Alejandra Pereira</u> , ¹ Mauricio Gonzales, ² Denis Padgett, ² Eleonora Espinoza, ² Jackeline Alger, ² Cecilia Varela, ³ Marvin Maldonado. ⁴ ¹ Médico en Servicio Social 2011–2012; ² UIC/FCM/UNAH; ³ Postgrados Facultad de Ciencias Médicas UNAH; ⁴ Programa Nacional de Tuberculosis (PNT).
9:35	50T	Evaluación de la implementación de las medidas básicas para el control de la tuberculosis en el año 2011, en el Centro de Salud de Nueva Armenia, departamento de Francisco Morazán. <u>Estefany Lagos</u> , ¹ Mauricio Gonzales, ² Denis Padgett, ² Eleonora Espinoza, ² Jackeline Alger, ² Cecilia Varela, ³ Marvin Maldonado. ⁴ ¹ Médico en Servicio Social 2011–2012; ² UIC/FCM/UNAH; ³ Postgrados Facultad de Ciencias Médicas UNAH; ⁴ Programa Nacional de Tuberculosis (PNT).
9:45	51T	Evaluación de la implementación de las medidas básicas para el control de la tuberculosis en el año 2011, en cinco unidades prestadoras de salud de Comayagua, departamento de Comayagua. <u>Christian Carbajal</u> , ¹ Silvia Maldonado, ¹ Carlos Bulnes, ¹ Heidi Portillo, ¹ Roxana Aguilar, ¹ Alicia Arzú, ¹ Denis Padgett, ² Eleonora Espinoza, ² Jackeline Alger, ² Cecilia Varela, ³ Marvin Maldonado. ⁴ ¹ Médico en Servicio Social 2011–2012; ² UIC/FCM/UNAH; ³ Postgrados Facultad de Ciencias Médicas UNAH; ⁴ Programa Nacional de Tuberculosis (PNT).
9:55-10:30	RECESO	

10:30-12:20	Cont. Bloque Proyecto Médicos en Servicio Social Tuberculosis Moderador: Dra. Lysien Zambrano, UIC FCM UNAH.
10:30	52T Evaluación de la implementación de las medidas básicas para el control de la tuberculosis, en el año 2011, en la CMI de Colinas, departamento de Santa Bárbara. <u>Mélida Vega</u> ¹ , Jazmín Flores ¹ , Rosy Andino ¹ , Gustavo Moncada, ² Denis Padgett, ² Eleonora Espinoza, ² Jackeline Alger, ² Cecilia Varela, ³ Marvin Maldonado. ⁴ ¹ Médico en Servicio Social 2011–2012; ² UIC/FCM/UNAH; ³ Postgrados Facultad de Ciencias Médicas UNAH; ⁴ Programa Nacional de Tuberculosis (PNT).
10:40	53T Evaluación de la implementación de las medidas básicas para el control de la tuberculosis en el año 2011, en el Centro de Salud “Francisca Flores de Quiroz” de Choloma, departamento de Cortes. <u>María García</u> , ¹ Mauricio Gonzales, ² Denis Padgett, ² Eleonora Espinoza, ² Jackeline Alger, ² Cecilia Varela, ³ Marvin Maldonado. ⁴ ¹ Médico en Servicio Social 2011–2012; ² UIC/FCM/UNAH; ³ Postgrados Facultad de Ciencias Médicas UNAH; ⁴ Programa Nacional de Tuberculosis (PNT).
10:50	54T Evaluación de la implementación de las medidas básicas para el control de la tuberculosis en el año 2011, en el Centro de Salud José Inés Rápalo de Villanueva, departamento de Cortés. <u>Dennis López</u> , ¹ Mauricio Gonzales, ² Denis Padgett, ² Eleonora Espinoza, ² Jackeline Alger, ² Cecilia Varela, ³ Marvin Maldonado. ⁴ ¹ Médico en Servicio Social 2011–2012; ² UIC/FCM/UNAH; ³ Postgrados Facultad de Ciencias Médicas UNAH; ⁴ Programa Nacional de Tuberculosis (PNT).
11:00	55T Evaluación de la implementación de las medidas básicas para el control de la tuberculosis en el año 2011, en el Centro de Salud de Choloma, departamento de Cortés. <u>Sandra Gale</u> , ¹ Elizabeth Paguada, ² Denis Padgett, ² Eleonora Espinoza, ² Jackeline Alger, ² Cecilia Varela, ³ Marvin Maldonado. ⁴ ¹ Médico en Servicio Social 2011–2012; ² UIC/FCM/UNAH; ³ Postgrados Facultad de Ciencias Médicas UNAH; ⁴ Programa Nacional de Tuberculosis (PNT).
11:10	56T Evaluación de la implementación de las medidas básicas para el control de la tuberculosis en el año 2011, en el Centro de Salud de la Aldea Armenta, San Pedro Sula, departamento de Cortes. <u>Vilma Sandoval</u> , ¹ Iván Espinoza, ² Jackeline Alger, ² Denis Padgett, ² Eleonora Espinoza, ² Cecilia Varela, ³ Marvin Maldonado. ⁴ ¹ Médico en Servicio Social 2011–2012; ² UIC/FCM/UNAH; ³ Postgrados Facultad de Ciencias Médicas UNAH; ⁴ Programa Nacional de Tuberculosis (PNT).
11:20	57T Evaluación de la Implementación de las medidas básicas para el control de la tuberculosis en el año 2011, en el Centro de Salud de Mezapa Lean, departamento de Atlántida. <u>Nereida Aceituno</u> , ¹ Eleonora Espinoza, ² Denis Padgett, ² Jackeline Alger, ² Cecilia Varela, ³ Marvin Maldonado. ⁴ ¹ Médico en Servicio Social 2011–2012, ² UIC/FCM/UNAH, ³ Postgrados Facultad de Ciencias Médicas UNAH, ⁴ Programa Nacional de Tuberculosis (PNT).
11:30	58T Evaluación de la Implementación de las medidas básicas para el control de la tuberculosis en el año 2011, en el Centro de Salud de la aldea La Abisinia, Tocoa, departamento de Colón. <u>Elvin Rodas</u> , ¹ Jackeline Alger, ² Denis Padgett, ² Eleonora Espinoza, ² Cecilia Varela, ³ Marvin Maldonado. ⁴ ¹ Médico en Servicio Social 2011–2012; ² UIC/FCM/UNAH; ³ Postgrados Facultad de Ciencias Médicas UNAH; ⁴ Programa Nacional de Tuberculosis (PNT).

11:40	59T Evaluación de la implementación de las medidas básicas para el control de la tuberculosis en el año 2011, en el Centro de Salud de San Esteban, departamento de Olancho. <u>Diana Alvarado</u> , ¹ Iván Espinoza, ² Denis Padgett, ² Eleonora Espinoza, ² Jackeline Alger, ² Cecilia Varela, ³ Marvin Maldonado. ⁴ ¹ Médico en Servicio Social 2011–2012; ² UIC/FCM/UNAH; ³ Postgrados Facultad de Ciencias Médicas UNAH; ⁴ Programa Nacional de Tuberculosis (PNT).
11:50	60T Evaluación de la Implementación de las medidas básicas para el control de la tuberculosis en el año 2011, en el Centro de Salud de Santa Lucía, departamento de Intibucá. <u>Victoria Pineda</u> , ¹ Jackeline Alger, ² Denis Padgett, ² Eleonora Espinoza, ² Cecilia Varela, ³ Marvin Maldonado. ⁴ ¹ Médico en Servicio Social 2011–2012; ² UIC/FCM/UNAH; ³ Postgrados Facultad de Ciencias Médicas UNAH; ⁴ Programa Nacional de Tuberculosis (PNT).
12:00	Discusión final. Conclusiones y recomendaciones. Dr. Denis Padgett, UIC FCM UNAH.
12:20-13:00	RECESO

Viernes 21 de septiembre
Jornada vespertina, SALON MADRID I

Horario	Presentaciones por Bloque
13:00-15:00	Bloque: Modelo de Atención: Enfoque de Género Moderador: Maritza Guillen, Agencia de Canadiense de Desarrollo Internacional (ACDI); Mercedes Martínez, MSP, Programa de Maestría de Salud Pública (POSAP) FCM UNAH.
13:15	Don Ramón y Los Aguilares. Música.
13:30	Introducción. Maritza Guillen, ACDI; Maribel Lozano, USAID ULAT; Mercedes Martínez, POSAP FCM UNAH.
13:45	61T Incorporación de la Población Masculina en los Eventos Reproductivos de su Pareja en Copán y Santa Bárbara. Marzo 2007 y marzo 2012. <u>Ritma Loida Cloter</u> , Elaine Hernández, Jorge Flores Nazar, Reina Andara, Promotores/as, Programa de Género de la Secretaría de Salud de Honduras.
14:00	62T Aplicación de la Estrategia de Igualdad de Género en el Modelo Demostrativo Integral de Atención Primaria en Salud Familiar-Comunitario en Colinas. <u>Karen Benítez</u> , ¹ <u>Neria Evora</u> . ² ¹ Municipalidad de San José de Colinas, Santa Bárbara; ² Cruz Roja Hondureña, Tegucigalpa.
14:15	10C Salud Materna y Diversidad: Preferencias y Patrones en Copán, Honduras. Candace Johnson. University of Guelph, Ontario, Canadá.
14:45	Mesa de Discusión. Conclusiones y Recomendaciones. Maritza Guillen, ACDI; Maribel Lozano, USAID ULAT; Mercedes Martínez, POSAP FCM UNAH.
15:15	Cierre de Bloque.
15:30	Clausura
17:00	Agasajo

Viernes 21 de Septiembre
Jornada Vespertina, SALON MADRID II

Horario	Presentaciones por Bloque
13:00-15:15	<p>Bloque: Enfermedades parasitarias transmitidas por vectores y enfermedades micóticas Moderador: Dr. Gustavo Moncada, UIC FCM UNAH.</p>
13:00	<p>63T Comportamiento epidemiológico de la Malaria en la Región Sanitaria Metropolitana del Distrito Central, Honduras, Año 2011. Karla Rosales, <u>Nora Rodríguez</u>. Departamento de Vigilancia de la Salud, Región Sanitaria Metropolitana del Distrito Central, Tegucigalpa.</p>
13:15	<p>64T Detección activa de casos de malaria en una localidad del Centro Metropolitano del Distrito Central (CMDC), Honduras, Agosto 2011. <u>Karla Rosales Pavón</u>,¹ Jorge García,² Alonso Miralda,¹ Jackeline Alger,² Nora Rodríguez,¹ Eric Garges,³ Miguel Quintana,⁴ Ricardo Avilés.⁵ ¹Región Sanitaria Metropolitana CMDC; ²Servicio de Parasitología, Departamento de laboratorios Clínicos, Hospital Escuela; ³Army Institute of Public Health, US Army Public Health Command, Silver Spring, MD; ⁴US Army Public Health Command Region - South, San Antonio, Texas; ⁵Elemento Médico, Fuerza de Tarea Conjunta Bravo, Comayagua; Honduras.</p>
13:30	<p>65T Capacidad de abordaje institucional de la malaria en una zona endémica de Honduras con alto riesgo de introducción de parásitos resistentes, 2010-2011. <u>Jackeline Alger</u>,¹⁻³ Jorge García,¹ Denis Padgett,^{2,3} Manuel Sierra,^{2,3} Cibeles Mejía,⁴ Martha Medina,⁴ Catherine McGowan,⁵ Daniel Masys.⁵ ¹Servicio de Parasitología, Departamento de Laboratorios Clínicos, Hospital Escuela; ²Unidad de Investigación Científica, Facultad de Ciencias Médicas, UNAH; ³Instituto de Enfermedades Infecciosas y Parasitología Antonio Vidal; Tegucigalpa; ⁴Región Departamental de Salud de Islas de la Bahía; Honduras; ⁵Department of Biomedical Informatics, Vanderbilt University, Nashville, Tennessee, EUA.</p>
13:45	<p>66T El Hospital Escuela como sitio de vigilancia centinela de la malaria en Honduras. <u>Jackeline Alger</u>, Jorge García. Servicio de Parasitología, Departamento de Laboratorios Clínicos, Hospital Escuela, Tegucigalpa.</p>
14:00	<p>67T Resultados preliminares de un estudio sobre transmisión congénita de <i>Trypanosoma cruzi</i> en Santa Bárbara, Honduras. <u>Benjamín López</u>,¹ Norma Bustamante,¹ Jackeline Alger,^{2,4} Edna Maradiaga,^{2,4} Concepción Zúñiga,^{4,5} Miguel Zúñiga,⁶ Christian Valladares,⁷ Jessica Henríquez,⁷ María Luisa Matute,⁷ María Luisa Cafferata,⁸ Alvaro Ciganda,⁸ Pierre Buekens.⁹ ¹Region Departamental de Salud de Santa Bárbara; ²Unidad de Investigación Científica, Facultad de Ciencias Médicas (FCM), UNAH; ³Servicio de Parasitología, Departamento de Laboratorios Clínicos, Hospital Escuela, MOH; ⁴Instituto de Enfermedades Infecciosas y Parasitología Antonio Vidal; Tegucigalpa; ⁵Programa Nacional de Prevención y Control de la Enfermedad de Chagas y Leishmaniasis MOH; ⁶Laboratorio Regional Departamental Santa Bárbara; ⁷Laboratorio Nacional de Vigilancia de la Salud MOH; ⁸UNICEM, Montevideo, Uruguay; ⁹Tulane University, New Orleans, USA.</p>

14:15	<p>68T Resultados preliminares de un estudio sobre transmisión congénita de <i>Trypanosoma cruzi</i> en Intibucá, Honduras. <u>Jaime H. del Cid</u>,¹ Jackeline Alger,²⁻⁴ Edna Maradiaga,^{2,4} Concepción Zúniga,^{4,5} Guillermo Casco,⁶ Christian Valladares,⁷ Jessica Henríquez,⁷ María Luisa Matute,⁷ María Luisa Cafferata,⁸ Alvaro Ciganda,⁸ Pierre Buekens.⁹ ¹Region Departamental de Salud de Intibucá; ²Unidad de Investigación Científica, Facultad de Ciencias Médicas (FCM), UNAH; ³Servicio de Parasitología, Departamento de Laboratorios Clínicos, Hospital Escuela, MOH; ⁴Instituto de Enfermedades Infecciosas y Parasitología Antonio Vidal; Tegucigalpa; ⁵Programa Nacional de Prevención y Control de la Enfermedad de Chagas y Leishmaniasis MOH; ⁶Laboratorio Regional Departamental Santa Bárbara; ⁷Laboratorio Nacional de Vigilancia de la Salud MOH; ⁸UNICEM, Montevideo, Uruguay; ⁹Tulane University, New Orleans, USA.</p>
14:30	<p>69T Aspergillosis invasiva de senos paranasales. <u>Tito Alvarado</u>,¹ Juan Carlos Barrientos,² Diana Gómez,² Sandra Montoya.³ ¹Servicio de Infectología, Departamento de Medicina Interna (actualmente Centro de Cáncer Emma Romero de Callejas, Tegucigalpa); ²Servicio de ORL, Departamento de Cirugía; ³Sección Micología, Departamento de Laboratorios Clínicos; Hospital Escuela, Tegucigalpa.</p>
14:45	<p>70T Nocardiosis diseminada (micetoma). <u>Tito Alvarado</u>,¹ Sandra Montoya.² ¹Servicio de Infectología, Departamento de Medicina Interna (actualmente Centro de Cáncer Emma Romero de Callejas, Tegucigalpa); ²Sección Micología, Departamento de Laboratorios Clínicos; Hospital Escuela, Tegucigalpa.</p>
15:00	<p>71T Histoplasmosis vertebral. <u>Tito Alvarado</u>,¹ Sandra Montoya.² ¹Servicio de Infectología, Departamento de Medicina Interna (actualmente Centro de Cáncer Emma Romero de Callejas, Tegucigalpa); ²Sección Micología, Departamento de Laboratorios Clínicos; Hospital Escuela, Tegucigalpa.</p>
15:15	Cierre de Bloque.
15:30 17:00	Clausura Agasajo

RESÚMENES

C Conferencias

T Trabajos Libres

RESUMENES CONFERENCIAS

1C La Investigación Científica para abordar la Inseguridad, Violencia y Criminalidad. Julieta Castellanos. Rectoría UNAH.

La violencia en Honduras tomó un rumbo no previsto. Los hechos violentos y criminales y la inseguridad en la década de los años setenta tenían un origen vinculado a la delincuencia común, a los conflictos de la convivencia y a los conflictos entre familias y entre grupos de poder local. La violencia política y la violencia social se desarrollaron de forma paralela en los años setenta y ochenta con los eventos políticos e ideológicos en Centroamérica. El fin de la guerra y los acuerdos de paz en la región dejó una estructura de guerra que ha propiciado la violencia y criminalidad, a las condiciones regionales se suma lo internacional: el avance del crimen organizado. La violencia y la criminalidad han alcanzado cifras que colocan a Honduras en la posición más crítica de Centroamérica. El índice de homicidios llegó a 86.1 homicidios por cada 100 mil habitantes en el año 2012, un promedio de 19 homicidios al día. En el año 2006 el promedio era de seis homicidios al día y una tasa de 37 homicidios por cada 100 mil habitantes. Además de la espiral indetenible de los homicidios expresado en las cifras descritas, la modalidad de muerte y las causas fueron variando. Dos formas irrumpieron: las masacres y el sicariato. La Masacre se define por la cantidad de víctimas en un solo hecho y por la violencia empleada en la ejecución del hecho violento y criminal. El Sicariato es una modalidad de muerte donde él o los perpetradores ejecutan el acto desde un medio de transporte rápido y seguro, y huyen de la escena del crimen, por lo general se desconoce la causa o el móvil y quien o quienes son los responsables directos; a esta modalidad también se le conoce como muerte por encargo. La violencia ha rebasado el Sistema de Seguridad, el Sistema de Justicia e impacta a las estructuras de la Salud Pública. Abordar el problema de una forma apropiada requiere de investigación que genere información oportuna y pertinente. Desde las Ciencias Sociales, se debe investigar la convivencia ciudadana, los condicionantes de la violencia, el impacto de la violencia en la familia, los patrones culturales que reproducen la violencia, los desarrollos urbanos y violencia, entre otras investigaciones. Desde la salud pública, el tema se puede investigar desde los costos de la violencia en la salud pública, el impacto y la ocupación de los hospitales, el costo económico de los lisiados para el Estado y para la familia, el impacto psicológico para las víctimas y sus familias, el impacto psicológico y psíquico de la inseguridad y criminalidad en la población, etc. Hasta ahora de la violencia y criminalidad, conocemos las cifras. Hace falta desentrañar, mediante investigaciones científicas, los aspectos más profundos de esta epidemia nacional.

2C Quincuagésimo Aniversario de la Biblioteca Médica Nacional y la gestión de información para la salud en Honduras. Martha Cecilia García. Biblioteca Médica Nacional. Biblioteca Virtual en Salud de Honduras. Universidad Nacional Autónoma de Honduras, Tegucigalpa.

La Biblioteca Médica Nacional (www.bimena.bvs.hn/), conmemora en este año 2012 Cincuenta Años al servicio de la comunidad del sector Salud, constituyéndose en Honduras

como la única Biblioteca en el área con colecciones sistemáticamente organizadas, personal capacitado e incorporación de las tecnologías de información y comunicación. Estas particularidades le han permitido incursionar en una percepción moderna de la Biblioteca, que se caracteriza por una efectiva gestión de la información y el desarrollo de procesos en ambientes virtuales. La Biblioteca cuenta con recursos y herramientas de información y modalidades para adquirirla y diseminarla, disponibles para los usuarios, y la necesidad de desarrollar habilidades y competencias informativas que posibiliten el acceso y uso de información especializada para la generación de nuevos conocimientos. También se ha desarrollado como apoyo a la visibilidad de las publicaciones nacionales a través de sitios web especializados y la incorporación a bases de datos internacionales; así como el desarrollo de productos de información: el catálogo de autores y/o investigadores en Salud de Honduras, que posibilitan conocer su perfil y producción científica. El rol de las Bibliotecas ha ido evolucionando con el vertiginoso aumento de las publicaciones en nuevos formatos y soportes, buscando como estrechar el vínculo entre las instituciones de información y las de salud, como apoyo al incremento del desarrollo científico-técnico. Información adicional disponible en la Biblioteca Virtual en Salud de Honduras (www.bvs.hn).

3C El Observatorio de la Violencia del Instituto Universitario en Democracia, Paz y Seguridad (IUDPAS), Universidad Nacional Autónoma de Honduras, Tegucigalpa. Migdonia Ayestas. Observatorio de la Violencia, Instituto de Democracia, Paz y Seguridad (IUDPAS), Universidad Nacional Autónoma de Honduras, Tegucigalpa.

El Observatorio de la Violencia fue creado el año 2005 a instancias del Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo y la Agencia Sueca para el Desarrollo Internacional con el objetivo de sistematizar, clasificar, analizar y construir conocimiento sobre muertes violentas y no intencionales, lesiones personales, maltrato a mujeres y menores, abuso sexual, incidencia delictiva y registro de balística, que contribuya a mejorar los niveles de información y apoyar la comprensión del problema. Las fuentes de información del Observatorio incluyen Policía Nacional: Policía Preventiva, Dirección Nacional de Investigación Criminal, de Tránsito y Medicina Forense. Con estas entidades se unificaron criterios para la depuración, validación y registro de información que permita conocer la dinámica de violencia y criminalidad en el país. La información se analiza en base a variables epidemiológicas (mes, día, hora, lugar de ocurrencia, edad y sexo de las víctimas). Así mismo, se incluye las circunstancias que rodean las muertes de acuerdo al tipo de arma y posible móvil. Se registra la incidencia de los delitos de mayor impacto social como los delitos contra la vida y la propiedad. Además se lleva a cabo un monitoreo de medios que permite una mejor caracterización de los patrones, dinámicas y tendencias de las muertes por homicidio. Se han producido 48 boletines en ocho años, lo que ha contribuido con información confiable, actualizada y oportuna sobre la incidencia de hechos delictivos violentos, haciendo visible las tendencias y los factores que generan violencia y criminalidad en el país con miras a que las autoridades gubernamentales, sectores de protección, salud, educación, justicia y sociedad civil cuenten con elementos que les permitan impulsar la formulación de políticas públicas y estrategias para disminuir este fenómeno. La coordinación es fundamental para una gestión eficaz. Se cuenta con un observatorio de género y siete observatorios locales coordinados por centros universitarios regionales.

4C Como los profesionales de salud pueden contribuir a la paz en América Central. Neil Arya. Office of Global Health, The University of Western Ontario, Ontario, Canada.

La Universidad Nacional Autónoma de Honduras (UNAH), es una institución de educación superior líder en el estudio de la violencia. Honduras es uno de los países con las tasas más altas de violencia en América Central. Los homicidios alcanzaron en el año 2011 una tasa nacional de 86.5 por cada 100,000 habitantes. Aunque estar en la ruta del tráfico de drogas es un importante mecanismo postulado para los altos índices de violencia, las raíces de esta pandemia son a menudo multifactoriales, incrustadas en la familia y en el contexto cultural, originándose por la falta de oportunidad relacionada con factores macro políticos y socioeconómicos. El sector salud tiene un papel que desempeñar en la mitigación de la violencia de todo tipo. El concepto de *paz mediada por la salud* comenzó en la Universidad de McMaster, Canadá, tomando como una de las principales inspiraciones *La Salud como un Puente a la Paz*, que ha demostrado cómo la colaboración del sector de salud entre los gobiernos pudo contribuir a la paz en la década de 1980. Además, el ejemplo de *Días de Tranquilidad* o cesaciones de fuego humanitarias que comenzaron en El Salvador en 1985 alrededor de la meta superior de salud para los niños, ha sido un modelo para el establecimiento de la paz alrededor del mundo. El uso de la epidemiología y medidas de salud pública, métodos de rehabilitación psicosocial y fomento de la resiliencia, se encuentran entre las herramientas utilizadas. La percepción que se tiene de los profesionales de la salud como inteligentes, compasivos, imparciales y altruistas, puede ayudar a tener acceso a donde otros no llegan. Se exploran aspectos de la paz a través del modelo de salud con ejemplos internacionales y cómo éstos podrían ser relevantes en el contexto hondureño.

5C Modelo Demostrativo Integral de Atención Primaria de Salud Familiar-Comunitario (Demos APS-FC). Áyax Irías Coello. UNAH/Dirección de Vinculación Universidad-Sociedad; Municipalidad de San José de Colinas; Secretaría de Salud; Secretaría Técnica de Planificación y Cooperación Externa.

Se propone un modelo alternativo interdisciplinario con enfoque psico-bio-social-ambiental que aborda la salud en su dimensión integral, orientado a garantizar la salud como un derecho, basándose en los valores y principios de la Atención Primaria de Salud a nivel Familiar-Comunitario. Gestado desde el año 2009 con la experiencia piloto en San José de Colinas, Santa Bárbara "*Modelo Demostrativo Integral de Atención Primaria de Salud Familiar-Comunitario*" (Demos APS-FC). Demos APS-FC aborda multicausalmente los elementos esenciales del sistema de salud, mediante la participación de Universitarios en Práctica Profesional y Servicio Social de las carreras de Trabajo Social, Enfermería, Odontología, Psicología, Microbiología y Medicina. Funciona de manera integrada ya que en la práctica se articulan los pilares del quehacer académico: docencia-investigación-vinculación universidad sociedad, propiciando la interacción de disciplinas y generando experiencias multi e interdisciplinarias. El objetivo principal del Modelo es fortalecer el derecho a la universalización de la salud de la población, garantizando una mayor cobertura, accesibilidad y disponibilidad de los servicios, para mejorar la calidad de vida de la población, a través de los pilares de Salud-Educación-Trabajo. El desarrollo del Modelo, con carácter interdisciplinario y abordando multicausalmente la salud, ha permitido los siguientes aportes: Sistema de información de salud integral, Identificación

de los problemas prioritarios de salud y planteamiento de sus estrategias de solución, Ordenamiento del sistema de salud, Fortalecimiento la relación familia-comunidad, Ordenamiento territorial en catastro, propiedad predial y recursos naturales, Abordaje integral a la salud, Atención permanente y ambulatoria mediante los equipos de salud, Optimización y racionalización de los recursos. Con la ejecución del Modelo Demos APS-FC, se logra universalizar la cobertura de salud en el Municipio de Colinas, estudiando las determinantes sociales de la salud, abordándolas de manera interdisciplinaria y fortaleciendo la educación de los habitantes para fomentar el autocuidado.

6C Modelo Demostrativo Integral de Atención Primaria en Salud Familiar-Comunitario: la experiencia en San José de Colinas, Santa Bárbara. Amable de Jesús Hernández. Municipalidad de San José de Colinas, Santa Bárbara.

Desde el año 2002, el Municipio de San José de Colinas impulsa importantes reformas en salud y educación. Para el año 2008, el gobierno aprueba la descentralización de salud en Colinas, inicia el trabajo del Proyecto REDES en 22 comunidades con la estrategia AIN-C capacitando a voluntarios/as de salud y formando Comités de Salud. Para el año 2009 la UNAH a través de la Dirección de Vinculación Universidad-Sociedad, propuso un modelo piloto de salud integral con estudiantes, articulando la reforma del sector de salud con la descentralización de la prestación de los servicios, transfiriendo responsabilidades y financiamiento a entidades territoriales. Operativamente este municipio se dividió en siete sectores, los cuales aglutinan a las 36 aldeas y 4 caseríos que lo conforman, además del casco urbano – Laguna Inea, La Alianza, Nueva Florida, El Triunfo, San Francisco Carrizal, y San Miguel Lajas--. En mayo de 2011, se asigna a cada sector un equipo de trabajo multidisciplinario constituido por médico general, odontólogo, enfermera profesional, psicólogo, y trabajador social, realizando la línea base en toda la municipalidad. Cada uno de estos futuros profesionales prestará sus servicios en el sector que se le asigne durante doce meses en la modalidad de práctica profesional integrando docencia, investigación y vinculación Universidad-Sociedad, promoviendo la organización y participación de las comunidades, y la integración de la Mesa de Cooperantes quien planea la construcción del primer Hospital Escuela Rural para 2015. La sostenibilidad del modelo descentralizado requiere la unificación de esfuerzos coordinados entre todos los actores claves: Gobierno nacional y municipal, Secretaria de Salud, líderes comunitarios, voluntarios, ONGs y agencias prestando servicios, cooperantes internacionales, y el sector académico. Este modelo descentralizado e integrado fortalece el acceso a servicios de atención primaria de calidad para las comunidades postergadas.

7C Proyecto REDES para la salud comunitaria: movilizand o la participación social para reducir la mortalidad materno-infantil. Elaine Hernández. Cruz Roja Canadiense, Tegucigalpa, Honduras.

Proyecto REDES formuló el problema de cómo crear un programa sostenible de base comunitaria que promueva prácticas saludables a nivel familiar, empoderando la comunidad en abogar por el acceso a los servicios de salud básicos, y en monitorear su estado de salud para contribuir a la reducción de mortalidad materno-infantil en Honduras. Cruz Roja Hondureña, en colaboración con Cruz Roja Canadiense, y financiado por Agencia Canadiense para el Desarrollo Internacional (ACDI), implementó el proyecto de salud materno-infantil REDES (2006-2012) en más de 200 comunidades rurales en Santa

Bárbara y Copán, capacitando y equipando a 3,000 voluntarios/as comunitarias de salud (VCS) para monitorear mensualmente el crecimiento de 11,875 infantes menores de 2 años, proveer orientación nutricional individualizada a madres y padres, captar mujeres embarazadas y neonatos, involucrar al hombre en salud familiar y el plan de parto, e implementar un sistema de referencia-respuesta comunidad - unidad de salud. Los ejes transversales del Proyecto fueron Promoción de Igualdad de Género y Fortalecimiento Institucional. Resultados Obtenidos: 1) Comunidades organizadas con Comité de Salud, Fondos Solidarios para emergencias médicas, Botiquín Primeros Auxilios, cadre de voluntarios/as implementando AIN-C y monitoreando mujeres embarazadas refiriéndolas al control prenatal y al parto institucional, diseñando micro-proyectos de agua y saneamiento, seguridad alimentaria y construcción de Unidades Comunitarias de Salud UCOS; 2) Unidades de Salud organizando reuniones mensuales de VCS, ofreciendo entrega de paquetes básicos de servicios médicos, campañas de vacunación y Club de Embarazadas, invitando al padre a participar directamente en los controles prenatales y parto; 3) Municipalidades y Mancomunidades conociendo y analizando resultados a través de los Redes de Socios (Mesa Sectorial de Salud de MANCORSARIC y Comité Inter-Institucional de Salud del CRA), Oficinas Municipales de la Mujer promoviendo participación del hombre en salud materno-infantil y empoderamiento de la mujer en toma de decisiones en hogar y en comunidad; 4) Estudio de casos de mortalidad materno-infantil prevenible.

8C Situación epidemiológica de la tuberculosis en Honduras y efecto de la situación de inseguridad sobre las actividades de prevención y control. Marvin Maldonado. Programa Nacional de Prevención y Control de la Tuberculosis, Secretaria de salud de Honduras, Tegucigalpa.

La tuberculosis continúa siendo un problema de salud pública en Honduras debido a su alta incidencia. Anualmente se notifican alrededor de 3,300 casos, con una incidencia esperada de un caso por mil habitantes. Desde 1999, en el país se implementó la estrategia TAES (Tratamiento Acortado Estrictamente Supervisado) en todas las regiones de salud logrando para el año 2001 tasa de curación de 85%, de diagnóstico de baciloscopia de 67%, de abandono de 5% y de captación de 71%. Aunque el país completó su cobertura con la estrategia TAES en todas las regiones, los descensos en la incidencia no han sido lo esperado. El PNT opera a través de los niveles central, nivel intermedio (regiones departamentales) y local (unidades de salud (US) integrado por 1412 Unidades de Salud. Además, forman la red de atención que incluyen los hospitales de área, regionales y nacionales). El nivel local está encargado de la detección, recolección de muestra, realización de frotis, lectura de baciloscopías (los que cuentan con técnico de laboratorio o microbiólogo), diagnóstico de caso, tratamiento bajo la estrategia TAES, llevar a cabo las consejerías, cerco epidemiológico, recolección de información a ser enviada a nivel intermedio y mantener el historial de cada paciente. La gestión y suministro de medicamentos es efectuada por la Unidad de Medicamentos del PNT y adquirido a través de Fondo Estratégico de la OPS. El sistema de información del PNT está organizado también en tres niveles los cuales utilizan los indicadores recomendados por la OPS/OMS, que proveen información epidemiológica y de las actividades programáticas. El estudio desarrollado por MSS 2011-2012 nos brinda una evaluación de la calidad de la implementación de la estrategia TAES a nivel nacional de una utilidad estratégica para el PNT que resultara en su fortalecimiento integral.

9C Evaluación de la implementación de las medidas básicas para el control de la tuberculosis en el año 2011 en áreas de influencia de las Unidades de Salud atendidas por los Médicos en Servicio Social del periodo 2011-2012. Consideraciones de diseño metodológico. Denis Padgett. Unidad de Investigación Científica, FCM UNAH, Tegucigalpa.

El proyecto de investigación del grupo de MSS 2011-2012 se realizó con el objetivo general de evaluar la implementación de las medidas básicas de control del Programa Nacional de Tuberculosis en el año 2011 con el propósito de identificar debilidades y dar recomendaciones para su fortalecimiento. La metodología requerida, incluyó los siguientes aspectos. Área de estudio: unidades de salud con médicos en servicio social; Tipo de estudio: descriptivo transversal; Universo y Muestra: universo constituido por las unidades de salud (Centro Hospitalario y CESAMO), los pacientes atendidos por tuberculosis en el año 2011 y la detección activa de 60 sujetos sintomáticos respiratorios de la comunidad. Las Técnicas y Procedimientos de recolección de la información a través de tres instrumentos, fueron: 1) Los MSS ubicados en las unidades de salud evaluaron el servicio de laboratorio determinando ambiente, insumos y capacitación del personal para la detección de TB. 2) Se localizó a los pacientes del programa nacional de tuberculosis bajo tratamiento para determinar la adherencia a la terapia y su evolución. 3) Se realizó búsqueda activa en el área de influencia para detectar 60 sujetos sintomáticos respiratorios que se encuentren en el área para remitirlos a la unidad de salud y realizar baciloscopía seriada, previo invitación a través de consentimiento informado. En las Unidades de Salud que fue factible, se obtuvo información sobre poblaciones especiales (pacientes VIH/SIDA, migrante retornado, privados de libertad y grupos étnicos. El protocolo contó con dictamen del Comité de Ética de Investigación Biomédica (CEIB) FCM UNAH.

10C Salud Materna y diversidad: preferencias y patrones en Copán, Honduras. Candace Johnson. University of Guelph, Ontario, Canadá.

En diferentes lugares alrededor del mundo, inclusive dentro de una misma comunidad, algunas mujeres prefieren dar a luz en una manera “natural” mientras que otras prefieren acceso a los niveles más altos de los servicios médicos. En Honduras, en el departamento de Copán, donde existen niveles altos de mortalidad materna, es importante entender las preferencias sobre el cuidado durante el parto, además las barreras que previenen el acceso a los servicios médicos que están disponibles. Se realizó un estudio para documentar y entender varias preferencias que tienen las mujeres sobre servicios médicos y otros tipos de cuidados durante el embarazo y el parto con el propósito de contribuir al conocimiento sobre la salud materna en comunidades de alto riesgo. El estudio se realizó con la cooperación de la Cruz Roja Canadiense en el periodo 2010-2012. Fueron encuestadas 66 mujeres en cuatro comunidades, Copán, Marzo 2011. La mayoría de participantes habían tenido niños dentro de los dos últimos años. Las entrevistas fueron individuales, semi-estructuradas, grabadas y luego transcritas. Se analizaron las transcripciones con métodos cualitativos e interpretativos. Encontramos diversas preferencias y patrones distintos. La mayoría de las encuestadas dijeron que preferirían parir en la clínica u hospital. En muchos casos, esta opción no estuvo disponible por varias barreras que se presentaron. Las mujeres encuestadas no hablaron mucho de sus preferencias, costumbres culturales en relación al parto, sino sobre las dificultades de la vida cotidiana y la importancia de seguir las recomendaciones de los profesionales de la medicina y promotores de la salud pública. Llegamos a la conclusión de que la salud materna está impactada por varios factores muy

complejos, como historia, cultura, educación, recursos disponibles, y la habilidad de movilizar estos recursos. Tenemos que entenderlos mejor, para desarrollar políticas más efectivas de la salud materna.

RESUMENES TRABAJOS LIBRES

1T Diabetes Neonatal: dos casos clínicos del Hospital Escuela, Tegucigalpa. Lesby Espinoza Colindres, Guillermo Villatoro Godoy. Servicio Endocrinología Pediátrica, Departamento de Pediatría, Hospital Materno Infantil, Tegucigalpa.

Antecedentes. La diabetes neonatal (DN) es una enfermedad rara, frecuencia estimada 1:500,000 nacidos vivos. El control metabólico es difícil y hay que considerar las variaciones en la ingesta, cuadros infecciosos y riesgo de secuelas neurológicas secundarias a hipoglucemias. En pacientes con mutaciones ABCC8 o KCNJ11 es posible transferir el tratamiento a sulfonilureas. **Descripción de los casos.** Todas femeninas, padres jóvenes no consanguíneos, embarazos y partos normales. **Caso 1.** Peso al nacer desconocido, retraso psicomotor. Ingres a los 3 meses con diarrea, deshidratación severa y respiración de Kussmaul, glucemia 600 mg/dl, cetonuria positiva, se inició insulina en infusión a 0.05 U/Kg/hora, luego insulina NPH presentando muchas hipoglucemias, se cambió a insulina Glargine. Al confirmar el diagnóstico se hizo traslape a glibenclamida 2.5 mg/día. Hemoglobina glucosilada (HbA1c) 11.1%, insulinemia de 0.72 uUI/ml. Genética molecular: heterozigosis para la mutación en el gen KCNJ11. Madre con mosaicismo para la misma mutación. **Caso 2.** Peso al nacer desconocido, retraso psicomotor. Ingres a los 6 meses con diarrea, deshidratación severa y respiración de Kussmaul, glucemia 600 mg/dl, cetonuria positiva, se inició insulina en infusión a 0.05 U/Kg/hora, posteriormente insulina Glargine. HbA1c 16%, péptido C < 0.1 uUI/ml. Genética molecular: mutación missense homocigota, p.L1426P, gen ABCC8. Madre heterocigota para la misma mutación. **Caso 3.** Peso al nacer 3200g, desarrollo psicomotor normal, con sordera neurosensorial severa. Ingres a los 6 meses con cuadro respiratorio y respiración de Kussmaul, glucemia 600 mg/dl, cetonuria positiva, se inició insulina en infusión a 0.05 U/Kg/hora, posteriormente insulina Glargine. HbA1c 10%, péptido C < 0.3 uUI/ml. Genética molecular: mutación frameshift en homocigosis c.759dup. **Conclusiones/ Recomendaciones.** Ante la presencia de hiperglucemia persistente en un niño menor de 6 meses es imperioso hacer la confirmación diagnóstica de DN con estudios de genética molecular para evitar conductas terapéuticas iatrogénicas con consecuencias relevantes en la vida del paciente.

2T Diabetes Mellitus Neonatal: caso clínico del Hospital Mario C. Rivas, San Pedro Sula. Luis Enrique Romero Reyes. Postgrado de Pediatría, Facultad de Ciencias Médicas, UNAH, San Pedro Sula.

Antecedentes. La diabetes neonatal se define como la aparición de hiperglucemia que precisa tratamiento insulínico, se presenta en el primer mes de vida, más comúnmente en las dos primeras semanas, aunque diversos autores amplían dicho periodo hasta el tercer mes. Se han descrito dos formas clínicas: transitoria, con resolución en los primeros 18 meses de vida, con alto riesgo de desarrollar diabetes juvenil y la forma permanente. Su incidencia es de 1/500.000 nacidos vivos, cuya etiología se ha atribuido a un defecto en el brazo largo del cromosoma 6, además de los genes, NEUROD/BETA2, CDK4, NGN3. **Descripción del caso.** Se ingresa lactante masculino de 2 meses de edad, con un peso de 4.5 kg, con historia de 24 hrs de evolución, de fiebre de inicio súbito, rinorrea, además historia de 12 horas de evolución de dificultad respiratoria, sin otra sintomatología. Al examen físico febril, irritable, luce levemente deshidratado, y polipnéico SWD 5, sus pulmones se auscultan limpios, en corazón taquicárdico, diuresis +, sin algún otro dato

clínico relevante. Rx de tórax es normal, con diuresis de 7 ml/kg/h, se realiza glucometría la cual reporta HI, gases arteriales con PH 7.0, PCO₂:13.8 mmhg, HCO₃:4 mmol, EB 23.6, BH : WBC 10.7 HGB: 7.4 gr/dl. Pla: 174 mil, Gran: 74%, Linf: 16.9%, y con cuerpos cetónicos ++++ en orina, se le inicio manejo según protocolo de CAD, y con ello el paciente mejoro, posteriormente fue evaluado por el servicio de endocrinología quien cito que se trataba de una Diabetes Mellitus neonatal. Su evolución fue satisfactoria. **Conclusiones/ Recomendaciones.** La diabetes neonatal es una patología muy rara, y pesar de ello hay que tenerla en cuenta como un Dx diferencial en estos pacientes. Valoración del estado metabólico de todo lactante menor con hiperglicemia y así descartar este tipo de patología.

3T Enfermedad de Addison. Edwin Edgardo Bautista Gómez,¹ Lesby Espinoza Colindres,² Guillermo Villatoro Godoy.² ¹Postgrado de Pediatría, Facultad de Ciencias Médicas, UNAH; ²Servicio Endocrinología Pediátrica, Departamento de Pediatría, Hospital Materno Infantil, Tegucigalpa.

Antecedentes. La enfermedad de Addison es debida a una destrucción global y progresiva de la corteza suprarrenal que ocasiona deficiencia de glucocorticoides, mineralocorticoides y hormonas sexuales. Es una enfermedad relativamente rara. Incidencia de 5-6 casos por millón cada año. Causado por un proceso autoinmune, genético, infeccioso, hemorragias masivas o infiltración tumoral. Puede mostrarse aislada o como parte de un síndrome poliglandular autoinmune. Se caracteriza por fatiga, debilidad, anorexia, vómitos, pérdida de peso, hiperpigmentación de la piel y mucosas, hipotensión e hipoglucemia. El diagnostico es clínico y se confirma analizando el eje hipotálamo-hipófisis- suprarrenal. El tratamiento es con glucocorticoides y mineralocorticoides. **Descripción del caso.** Masculino de 15 años de edad, con historia de 8 años de evolución de presentar hiperpigmentación progresiva de piel y mucosas, astenia, adinamia, hiporexia y pérdida de peso. Sin alteraciones neurológicas, con buen rendimiento escolar. Examen Físico: hiperpigmentación generalizada de piel, Peso: 42.2 Kg, Talla: 160.8 cm, PA: 100/80.mm Hg. Hiperpigmentación de encías, tiroides normal, Tanner I y I, testículos de 12 cc., hiperpigmentación de uñas, reflejos normales. Laboratorio: cortisol: AM menor de 1 ng/ml; cortisol PM 1.11 ng/ml; ACTH: 1,250 pg/ml (normal hasta 46); LH: 3.73 uUI/ml; FSH: 1.47 uUI/ml; Testosterona: 256 ng/ml; Glucemia: 84 mg/dl; Sodio: 134 mEq/L; Potasio: 4.7 mEq/L; Calcio: 9 mg/dl; Fosforo: 6 mg/ml. Hemograma normal. Ultrasonido Abdominal: normal. Anticuerpos antiadrenales pendientes de realizar. Con lo anterior se hizo el diagnóstico de Enfermedad de Addison y se inició Prednisona a 20 mg/m² en base a Hidrocortisona. En control 5 meses después de iniciar tratamiento con franca disminución de la hiperpigmentación de piel y mucosas y mejor estado general. **Conclusiones/ Recomendaciones.** Aunque la enfermedad es rara, la hiperpigmentación de piel nos debe hacer sospechar una insuficiencia adrenal primaria, ya que el diagnóstico temprano evita el riesgo de muerte por una crisis adrenal aguda.

4T Caracterización de la Enfermedad de Graves-Basedow en niños. Sara López López,¹ Kellin Reyes Ramos,¹ Lesby Espinoza Colindres,² Guillermo Villatoro Godoy.² ¹Postgrado de Pediatría, Facultad de Ciencias Médicas, UNAH; ²Servicio Endocrinología Pediátrica, Departamento de Pediatría, Hospital Materno Infantil, Tegucigalpa.

Antecedentes. La enfermedad de Graves-Basedow es un trastorno autoinmune caracterizado por hipertiroidismo, bocio difuso y oftalmopatía. Su incidencia anual oscila entre 0.1 casos por 100,000 niños antes de la pubertad. Existen muchos puntos de incertidumbre con respecto al tratamiento y evolución de la enfermedad, así como las repercusiones sobre el organismo en plena etapa de crecimiento y desarrollo. **Objetivos.** Determinar las características clínicas de la Enfermedad de Graves, así como la respuesta al tratamiento médico y efectos secundarios del mismo en niños que asisten al Hospital Escuela. **Metodología.** Estudio descriptivo retrospectivo, se revisaron las historias clínicas de 42 pacientes diagnosticados entre 2000 a 2009. Se analizó la sintomatología clínica, función tiroidea, anticuerpos antitiroideos, el tratamiento de primera elección, las complicaciones de la enfermedad o del tratamiento y la necesidad de recurrir a tratamientos alternativos. **Resultados.** Edad al momento del diagnóstico: 12-18 años 9 (22.3%), 5-11 años 28 (66.7%) y menores de 5 años 5 (11%). Predominio en el sexo femenino 37 (88.1%), el síntoma más frecuente fue la labilidad emocional. El signo más frecuente fue el bocio grado 3, taquicardia y exoftalmos. Veinte y cinco (60%) tenían anticuerpos anti tiroideos positivos. Treinta y siete (88%) fueron inicialmente tratados con Propiltiouracilo (PTU). Solo 3 (7%) presentaron efectos secundarios como aumento de transaminasas. Hubo remisión en 5 pacientes (11.5%). A dos pacientes se les realizó tiroidectomía y 13 pacientes recibieron radioiodo a una dosis promedio de 15- 20 mCi. Tres han precisado tratamiento con PTU después de radioiodo. **Conclusiones/ Recomendaciones.** La enfermedad de Graves-Basedow es la primera posibilidad diagnóstica en niños con hipertiroidismo. El tratamiento médico consigue pocas remisiones completas y con frecuencia hay que recurrir a la tiroidectomía o radioiodo. Al contrario de lo descrito en la mayoría de la bibliografía nuestros pacientes han presentado pocos efectos secundarios al PTU.

5T Enfermedad de Graves- Basedow y Vasculitis. Edgar Federico Duarte Baca,¹ Lesby Espinoza Colindres,² Guillermo Villatoro Godoy.² ¹Postgrado de Pediatría, Facultad de Ciencias Médicas, UNAH; ²Servicio Endocrinología Pediátrica, Departamento de Pediatría, Hospital Materno Infantil, Tegucigalpa.

Antecedentes. Incidencia anual de 0.1 casos por 100,000 niños, menos del 5% se presenta antes de los 18 años y el inicio antes de los 5 años es excepcional. Es la causa más frecuente de hipertiroidismo en la infancia y adolescencia. De naturaleza autoinmune, clínicamente caracterizada por bocio, hipertiroidismo, oftalmopatía infiltrativa y menos frecuente mixedema pretibial. El diagnóstico se confirma por la presencia de anticuerpos antitiroideos junto a la alteración de los niveles de TSH, T3 y T4. El tratamiento de elección es el propiltiouracilo y el metidazol que disminuyen la producción de hormonas tiroideas además de betabloqueadores como protectores de la función cardiovascular. **Descripción del caso.** Femenina de 18 años diagnosticada con enfermedad de Graves-Basedow desde abril 2008. En tratamiento con propiltiouracilo y propanolol. Cuatro años después del tratamiento presenta lesiones maculares de coloración violácea en las extremidades, con úlceras en pierna derecha y áreas de lipoatrofia, se sospecha se trate de una vasculitis, la cual puede ser secundaria a su enfermedad de base o efecto secundario del propiltiouracilo. Pruebas de función hepáticas normales, ANCA 32.2 (normal < 40), PR3 38.4 (normal > 20), C3 y C4 normales, Anticadiolipinas positivas 102.8 (normal < 44). Se inicia manejo con prednisona con evidente mejoría clínica, posteriormente se realiza tiroidectomía y se omite propiltiouracilo. La evolución ha sido satisfactoria, resolución completa de las lesiones de piel. Actualmente en tratamiento con levotiroxina.

Conclusiones/ Recomendaciones. Raras ocasiones el propiltiuracilo presenta efectos adversos sin embargo pueden llegar a ser mortales, como lo son agranulocitosis, necrosis hepática fatal, vasculitis y reacciones de hipersensibilidad entre otros, los que nos obliga realizar evaluaciones periódicas y educar al paciente sobre las mismas, con el fin de una detección y manejo temprano previniendo un desenlace fatal.

6T Histiocitosis de células de Langerhans y déficit hormonal múltiple. Fannia Mairena Silva,¹ Lesby Espinoza Colindres,² Guillermo Villatoro Godoy.²
¹Postgrado de Pediatría, Facultad de Ciencias Médicas, UNAH; ²Servicio Endocrinología Pediátrica, Departamento de Pediatría, Hospital Materno Infantil, Tegucigalpa.

Antecedentes. En la histiocitosis de células de Langerhans (HCL) puede afectarse la parte posterior de la hipófisis y ocasionar diabetes insípida (DI) central. Aproximadamente 4% de los pacientes exhiben una presentación aparentemente idiopática de DI antes de que se identifiquen otras lesiones producidas por la HCL. El riesgo a 10 años de compromiso pituitario es de aproximadamente 24%. El compromiso de la hipófisis anterior provoca falla del crecimiento y la maduración sexual. **Descripción del caso.** Masculino con historia a los 4 años de poliuria y polidipsia, se le realizaron estudios y se confirmó diabetes insípida, inició tratamiento con Carbamazepina sin mejoría y se cambio a Desmopresina. Dos años después se diagnosticó hipotiroidismo, inició tratamiento con Levotiroxina. A los 7 años se observa lesión osteolítica en fémur derecho, se realizó biopsia y se diagnosticó HCL, por lo que recibió quimioterapia. A los 13 años se encontró crecimiento por abajo del percentil 3 con una velocidad de crecimiento menor de percentil 25, se realizaron dos pruebas de estimulación para liberación de Hormona de Crecimiento y en ninguna de las dos pruebas se alcanzaron niveles de Hormona de Crecimiento mayores de 10 ng/dl posterior al estímulo medicamentoso por lo que se diagnosticó Deficiencia de Hormona de Crecimiento. Se indica tratamiento con hormona de crecimiento durante 2 años con lo que mejora la velocidad de crecimiento. Hizo pubertad espontánea. IRM cerebral control no se observa Hipófisis y se considera Síndrome de Silla Turca Vacía. A los 21 años con tratamiento sustitutivo con desmopresina y levotiroxina. **Conclusiones/ Recomendaciones.** Los pacientes con HCL con afectación de la hipófisis pueden considerarse de riesgo bajo de muerte, aunque puede haber un riesgo relativamente alto de consecuencias a largo plazo de la enfermedad, por lo que deben estar en vigilancia permanente y el manejo es multidisciplinario.

7T Diabetes insípida central secundaria a histiocitosis de células de Langerhans (HCL). Paola Perdomo Membreño,¹ Lesby Espinoza Colindres,² Guillermo Villatoro Godoy.²
¹Postgrado de Pediatría, Facultad de Ciencias Médicas, UNAH; ²Servicio Endocrinología Pediátrica, Departamento de Pediatría, Hospital Materno Infantil, Tegucigalpa.

Antecedentes. La diabetes insípida central (DIC) causada por el daño inducido de la HCL a las células que secretan la hormona antidiurética (HAD) de la hipófisis posterior es la manifestación endocrina más frecuente de la histiocitosis. La DI se caracteriza por poliuria, polidipsia e hipernatremia. El diagnóstico se confirma con la prueba de deprivación hídrica. El tratamiento es con desmopresina. **Descripción de los casos. Caso 1.** masculino de 12 años, quien al año de edad presentó una masa retroauricular, se le realizó biopsia y se

observaron células de Langerhans por lo que se hizo diagnóstico de HCL por lo que recibió quimioterapia, a los 4 años presentó poliuria, polidipsia y falla de medro, se le realizó prueba de privación de agua y se confirmó diabetes insípida. **Caso 2.** Femenina de 7 años quien al año presenta dolor abdominal por lo que se le realizan múltiples estudios y en rayos x (Rx) se observa una vértebra lumbar plana se da manejo conservador. A los dos años presenta poliuria y polidipsia, prueba de privación de agua confirma DIC. Se le realizó Rx observando lesiones osteolíticas y en médula ósea se observaron células de Langerhans. Recibió 2 ciclos de quimioterapia. **Caso 3.** Masculino de 5 años quien a los 18 meses presenta proptosis de ojo izquierdo, se le realiza biopsia de hueso parietal y se hizo diagnóstico de HCL. Recibió quimioterapia. A los 3 años inicia poliuria y polidipsia prueba de privación de agua confirma el diagnóstico de DIC. Todos ellos con buena evolución y respuesta adecuada a la desmopresina. En ninguno se demostró panhipopituitarismo. **Conclusiones/ Recomendaciones.** La DIC puede presentarse antes o después del diagnóstico de HCL por lo que es importante que en un paciente con HCL deba vigilarse por aparición de DIC y en caso DIC como diagnóstico inicial investigar HCL.

8T Raquitismo hipofosfatémico. Wendy Murillo Castro,¹ Lesby Espinoza Colindres,² Guillermo Villatoro Godoy.² ¹Postgrado de Pediatría, Facultad de Ciencias Médicas, UNAH; ²Servicio Endocrinología Pediátrica, Departamento de Pediatría, Hospital Materno Infantil, Tegucigalpa.

Antecedentes. El raquitismo hipofosfatémico es una alteración de la homeostasis del fósforo que se caracteriza por hiperfosfatemia, hipofosfatemia, raquitismo y osteomalacia. Se han identificado mutaciones en el gen FGF-23 que codifica una proteína FGF-23 mutante resistente a la proteólisis. Una larga vida de la forma estable FGF-23 es responsable de las manifestaciones clínicas de esta entidad. **Descripción del caso.** Femenina de 8 años de edad, en control en consulta externa de ortopedia desde hace 2 años por genu valgo bilateral, escoliosis y dificultad para la marcha. Desde hace 8 meses presenta mialgias y artralgias. Referida a Endocrinología para estudio del metabolismo fosfo-calcio. Extremidades con genu valgo severo y debilidad muscular, con Gower positivo. Química sanguínea: BUN 5 mg/dl; creatinina 0.7 mg/dl; sodio 138 mg/dl; potasio 3.4 mg/dl; fosfatasa alcalina 1269 u/L; Calcio 8.8 mg/dl; fósforo 2.6 mg/dl; Proteinuria de 24 hrs: 0.40 gr/24 hrs; Reabsorción tubular de fósforo de 40%; Reabsorción tubular de calcio de 97%; T4 6.73mg/dl; TSH 2.5 UI/ml; PTH 23.2 ps/mol; 25(OH)vitamina D: 26.1 nmol/L. Rayos x de rodillas: genu valgo patológico, osteopenia en ambos fémures, erosión de fisis de ambas tibias y fémures. Engrosamiento de todas las epífisis y metafisis. Densitometría ósea de cuerpo completo muestra una desmineralización ósea promedio de -44%. Tratamiento con Neutraphos 2 gr v.o. cada día y Vitamina D 0.25 mg/día. **Conclusiones/ Recomendaciones.** En la última década se han realizado considerables avances en el conocimiento de la patogénesis de varias formas de raquitismo hipofosfatémico, aunque quedan aún muchas lagunas por descubrir. Estos avances han conducido a una mejora del diagnóstico y tratamiento de la enfermedad, así como han ayudado a comprender mejor la mineralización ósea y la homeostasis del fosfato sérico.

9T Respuesta al tratamiento con hormona de crecimiento en pacientes atendidos en el Hospital Escuela, Tegucigalpa. Guillermo Villatoro Godoy, Lesby Espinoza Colindres. Servicio Endocrinología Pediátrica, Departamento de Pediatría, Hospital Materno Infantil, Tegucigalpa

Antecedentes. La hormona de crecimiento está aprobada en pacientes pediátricos desde hace más de tres décadas. Las indicaciones aceptadas internacionalmente son: deficiencia de hormona de crecimiento, síndrome de Turner, retardo de crecimiento intrauterino sin crecimiento de recaptura (RCIU), talla baja idiopática, síndrome de Prader-Willi, insuficiencia renal crónica pretransplante. Estos diagnósticos deben comprobarse científicamente a través de pruebas estandarizadas a nivel mundial. **Objetivos.** 1. Determinar la velocidad de crecimiento antes y después del inicio de hormona de crecimiento. 2. Determinar la velocidad de crecimiento por grupo de patología. 3. Identificar efectos secundarios durante el tratamiento. **Metodología.** Estudio descriptivo, longitudinal y prospectivo. Muestra: Todos los pacientes con talla baja en quienes se demostró patrón de crecimiento atenuado y se comprobó la deficiencia de hormona por dos pruebas de estimulación. En las niñas con fenotipo Turner, se comprobó con el cariotipo 45;XO o variantes. Se indicó tratamiento con hormona de crecimiento a 0.35 mg/kg semana dividida en siete dosis. El seguimiento se realizó cada tres meses para control de antropometría y vigilancia de efectos secundarios. Cada 6 meses se determinó pruebas de función tiroidea, hemoglobina glucosilada y cada año edad ósea. **Resultados.** Total de pacientes 113 pacientes, 54 niñas y 59 varones. La edad promedio de inicio del tratamiento fue de 11 años (3.2-20 años). Los diagnósticos fueron: deficiencia de hormona de crecimiento 55(49.1%), síndrome de Turner 26 (22.8%). RCIU 16(14%), Panhipopituitarismo 8 (7%), Síndrome de Prader-Willi 4 (3.5%) y 2(1.8%) Insuficiencia renal crónica y talla baja idiopática. La velocidad de crecimiento en general previo al tratamiento fue de 3.09 cm/año y 12 meses después 9.05 cm/año y dos años después 7.08 cm/año. No se presentaron efectos secundarios. **Conclusiones/ Recomendaciones.** Estos resultados demuestran que la respuesta al tratamiento es satisfactoria y segura, se triplicó la velocidad de crecimiento y no se presentaron efectos secundarios.

10T Resistencia completa a los andrógenos. Kadie Melissa Paz Aguilar,¹ Lesby Espinoza Colindres,² Guillermo Villatoro Godoy.² ¹Postgrado de Pediatría, Facultad de Ciencias Médicas, UNAH; ²Servicio Endocrinología Pediátrica, Departamento de Pediatría, Hospital Materno Infantil, Tegucigalpa.

Antecedentes. La resistencia completa a los andrógenos se presenta en 1:20,000-60,000 recién nacidos varones, es una afección recesiva ligada al cromosoma X, se caracteriza por mutación en el gen de receptor de los andrógenos, que resulta en un defecto de unión a los andrógenos por no ser sintetizado o hacerlo en forma anómala, con aumento de gonadotropinas que incrementan los estrógenos que feminizan, clínicamente se caracteriza por el nacimiento de un individuo 46;XY con genitales externos femeninos, vagina que acaba en un fondo de saco, ausencia de las estructuras derivadas del conducto de Müller y falta de desarrollo de las estructuras derivadas de los conductos de Wolf, en la pubertad pueden acudir a consulta con desarrollo mamario normal pero con escasez de vello sexual y amenorrea primaria, con la vaginoscopia se comprobaba la hipoplasia vaginal y con la ecografía la ausencia de estructuras derivadas de los conductos de Müller o de Wolf. **Descripción del caso.** Femenina de 6 años a quien se le realizó hernioplastia inguinal derecha en noviembre 2011, encontrando en canal inguinal derecho gónada de aspecto

masculino, la biopsia reporta testículos con presencia de túbulos seminíferos algunos atróficos sin presencia de espermatogénesis. En evaluación seis meses postquirúrgica, examen físico genitales externos femeninos infantiles normales y se palpa masa en canal inguinal izquierdo. En ultrasonido no se apreciaron restos de conductos Mülllerianos y se observa gónada en canal inguinal izquierdo. Se realizó resección de gónada izquierda sin complicaciones. **Conclusiones/ Recomendaciones.** Este síndrome tiene una marcada importancia clínica debido a eventual ocurrencia de tumores malignos en los testículos criptorquídicos, por lo que se recomienda tratamiento quirúrgico bilateral, una parte fundamental de la terapia es la afirmación y refuerzo de su identidad femenina además reemplazo de estrógenos al llegar a la pubertad, algunas pacientes ameritan dilatación o cirugía plástica para alargar la vagina.

11T Síndrome de Prader-Willi. Lesby Espinoza Colindres, Guillermo Villatoro Godoy. Servicio Endocrinología Pediátrica, Departamento de Pediatría, Hospital Materno Infantil, Tegucigalpa.

Antecedentes. El síndrome de Prader-Willi (SPW) es caracterizado por obesidad, hipotonía, talla baja, hipogonadismo y retraso mental. Resulta de una deleción del alelo paterno del cromosoma 15 (15q11-13). El tratamiento con hormona de crecimiento (HC) no solo mejora su pronóstico de talla sino que también mejora su composición corporal. **Descripción de serie de casos clínicos.** Se presenta una serie de seis casos atendidos en la Consulta de Endocrinología Pediátrica, Hospital Escuela e IHSS. Todos productos a término de padres jóvenes, no consanguíneos. Con antecedente de hipotonía, dificultad en la succión, retraso psicomotor y obesidad después del segundo año de vida. A todos se les realizó estudio genético por test de Metilación y se confirmó el diagnóstico de SPW. Se les indicó un plan de alimentación adecuado a su edad. **Caso 1.** Masculino, múltiples ingresos por neumonías. Falleció a los 10 meses a consecuencia de una neumonía. **Caso 2.** Femenina, múltiples ingresos por neumonías en el primer año de vida. A los 4 años inició HC con disminución del porcentaje de masa grasa de 5% en el primer año de tratamiento. **Caso 3.** Femenina, a los 10 años se inició HC con disminución del porcentaje de masa grasa de 7% en el primer año de tratamiento. **Caso 4.** Femenina, a los 8 años se inició HC con disminución de 15 libras de peso en los primeros 6 meses de tratamiento. **Caso 5.** Masculino, con displasia congénita bilateral de cadera. No recibió tratamiento con HC por no haber disponible en el Hospital. **Caso 6.** Masculino. No recibió tratamiento con HC porque al momento del diagnóstico ya tenía diabetes mellitus tipo 2. **Conclusiones/ Recomendaciones.** Todo paciente con obesidad y retraso psicomotor debe hacerse una buena historia clínica y una evaluación integral en busca de síndromes y poderles ofrecer un tratamiento adecuado

12T Síndrome Rasmussen. Tania Soledad Licon Rivera. Postgrado de Pediatría, Facultad de Ciencias Médicas, UNAH, San Pedro Sula.

Antecedentes. El síndrome Rasmussen, tiene una prevalencia de uno por millón, es una encefalitis crónica inflamatoria, que se presenta en niños previamente sanos con desarrollo psicomotor normal, sacudidas mioclónicas, electroencefalograma anormal, con anomalías paroxísticas focales y difusas, deterioro neurológico progresivo. Su etiología es variada; inmunológica, infecciosa, displasias corticales, vascular, metabólicas. La resonancia magnética puede apuntar a la lesión estructural de la corteza y / o materia blanca. El

diagnóstico definitivo se realiza mediante biopsia. El tratamiento farmacológico tiene poco éxito, pero se debe usar para evitar la progresión. Se puede usar inmunoglobulina y de no haber mejoría, el tratamiento es quirúrgico. **Descripción del caso.** Paciente de la sala de lactantes del Hospital Nacional Mario Catarino Rivas. Femenina de 17 meses de edad, procedente de la Cordillera del Merendón San Pedro Sula. Esquema de vacunación completa para su edad. Madre de veinticuatro años de edad primigesta. Desarrollo psicomotor normal hasta los 17 meses. Antecedentes Personales Patológicos: A los 16 meses de edad presenta su primera convulsión, tónico-clónica generalizada, de diez minutos de duración, ocho días después, se presenta nuevamente con cuadro similar. Mes y medio más tarde se presenta a la emergencia, con historia de aproximadamente tres horas de convulsiones tónicas, focalizadas en hemicuerpo izquierdo, febril 38.5°C. Estuvo ingresada durante dos meses; debido a que paciente continúa en estatus convulsivo; se considera que se trata de una epilepsia tipo Sd de Dravet. Progresivamente, la niña fue presentando retraso en su neurodesarrollo, finalmente la biopsia reporto enfermedad de Rasmussen. Se inicio tratamiento con inmunoglobulina 400mg/kg dia por cinco días con lo que prácticamente desaparecieron las convulsiones y fue dada de alta. **Conclusiones/ Recomendacione.** Esta, es una enfermedad devastadora con mal pronóstico. En casos como este, debemos realizar biopsia para confirmar diagnostico.

13T Masa mediastinal. Claudia Patricia López Peraza, Zamira Yessille Maltez Licon. Postgrado de Pediatría, Facultad de Ciencias Médicas, UNAH, San Pedro Sula.

Antecedentes. Entre las enfermedades del mediastino destacan los tumores frecuentes, como timomas, linfomas y teratomas. La sintomatología es diversa y depende de la localización de la masa. El diagnóstico suele realizarse con pruebas de imagen mediante radiografía simple y TAC de tórax. El tratamiento es mediante extirpación quirúrgica y manejo específico según resultado patológico e inmunohistoquímico. **Descripción del caso.** Niño de 3 años de edad, procedente Olanchito, Yoro, ingresado al Hospital Mario C. Rivas con historia de pérdida de peso dos meses y fiebre y tos seca de 8 días de evolución, referido del Hospital Aníbal Murillo Escobar. El cuadro presentó inicio súbito de dificultad respiratoria con diagnóstico de neumonía grave complicada con derrame pleural derecho y neumotórax izquierdo por lo que se colocó sonda endopleural bilateral y ventilación asistida. La imagen radiológica mostró opacidad pulmonar derecha, desplazamiento contralateral de estructuras cardiomediastinales y traqueales; sondas endopleurales sin filtración, drenaje u oscilación y persistencia de opacidad a nivel de pulmón derecho. En base a esto, se retiró la sonda derecha y se inició manejo de masa mediastinal más terapia antibiótica de amplio espectro; metilprednisolona (2 mg/kg) por 5 días y ciclofosfamida, con aparición de lisis tumoral y falla renal aguda secundaria, ameritando terapia renal sustitutiva por 10 días (hemodiálisis). TAC de tórax demostró tumoración heterogénea a nivel de mediastino superior, neumotórax derecho de reciente aparición, derrame pleural derecho. Se realizó toracotomía derecha más excéresis de tumor, decorticación y segmentectomía de segmento apical de lóbulo superior, encontrando tumor necrosado ocupando 70% del espacio pleural, dependiendo de masa en ápex derecho e invadiendo lóbulo superior y segmentos apicales, pulmón colapsado en totalidad con pleura engrosada. Biopsia: tumor de células pequeñas redondas y azules. Ventilación mecánica 30 días, traslado a sala de hematooncología; egresó después de 53 días de hospitalización. **Conclusiones/ Recomendaciones.** Considerar ante imagen radiológica radiopaca, proceso ocupativo tumoral. Ante imagen persistente completar estudio con TAC de tórax.

14T Rombencefalitis Tallitis. Giovanni Humberto Marie Aguilar. Postgrado de Pediatría, Facultad de Ciencias Médicas, UNAH, San Pedro Sula.

Antecedentes. La Rombencefalitis descrita desde 1951 caracterizada por oftalmoplegia, ataxia y bajo nivel de consciencia en principio asociada con el síndrome de Guillain-Barré que hasta los 90 se estableció como entidad clínica independiente, es rara en niños; de una patogenia no muy clara; Se ha postulado que los anticuerpos generados contra los microorganismos patógenos, durante la fase aguda pueden tener una reacción cruzada con los gangliósidos presentes en las estructuras nerviosas, con una clínica variable que se puede comportar como una encefalitis pura o como eventos aislados, el diagnóstico es clínico apoyado por algunos hallazgos de laboratorio sugestivos, y datos en las resonancias que son compatibles con lesión directa en el tallo, el manejo es sintomático va a depender de la severidad del cuadro y un pronóstico bueno, el 66% recidiva sin complicaciones a los 6 meses con solo un 1% de mortalidad. **Descripción del caso.** Paciente, femenino de 20 meses procedente de Choloma, con historia de convulsiones asociadas a fiebre de 2 minutos de duración con periodo poscrítico breve; antecedente de un resfriado días atrás notando la madre alteración en su conducta; al examen físico se evidencia parálisis facial izquierda con lagofthalmos y desviación de la comisura labial derecha, marcha atáxica; análisis contribuyente LCR con linfocitosis absoluta, se aborda y maneja como una encefalitis con barbitúricos, y Aciclovir, al cabo de 72 horas es egresada con discreta ataxia y parálisis facial; se evaluó en la consulta externa al mes del alta ya sin hallazgos clínicos patológicos, con un EEG normal y una tomografía sin datos de patología estructural evidente; se hace el diagnóstico de Rombencefalitis por el comportamiento clínico y hallazgos en su líquido cefalorraquídeo. **Conclusiones/ Recomendaciones.** Una patología rara en niños de pronóstico favorable. El conocimiento clínico hace posible su diagnóstico y diferenciación de otras entidades.

15T Mordedura de serpiente: dos casos clínicos atendidos en el Hospital Escuela, Tegucigalpa. René Alejandro Bulnes Vides,¹ Adolfo Rafael Flores Verderame,² Rina G. de Kaminsky.³ ¹Estudiante de VII Año y ²Estudiante de VI Año, Carrera de Medicina; ³Departamento de Pediatría; Facultad de Ciencias Médicas UNAH.

Antecedentes. Datos mundiales recientes permiten preguntar si la mordedura por serpientes será una de las mayores enfermedades desatendidas del siglo XXI. A pesar del subregistro de casos, anualmente causan 2.5 millones de envenenamientos y 125,000 muertes a nivel mundial. En Latinoamérica el número de casos se estima entre 80,329 y 129,084 de los cuales Brasil presenta 26,000 casos, Panamá 1,300, Costa Rica 500 y Honduras, 500. **Descripción de casos. Caso 1.** Adolescente femenina de 17 años, Aldea El Rosario, Talanga, mordida en pie derecho por serpiente cascabel. Se presentó en el Hospital Escuela con dos horas de evolución, demostrando herida puntiforme acompañada por edema moderado local. Refirió aparición súbita de disestesias y dolor local, extendiéndose al miembro inferior derecho, con envenenamiento Grado 1. Se administró suero antiofídico polivalente en infusión, egresando a las 16 horas intrahospitalarias. Se capturó la serpiente identificada como juvenil de *Crotalus durissus*. **Caso 2.** Paciente femenina de 10 años, La Unión, Catacamas, referida del Hospital de Juticalpa, con historia de mordedura de serpiente barba amarilla en pierna izquierda. Se presentó en el Hospital Escuela con 16 horas de evolución, demostrando aumento de tamaño del miembro inferior izquierdo, equimótico, presentando fasciotomía en cara anterolateral externa de pierna realizada sobre mordedura, abundante sangrado. Fue manejada con suero antiofídico

polivalente y curaciones diarias de herida, evolucionando satisfactoriamente. No se recuperó serpiente, pero descripciones de testigos concuerdan con características de *Bothrops asper*. **Conclusiones/ Recomendaciones.** La desinformación sobre medidas de prevención de accidentes ofídicos, así como el retraso en la atención médica conlleva a una mayor morbilidad por este problema sanitario. La escasez de publicaciones y de estudios locales no permite determinar magnitud del problema en el país; tampoco es tema abordado en el currículo médico, que dificulta garantizar atención informada y acceso a sueros antiofídicos en comunidades rurales.

16T Latrodectismo (*Latrodectus mactans*): caso clínico pediátrico atendido en el Hospital Escuela. Oscar Castejón Cruz,¹ Reinaldo Sánchez Barrera,¹ Carlos A. Godoy.² ¹Estudiante VI Año Carrera de Medicina, Facultad de Ciencias Médicas UNAH; ²Sala de Medicina Pediátrica, Departamento de Pediatría, Hospital Escuela; Tegucigalpa, Honduras.

Antecedentes. Latrodectismo es un término que denomina al síndrome producido por picadura de araña del género *Latrodectus*. El agente causal en América es *Latrodectus mactans*, conocida como Viuda Negra. La incidencia es de 400 casos por año y su mortalidad de 1%. Los informes locales de latrodectismo son escasos, siendo este el primer caso reportado en pediatría. **Descripción del caso.** Paciente masculino de 9 años, se presentó a la Emergencia de Pediatría con historia de 6 horas de evolución de picadura de araña “viuda negra” en cara dorsal de mano derecha, presentando ardor, dolor, y enrojecimiento. Posteriormente inició mialgias y artralgia en miembros inferiores, diaforesis, temblor fino y debilidad a la de ambulación con disminución notable de la fuerza. Al examen físico se determinó frecuencia cardíaca 89 por minuto, presión arterial 136/94 mm Hg, presión arterial media 108 mm Hg; Glasgow 13/15, signos de agitación psicomotriz, diaforesis, edema bpalpebral leve, distensión y dolor abdominal, perímetro de 57 cm de perímetro abdominal y priapismo. TAC cráneo-cerebral se encontró dentro de límites normales; saturación O₂ 97%, pH 7.45, pCO₂ 27, pO₂ 105, HCO₃ 19.1, Na 131 mmol/L. Se manejó como caso grave con medidas sistémicas y atropina. Egresó en condiciones satisfactoria después de 11 días intrahospitalarios. **Conclusiones/ Recomendaciones.** Los casos reportados evidencian la existencia de este arácnido en Honduras. Se identifican problemas en el diagnóstico y tratamiento de este caso, siendo necesario actualizar esta información ya que los pacientes pediátricos, también expuestos, si no son tratados a tiempo pueden evolucionar fatalmente.

17T Conocimientos, Actitudes, Prácticas y Condiciones institucionales, y Calidad del cuidado dependiente de enfermería al lactante quirúrgico, en el Hospital Mario C. Rivas, San Pedro Sula. Vilma Paz Sagastume,¹ Margarita Gonzales Ramos,¹ Myrna Vásquez de Cruz.² ¹Hospital Mario Catarino Rivas, San Pedro Sula; ²Postgrado en Enfermería, Escuela de Enfermería, Facultad de Ciencias Médicas UNAH, Tegucigalpa.

Antecedentes. La calidad de la atención en los servicios de salud es responsabilidad de los diferentes grupos que laboran en un hospital. Sin embargo, el papel de la enfermera es de particular importancia, ya que es quien brinda la atención directa y está en contacto por más tiempo con el paciente. **Objetivos.** Analizar conocimientos, actitudes, prácticas y condiciones institucionales relacionadas con la calidad del cuidado dependiente de

enfermería al lactante quirúrgico en las salas de neonatos. **Metodología.** Estudio descriptivo transversal, realizado en 53 enfermeras (39 auxiliares de enfermería y 14 profesionales en enfermería) que laboran en las Salas de Neonatología y Cirugía Pediátrica. Se aplicó cuestionario y guía de observación. **Resultados.** El conocimiento de las enfermeras profesionales se calificó como bueno (36%), regular (57%) y deficiente (7%); en las auxiliares de enfermería se calificó como bueno (18%), regular (69%) y deficiente (13%). La actitud hacia el trabajo fue positiva en ambas categorías de estudio. La práctica en la atención pre-operatoria para enfermeras profesionales fue buena (7%) y mala (21%), para el post-operatorio fue buena (29%) y mala (43%); en las auxiliares de enfermería, la atención pre-operatoria buena (5%) y mala (18%), la intra-operatoria fue buena en el 100% (instrumentistas), la post-operatoria fue buena (41%) y mala (26%). En relación a las condiciones institucionales, el 94% opinó que a veces cuentan con el material y 71.7% que no se cuenta con el personal de enfermería necesario para la atención del paciente. **Conclusiones/ Recomendaciones.** La calidad del cuidado dependiente brindado fue regular, por lo recomendamos realizar cambios en los servicios encaminados a mejorar la calidad de la atención: incremento del personal de enfermería, ejecución de programas de educación permanente, dotación oportuna del material y equipo necesario y evaluación continua de los servicios con indicadores de calidad.

18T Factores asociados a la incidencia de infección en heridas quirúrgicas según teoría de Nightingale en dos hospitales de Honduras. Reina Isabel Rivera Mejía,¹ Dilma Martel,² Cándida Rodríguez.³ ¹Postgrado en Enfermería, Escuela de Enfermería, Facultad de Ciencias Médicas UNAH, Tegucigalpa; ²Hospital Aníbal Murillo Escobar, Olanchito, Yoro; ³Instituto Nacional Cardiopulmonar, Tegucigalpa.

Antecedentes. Las infecciones intrahospitalarias se presentan por diversas causas, incluyendo factores del paciente y del personal al cuidado del paciente. **Objetivo.** Identificar factores asociados a la incidencia de las infecciones nosocomiales quirúrgicas, según teoría del ambiente en el Instituto Nacional Cardiopulmonar (INCP), Tegucigalpa, y Hospital Anibal Murillo Escobar (HAME), Olanchito. **Metodología.** Estudio descriptivo transversal realizado en área de Cirugía, Sala de Operaciones. Universo 280 cirugías selectivas y emergencias, muestra 88 INCP y 10 HAME. Se aplicaron dos instrumentos, uno para revisión de expedientes y otro guía observación. **Resultados.** Estancia intrahospitalaria: 1-5 días; 45.4% INCP y 37.5% HAME, los pacientes no tenían enfermedades asociadas antes de la cirugía; 14.5% INCP y 17.5% HAME, era obeso; 23.3% INCP y 15% HAME, era diabético; 16.6% INCP y 30% HAME, era hipertenso. Signos de infección en pacientes postquirúrgicos fueron: 56% y 58% fiebre, 4% y 15% secreciones, en INCP y en HAME, respectivamente. El personal no realizó lavado adecuado de manos entre atenciones de pacientes, 73% INCP y 86% HAME. En INCP, 75% realizó limpieza mensual de camas, 45.4% limpieza diaria y/o mensual de mesa quirúrgica, 51.5% limpieza semanal de pinza auxiliar. En HAME, 54% realizó limpieza semanal de camas, 77.2% limpieza mensual de mesa quirúrgica, 72.7% limpieza semanal de pinza auxiliar. En ambos hospitales, utilizaron cloro para limpieza de camas (68.1%), para mesas quirúrgicas (54.5%) y para pinzas auxiliares (40.9%). **Conclusiones/ Recomendaciones.** Los registros de enfermería no reportan la gravedad del estado del paciente que nos indiquen una incidencia de infecciones nosocomiales. El mayor porcentaje de cirugías fueron selectivas y en el sexo femenino. El personal de salud no realiza lavado de manos simple adecuadamente. Se recomienda capacitar continuamente en

técnicas básicas de enfermería y guías de buenas prácticas clínicas de enfermería en el manejo del paciente durante el pre, tras y post-operatorio.

19T Evaluación del grado de satisfacción de padres/tutores/participantes que asistieron a una institución privada de atención e investigación, Tegucigalpa, 2011. Mirna Vásquez de Cruz,^{1,2} Nancy Patricia Salgado Flores,² Jessica de Jesús Banegas Flores,² Xenia Sagrario Flores Hernández.² ¹Postgrado en Enfermería, Escuela de Enfermería, Facultad de Ciencias Médicas UNAH; ²Organización para el Desarrollo y la Investigación y la Salud (ODISH); Tegucigalpa.

Antecedentes. La Organización para el Desarrollo y la Investigación y la Salud (ODISH), es una entidad sin fines de lucro orientada principalmente al desarrollo de proyectos de investigación en salud. ODISH tiene la misión de planificar, efectuar, dirigir y apoyar proyectos de investigación, cuyos resultados ofrezcan una contribución al mejoramiento de la salud y el desarrollo social de nuestra comunidad. El participante es el centro del cuidado de los servicios brindados; por lo tanto, el grado de satisfacción es el indicador fundamental de la calidad asistencial. Para la organización es un reto consolidar lo que funciona bien, mejorar lo que no funciona adecuadamente, mediante la adaptación, asimilación, aproximación o la congruencia de la prestación de servicios en salud con los requerimientos que la sociedad demanda. **Objetivo.** Analizar la satisfacción de participantes/padres/tutores en relación a la atención brindada en los distintos procesos en ODISH. **Metodología.** Estudio descriptivo transversal. Se aplicaron dos cuestionarios para evaluar satisfacción del usuario, en una muestra de 385 padres/tutores/participantes. **Resultados.** El 73% (281) de los encuestados manifestaron un grado de satisfacción: 24% (94) total satisfacción y 3% (10) poca satisfacción. El 96.6% (155) de los padres/madres/tutores y el 98.6% (222) de los participantes indicaron estar satisfechos con la atención recibida. Los participantes en su mayoría asistieron a ODISH acompañados de su madre, quienes son amas de casa. **Conclusiones/ Recomendaciones.** Todas las áreas recibieron calificación de excelente, lo que pone de manifiesto que los padres ven con agrado el desempeño del personal que labora en ODISH. Es necesario evaluar continuamente el desempeño para lograr mediante estrategias específicas que el grado de satisfacción alcance la óptima calificación.

20T Evaluación de los hábitos alimenticios, y el estado nutricional de los niños(as) que reciben merienda escolar mediante la medición de la composición corporal con bioimpedancia y antropometría, Francisco Morazán, Honduras, Junio 2012. Tito Humberto Barahona Espinal, Saydi Roxana Pineda Molina, Julio José Villeda Medina. Estudiantes V Año Carrera de Medicina, FCM UNAH; Sociedad Universitaria de Neurociencias (SUN) de la UNAH; Tegucigalpa.

Antecedentes. Según la OMS en países subdesarrollados están viviendo 35 millones de niños con sobrepeso y 115 millones con desnutrición. En Honduras según el PMA hay 24.7% de niños desnutridos. El estado nutricional determina la salud, por eso analizar la composición corporal es un indicador significativo, ya que la clave para determinar un cuerpo sano, no es el peso total, sino si el peso graso y el magro están en una proporción correcta. **Objetivos.** 1. Evaluar la calidad de la dieta alimenticia y el estado nutricional mediante la medición de la composición corporal con bioimpedancia y antropometría. 2. Establecer la adecuación existente entre dichos métodos. **Material y Métodos.** Estudio

descriptivo transversal. Muestra de 86 niños(as) entre 6 y 12 años de 7 escuelas de Tegucigalpa, Comayagüela y Villa de San Francisco, Francisco Morazán. La calidad de la dieta fue evaluada con el cuestionario Kidmed. A partir de talla y peso se obtuvo el IMC, y de pliegues subcutáneos el porcentaje de grasa con las ecuaciones de Brook, Durnin y Rahaman, y Lohman, evaluada con los criterios de Deurenberg. El análisis de bioimpedancia se efectuó mediante un analizador tetrapolar Bodystat modelo 4000. **Resultados.** El 12.8% (11) demostró dieta de mala calidad, 69.8% (60) mejorable y 17.4% (15) óptima. De acuerdo al IMC presentó sobrepeso 9.3% (8), riesgo de sobrepeso 6.9% (6) y bajo peso 10.5% (9). Respecto al porcentaje de grasa por Lohman, 9.3% (8) tenía alta adiposidad, 10.5% (9) moderadamente alta y 43% (37) baja adiposidad. Con bioimpedancia, 27.9% (24) tenía alta adiposidad, 19.8% (17) moderadamente alta y 7% (6) baja adiposidad. **Conclusiones/ Recomendaciones.** La mayoría de escolares demostró dieta mejorable y óptima. Es de consideración la cantidad de escolares con alta, moderada y baja adiposidad. El porcentaje de grasa obtenido por bioimpedancia es superior respecto al valorado antropométricamente. Es imperativo desarrollar guías nutricionales y ecuaciones predictoras de composición corporal para niños hondureños.

21T Deficiencia de hierro y su relación con la función cognitiva en escolares. Ivette C. Rivera,¹ María Félix Rivera,² Rebeca Rivera.³ ¹Centro Odontopediátrico y Detección de Otras Patologías (CODOPA), Región Sanitaria Metropolitana, Secretaría de Salud; ^{1,2}Departamento Fisiología, Facultad de Ciencias Médicas UNAH; ³Departamento de Microbiología UNAH.

Antecedentes. En Honduras no se cuenta con estudios de deficiencia de hierro y cognición. **Objetivo.** Determinar la relación entre la deficiencia de hierro y la capacidad cognitiva en escolares de primer grado de escuelas públicas de Tegucigalpa MDC. **Metodología.** Estudio analítico de casos y controles. Se seleccionaron los niños de un estudio de prevalencia de anemia por deficiencia de hierro en escuelas públicas de Tegucigalpa en niños de primer grado en el año 2010 y se distribuyeron en dos grupos pareados de acuerdo a edad, sexo y el nivel socioeconómico con niveles de folatos y cobalamina normales. Los grupos fueron conformados previo consentimiento informado y firmado, Grupo 1: niños con niveles de hemoglobina >11.4 gr/dL, con ferritina <15 µg/L, “niños casos”; Grupo 2: niños con niveles de hemoglobina >11.4 gr/dl y ferritina normal, “niños controles. Para la determinación de la deficiencia de hierro en los niños, se utilizó ferritina. Se evaluó la capacidad cognitiva por medio del coeficiente intelectual, atención, madurez, memoria y aprendizaje, utilizando RAVEN, TOMAL, BENDER, D2-Brickenkamp. Para su análisis se utilizó la prueba t de Student con un valor de significancia menor a 0.05. **Resultados.** La media de edad en los casos fue de 6.49 años y en los controles de 6.27 años ($p=0.26$). Se encontró que fue menor el puntaje en las pruebas que miden aprendizaje y memoria en los casos que en los controles ($p=0.02$); en los puntajes de las pruebas de atención no se encontraron diferencias significativas ($p=0.81$) entre grupos. **Conclusiones/ Recomendaciones.** En la mayoría de los estudios realizados en escolares con deficiencia de hierro se vislumbra un deterioro de la capacidad cognitiva especialmente en memoria aprendizaje al igual que en este estudio. Es importante implementar medidas necesarias y urgentes para la solución de este problema totalmente prevenible.

22T Prevalencia de anemia drepanocítica en la comunidad de San Juan, Departamento de Yoro, Febrero 2012. Wilfredo Viera Zelaya,¹ Gabriela Castillo Escobar,² Gustavo Mejía Riedel,² Pamela Bustillo Valeriano,² Elvin Fajardo Enamorado,² Dinora Chinchilla Cruz,² Génesis Rodríguez Romero,² María Valeriano Inestroza,² Karina Mejía Caballero,² Herman Zavala.³ ¹Estudiante VI Año, ²Estudiantes V Año Carrera de Medicina; ³Departamento de Salud Pública; Facultad de Ciencias Médicas UNAH, Tegucigalpa.

Antecedentes. En Honduras se ha encontrado incidencia de anemia drepanocítica (AD) entre grupos étnicos garífunas (6.5-14%) y mestizos (70%). En el año 2010, la Secretaría de Salud informó 324 casos de AD, de estos 29 en el departamento de Yoro. **Objetivo.** Establecer la prevalencia y aspectos clínicos y epidemiológicos de AD en la comunidad de San Juan. **Metodología.** Estudio descriptivo transversal, en muestra de 220 de un total de 488 habitantes. Muestreo según orden de llegada y recolección de datos a través de encuesta. Se tomó peso, talla y muestra de sangre para determinación de AD mediante un extendido fino. Se obtuvo consentimiento informado verbal directamente de la persona en el caso de los adultos, y verbal a través de los padres por parte de los niños. Los insumos de laboratorio, báscula y tallímetro, así como el personal técnico que realizó las pruebas de laboratorio, fueron facilitados por las autoridades del Hospital Manuel de Jesús Subirana, Yoro. **Resultados.** Se detectaron 23 casos para una tasa de prevalencia de AD de 10.5%. Predominó el sexo masculino (14.7%). El 38.5% (10) tenía conocimiento de su enfermedad y 0.5% fue diagnosticado en su primer año de vida. El 4.3% (1) correspondió al grupo 66-75 años. El 21% (10) con estado civil casado, teniendo 85.5% (188) acceso a los servicios primarios de salud. El 75% (6) tenía un familiar de primera línea con la enfermedad y 11% (13) tenía hijos. El 4% (1) presentó concomitantemente hipertensión arterial. El 16% (1) de las mujeres presentó complicaciones respiratorias durante el parto. **Conclusiones/ Recomendaciones.** Se determinó una prevalencia alta de AD en una comunidad rural de Honduras. En vista de haber identificado personas de edad >45 años, es necesario realizar estudios adicionales. Las autoridades de salud deben fomentar el conocimiento, el tratamiento y seguimiento a las personas; implementar programas de consejería prematrimonial por el carácter hereditario de la enfermedad y la probable transmisión de la misma.

23T Respuesta a la quimioterapia neoadyuvante en el cáncer de mama localmente avanzado. José Ángel Sánchez N.,¹ Alejandra M. Zúniga Cruz,² José R. Rubio B.,³ Karen E. Leiva Echeverría,² Socorro M., Palma G.,² Ana E. Betanco O.,³ Andrea P. Espinoza L.,³ Allan R. Howell R.,³ Erick A. Landa P.,³ Karen M. Fernández B.³ ¹Departamento de Oncología, Hospital General San Felipe (HGSF); ²Estudiantes de V Año y ³Estudiantes de VI Año, Carrera de Medicina, Facultad de Ciencias Médicas UNAH, Tegucigalpa.

Antecedentes. La quimioterapia neoadyuvante es utilizada en el tratamiento del cáncer de mama para reducir el volumen tumoral haciendo la cirugía posible. **Objetivo.** Determinar la respuesta clínica y anatomopatológica obtenida con la quimioterapia neoadyuvante utilizada en el HGSF. **Metodología.** Estudio descriptivo longitudinal de 34 pacientes escogidas al azar, diagnosticadas de cáncer de mama en estadios clínicos IIB- IIIC. Pacientes fueron manejadas con quimioterapia neoadyuvante con esquemas tradicionales: compuestos antracíclicos como base (FEC; 5-fluoracilo 600 mg/m², epirrubina 60-100 mg/m², ciclofosfamida 600 mg/m²), aplicado cada 3 semanas por 4-6 ciclos. Se midió por

clínica, mamografía y ultrasonido, el tamaño inicial del tumor y al final de 4 ciclos recibidos. Para evaluar la respuesta se utilizaron los criterios de RECIST en los pacientes que recibieron 4-6 ciclos. **Resultados.** Edad y peso promedio, 54 años y 68 kg. El tamaño tumoral inicial promedio fue 8 cm, con estadios clínicos IIB-IIIc; 26 (76.5%) pacientes recibieron de 4-6 ciclos de quimioterapia y 8(23.5%) no los completaron. Del 76.5% (26) que recibieron los ciclos completos, se obtuvo un tamaño tumoral final promedio de 4 cm con estadios clínicos post-tratamiento I-IV, 7.7%(2) con respuesta progresiva, 23.1%(6) con respuesta estable, 57.7% (15) con respuesta parcial, ninguno con respuesta completa y 11.5%(3) se desconoce la respuesta. A 18(69.2%) pacientes se les realizó cirugía. **Conclusiones/ Recomendaciones.** Las respuestas obtenidas con los esquemas utilizados no son las esperadas al compararla con experiencias internacionales. La tasa de respuesta es baja cuando se compara con estudios realizados en otras instituciones. No todos los pacientes fueron operados por lo que no se cumplió el objetivo principal de la quimioterapia neoadyuvante. Se recomienda estratificar a los pacientes por clínica, por sus receptores hormonales y el HER2 para administrarles quimioterapia neoadyuvante e investigar causas del porqué no fueron operados los pacientes que recibieron este tratamiento.

24T Impacto potencial de la variabilidad climática sobre la incidencia de dengue hemorrágico en Honduras, 2010. Lysien I. Zambrano,¹ Carol Sevilla,¹ Selvin Z. Reyes,¹ Manuel Sierra,² Rosa Kafati,³ Alfonso J. Rodríguez Morales.^{4,5} ¹Hospital Escuela, Facultad de Ciencias Medicas (FCM) UNAH; ²Unidad de Investigación Científica, FCM UNAH; Departamento de Epidemiología, Hospital Escuela, FCM UNAH; Tegucigalpa, Honduras; ⁴ Grupo de Investigación Infección e Inmunidad, Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad Tecnológica de Pereira, Pereira, Colombia.; ⁵Instituto José Witremundo Torrealba, Núcleo Universitario Rafael Rangel, Universidad de Los Andes, Trujillo, Venezuela.

Antecedentes. La variabilidad y el cambio climático afecta la salud y enfermedad en el ser humano, directa o indirectamente, a través de diferentes mecanismos. El dengue es una de las enfermedades fuertemente influenciada por la variabilidad del clima, sin embargo su estudio en América Central ha sido poco abordado. **Objetivo.** Determinar la incidencia promedio de los casos de dengue hemorrágico (DH) con relación a la variación macro y microclimática. **Metodología.** En este estudio se evaluaron las potenciales asociaciones entre la variación macro (medida por el índice ONI de la NOAA, EUA e imágenes satelitales del Tropical Rainfall Measuring Mission, NASA, EUA) y microclimática (lluvia, humedad relativa, temperatura, de 3 estaciones meteorológicas nacionales) y los casos de DH diagnosticados serológica y virológicamente, en el principal hospital de Honduras durante el año 2010. **Resultados.** En dicho año se reportaron 3.353 casos de DH en el Hospital Escuela, Tegucigalpa. Los períodos climáticos marcaron una diferencia de 158% en la incidencia promedio de los casos, de los meses de El Niño (-99% de los casos por debajo de la incidencia promedio) a los meses de La Niña (+59% de los casos por encima de ella) ($p < 0,01$). La regresión lineal mostró una incidencia significativamente mayor de dengue con valores más bajos del ONI ($p = 0,0097$), con mayor probabilidad de lluvia ($p = 0,0149$), con mayor lluvia acumulada ($p = 0,0443$) y mayor humedad relativa ($p = 0,0292$). En un modelo de regresión lineal múltiple con dichas variables, los valores de ONI demostraron ser el factor más importante y significativo asociado con la incidencia mensual de DH ($r^2 = 0,649$; $\beta_{\text{standardized}} = -0,836$, $p = 0,01$). **Conclusiones/ Recomendaciones.** Como se ha demostrado en este análisis, la variabilidad climática es un

importante elemento que influye en la epidemiología del dengue en Honduras. Sin embargo, es necesario ampliar estos estudios, en este y otros países de la región de América Central, debido a que estos modelos pueden ser aplicados para la vigilancia, así como para la predicción del dengue.

25T Definición de Prioridades de Investigación: experiencia en la Facultad de Ciencias Médicas UNAH y la red de servicios de salud de Honduras, 2008-2012. Jackeline Alger,^{1,3} Edna Maradiaga,^{1,3} Elizabeth Paguada,¹ Gustavo Moncada,¹ Sonia Flores,⁴ Odessa Henríquez.⁵ ¹Unidad de Investigación Científica (UIC), Facultad de Ciencias Médicas (FCM), UNAH; ²Servicio de Parasitología, Departamento de Laboratorios Clínicos, Hospital Escuela, MOH; ³Instituto de Enfermedades Infecciosas y Parasitología Antonio Vidal; ⁴Postgrado de Rehabilitación, FCM UNAH; ⁵Instituto Nacional Cardiopulmonar, MOH; Tegucigalpa.

Antecedentes. La investigación es una herramienta eficaz para impulsar salud y desarrollo. **Descripción de la Experiencia.** En noviembre 2008, con apoyo de COHRED y OPS, se constituyó la Comisión Interinstitucional de Investigación para la Salud (CIIS) con el propósito de generar el Sistema Nacional de Investigación para la Salud (SINIS) de Honduras. Seguidamente, la UIC FCM hizo un llamado para la definición de prioridades de investigación a departamentos y unidades académicas así como a unidades de salud de la red de servicios de salud. Se concertaron reuniones para explicar la importancia de la definición de prioridades, compartir la Política de Investigación de la FCM, describir la experiencia en otros países, ilustrar el uso de herramientas como Matriz de Estrategias Combinadas y Matriz de Criterios, identificar líneas y temas/subtemas de investigación mediante trabajo grupal, elaborar agenda de investigación e identificar prioridades mediante reducción y ponderación de la agenda. Al año 2012, se realizaron reuniones con 27 unidades, 15 (55.6%) de la FCM (pregrado y postgrado, carreras Medicina y Enfermería), 1 (3.7%) otras facultades UNAH, 8 (29.6%) Secretaría de Salud y 3 (11.1%) otras instituciones. El desarrollo incluyó hasta explicación de la importancia y herramientas para definición de prioridades (66.7%), elaboración de agenda de investigación (22.2%) y ponderación de la agenda (11.1%). En Diciembre-abril 2012, se identificaron las siguientes líneas de investigación de la FCM (2012-2017): Problemas de salud: 1) Morbi-mortalidad materno-infantil 2) Enfermedades crónicas no transmisibles y estilos de vida, 3) Enfermedades transmisibles y promoción de la salud, 4) Salud mental y violencia, 5) Ambiente, nutrición y salud; Políticas y sistema de salud: 6) Derecho a la salud y los servicios de Salud; Institucional: 7) Gestión académica. **Lecciones aprendidas.** La definición de prioridades de investigación institucionales debe fortalecerse con miras a ser la base de las políticas y prioridades del sector salud para el desarrollo del SINIS de Honduras.

26T Utilización del internet por los estudiantes de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional Autónoma de Honduras. José Ángel Sánchez,¹ Alejandra M. Zúniga,² Socorro M. Palma,² Karen E. Leiva,² José R. Rubio,³ Erick A. Landa,³ Ana E. Betanco,³ Andrea P. Espinoza,³ Allan R. Howell,³ Karen M. Fernández.³ ¹Departamento de Medicina Interna; ²Estudiantes V Año y ³Estudiantes VI Año, Carrera de Medicina; Facultad de Ciencias Médicas UNAH, Tegucigalpa.

Antecedentes. El crecimiento de internet como medio de comunicación ha revolucionado el intercambio de información en medicina. El acceso a literatura en formato electrónico es una de las características que vuelve al internet un elemento imprescindible en el aprendizaje y la práctica médica. **Objetivo.** Evaluar el conocimiento, habilidad y acceso a internet en los estudiantes de la Facultad de Ciencias Médicas-UNAH. **Metodología.** Estudio descriptivo transversal en 783 estudiantes de la FCM-UNAH, incluyendo alumnos del II al VII años de carrera. Se utilizó una encuesta para la recolección de información que constaba de 16 preguntas orientadas hacia el conocimiento, acceso y uso del internet. **Resultados.** El 96.3% (754) posee computadora propia, el 99.5% (779) utilizan internet en promedio 5-7 días a la semana dedicándole de 1-4 horas diarias de estos 95.1% (741) disponen de internet en casa, los recursos más utilizados para conectarse a internet fueron conexión fija en casa 90.5% (704) y teléfono celular 39.9% (311). En tareas de navegación en la *www*, el 35.6% (277) lo hace desde un buscador, el 35.4% (276) entra a la página conociendo la dirección web. El 28.6% (223) está suscrito y participa en foros/revistas médicas por correo electrónico. El 99.4% (774) visita páginas web de medicina, redes sociales y entretenimiento; el 34.3% (267) utilizan la hemeroteca virtual para acceso a internet encontrando dificultades de baja velocidad y virus en las máquinas. El 89.5% (697) considera útil el internet para su formación académica. **Conclusiones/ Recomendaciones.** Los estudiantes tienen acceso a internet desde sus casas, disponiendo de una conexión permanente para consultas inmediatas de información. Sin embargo, hay deficiencia en el uso de herramientas de salud en internet y conocimiento de páginas con evidencia científica en medicina. Recomendamos crear los mecanismos apropiados de educación en la FCM para que los estudiantes utilicen de manera más científica y profesional esta herramienta.

27T Participación Comunitaria en prevención prenatal de discapacidades. Etna Lagos Rivera, Tatiana Uclés Abrego. Fundación de Waal, Tegucigalpa.

Antecedentes La prevención de discapacidades prenatales ha sido considerada tema exclusivo de salud olvidando la responsabilidad de la comunidad para proporcionar a la mujer embarazada y su bebe el ambiente adecuado para su desarrollo. El embarazo es visto como asunto de la mujer, es un tema que está fuera de las mesas comunitarias, por lo que la prevención de riesgos en los bebes por nacer no es considerada en la toma de decisiones y en los planes de inversión. Esto provoca un incremento en el nacimiento de bebes con deficiencias por causas prevenibles. **Descripción de la experiencia.** La Fundación de Waal potencia la participación comunitaria en prevención, promoviendo la inclusión del tema en las estructuras organizadas lideradas por Municipalidades. Un ejemplo, la Comisión de Nutrición y Discapacidad del Municipio de Mercedes, Ocotepeque, por iniciativa propia con procesos de capacitación y sensibilización, en coordinación con diferentes instituciones, ha liderado la implementación de acciones que contribuyen a mejorar la calidad de vida de sus habitantes, llegando con el mensaje de prevención a las aldeas a través del fortalecimiento de las capacidades de profesionales de salud, educación y desarrollo comunitario, y con el apoyo de líderes voluntarios. Actualmente están estructurando bases sólidas para implementar un proyecto comunitario que permita fortalecer acciones de prevención con el fin de reducir el nacimiento de bebés con deficiencias; así como, la atención adecuada de las personas con discapacidad, identificadas y que se encuentran en sus hogares, y que no han sido incluidas en las actividades comunitarias. **Lecciones Aprendidas.** Garantizar la sostenibilidad de una intervención impulsada inicialmente de manera institucional se facilita cuando la

comunidad organizada es incluida desde el inicio y cuando la intervención es realizada en base a una investigación que considera la consulta popular como base para obtener y validar información.

28T Años de vida perdidos por discapacidad secundario a Diabetes Mellitus tipo 2 y sus complicaciones en el periodo 2005-2011 de la comisión técnica de invalidez en el IHSS. Ana Maradiaga, Amarilis Quijada, Cinthia Martínez, Nancy Martínez. Estudiantes VI Año Carrera de Medicina, Facultad de Ciencias Médicas UNAH, Tegucigalpa.

Antecedentes. Los años de vida ajustado por discapacidad (AVAD) expresa años de vida perdidos por muerte prematura y años vividos con una discapacidad de severidad y duración especificadas. La Diabetes Mellitus (DM) es una enfermedad crónica que se asocia a largo plazo con daño y disfunción de diferentes órganos. En Honduras no se han identificado las prioridades de atención de salud. **Objetivo.** Establecer el AVAD de DM y sus complicaciones en pacientes que asistieron al IHSS en el periodo de 2005-2011. **Metodología.** Estudio descriptivo transversal. Revisión de expedientes clínicos de pacientes con diagnóstico de DM y complicaciones evaluados por la Comisión Técnica de Invalidez del IHSS. Se analizó la siguiente información: edad, fecha de diagnóstico, sexo, años vividos con la enfermedad, complicaciones: retinopatía y neuropatía diabética, pie diabético, alteraciones cardíacas y renales a consecuencia de DM. Los AVAD se estimaron utilizando la fórmula estadística específica para este tipo de estudios dicha fórmula fue analizada por el programa MATHWAY modificado por personal capacitado en informática. **Resultados.** Se identificaron 241 casos. Total AVAD fue 5490.13 años. Los hombres perdieron 2857.98 años y las mujeres 2632.15 años. Según las complicaciones, los casos con neuropatía perdieron 1002.47 años y con complicaciones cardiovasculares 918.02 años. Los casos de 40-45 años de edad perdieron 1056.78 años. **Conclusiones/ Recomendaciones.** La pérdida de años de vida por discapacidad es mayor en el hombre que en la mujer. La neuropatía diabética es la complicación que presenta más años de vida perdidos. La mayor pérdida de años de vida se presenta en el rango de edad 40-45. Esperamos que los resultados de esta investigación sean utilizados para la realización de políticas en el sector salud.

29T Violencia armada en Honduras, Año 2011. Arabeska Sánchez. Instituto de Democracia, Paz y Seguridad (IUDPAS), Universidad Nacional Autónoma de Honduras, Tegucigalpa.

Antecedentes. De acuerdo a UNODC (United Nations Office on Drugs and Crime), el número global de muertes por homicidio estimadas para el año 2010 fue 468,000, de las cuales el 31% ocurrió en el continente americano. Por otra parte, el 42% de los homicidios ocurridos a nivel mundial son cometidos con armas de fuego provocando la muerte de 196,560 personas. La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha intensificado esfuerzos haciendo énfasis en la vigilancia de la violencia a partir del año 2000. La iniciativa global de la OMS va orientada a prevenir la violencia a través de un modelo relacional con abordaje integral. **Objetivo.** Contribuir al conocimiento sobre el impacto de la violencia armada para influir en políticas públicas sobre el control de armas y reducción de la violencia armada en el país. **Metodología.** Estudio exploratorio que se basó en el seguimiento y observación de datos del Observatorio de la Violencia de Honduras sobre

homicidios provocados con armas de fuego en el año 2011, comparables en el tiempo y entre distintos países a través de tasas y análisis de indicadores como perfil de víctimas, perpetradores, tipologías y contextos. **Resultados.** El total de personas fallecidas por homicidio fue de 7,104, encontrando 6,009 homicidios por armas de fuego, observando 5,597 víctimas del sexo masculino y 412 del sexo femenino. El 75.8% de la población afectada era menor de 40 años, el 19.4% entre 40-59 años y el 3.4% era mayor de 60 años. Se obtuvo una tasa de 73.1 muertes por arma de fuego por cada 100,000 habitantes. **Conclusiones/ Recomendaciones.** Los factores de riesgo encontrados en el estudio fueron: la fuerte actividad del crimen organizado en el país, la disponibilidad de armas, edad entre 15-45 años, y el sexo masculino. Es necesario implementar una política pública de seguridad humana orientada a prevenir la violencia en general y a reducir la demanda y disponibilidad de las armas a través del fortalecimiento del control Estatal y Regional.

30T Violencia contra las mujeres y femicidios en Honduras: Abordajes de investigación. Jessica Sánchez. Observatorio de la Violencia, Instituto de Democracia, Paz y Seguridad (IUDPAS), Universidad Nacional Autónoma de Honduras, Tegucigalpa.

Antecedentes. La violencia contra las mujeres, fenómeno multi-causal constituye “una práctica cultural generalizada que violenta los derechos humanos y libertades fundamentales de las mujeres, atenta contra su integridad física, psicológica y sexual; es uno de los más grande obstáculos para el logro de la igualdad equidad de género y la justicia social”. El femicidio, entendido como “la expresión mortal y extrema de la violencia contra las mujeres” es una problemática en aumento. **Descripción de la Experiencia.** El Observatorio Nacional de la Violencia en Honduras-UNAH en los años 2009-2011 calculó 1,260 asesinatos de mujeres. Aumentaron en 33% del año 2010 (385) al 2011 (512). Los femicidios están asociados con la tortura, la violación y la utilización del cuerpo de las mujeres, en un contexto de ausencia de garantías constitucionales, acceso a la justicia e impunidad. Ocurren con mayor frecuencia en zonas urbanas donde confluyen, alta concentración de migración y demanda de mano de obra femenina. Los escenarios de los femicidios son: a) familia y relaciones de pareja, b) crimen organizado, comercio sexual y la trata de personas, c) violencia sexual, d) otros. La población más afectada mujeres entre 16 y 30 años (48.54% en el 2010 y 41% en el 2009), la principal arma de agresión son las armas de fuego (70.2% en el 2009 y 66% en el 2010) relacionado con el aumento de uso de armas de fuego en conjunción con la dinámica armamentística de la región. **Lecciones aprendidas.** Existe aumento de los femicidios en lugares públicos perpetrados por redes o grupos organizados, obligando a replantearse la prevención y atención de los femicidios desde distintos ámbitos.

31T La mujer y el acoso sexual en los espacios públicos, Febrero 2012. José Reniery Lazo Muñoz,¹ Jandy Janeth Flores Rodríguez,¹ Yessica Gabriela Bueso Buezo,¹ Olga Patricia Rodríguez Núñez,¹ Gabriela María Raudales Santos,¹ Karen Melissa Sánchez Barjún,¹ Herman Leonel Zavala.² ¹Estudiantes V año Carrera de Medicina, Facultad de Ciencias Médicas; ²Departamento de Salud Pública, FCM UNAH; Tegucigalpa.

Antecedentes. El acoso sexual en el ámbito público constituye una práctica común en nuestra sociedad que adopta formas variadas (desde frases ofensivas con contenido sexual

hasta contacto físico grave). En la actualidad es un componente invisible de las interacciones cotidianas que afecta la vida de muchas personas, del que se habla escasamente. Es un fenómeno recurrente del cual la mujer es particularmente vulnerable al transitar por espacios públicos. **Objetivo.** Establecer la prevalencia y características del acoso sexual que experimentan las estudiantes de la Facultad de Odontología en los espacios públicos que transitan. **Metodología.** Estudio descriptivo de corte transversal, el universo se conformo de 2,367 estudiantes. La muestra fueron 300 estudiantes, con valor $p=0.5$ y un índice de confianza de 95%, el muestreo fue no probabilístico por cuota. Se realizó la validación del instrumento. La información se obtuvo a través de entrevista con previa solicitud del consentimiento informado verbal y asegurando la confidencialidad de la información. **Resultados.** El 53% de las acosadas pertenecen al rango de 20-24 años; 100% de las estudiantes sufrió de acoso sexual, pero sólo el 68% se percató de ello; el 34.3% ocurre en buses y 20% ocurre en calles; 55% sufrieron exhibicionismo. El 84% del acoso se presenta en nivel IV que implica agresión verbal grave con contacto físico. El 85.3% recibió piropos desagradables por ejemplo “¡mami que rica estás!”. El 68% del acoso proviene de hombres y el 25.3% de mujeres y hombres simultáneamente. El 16.7% reaccionó con indignación, inseguridad e impotencia y 50.3% presentó sentimientos de desagrado, inferioridad, enojo e irritación. **Conclusiones/ Recomendaciones.** El acoso sexual en espacios públicos es un fenómeno que se presenta en la mayoría de estudiantes femeninas que circula por dichos espacios, teniendo repercusiones emocionales en la vida de las mujeres que lo sufren.

32T Prevalencia y consecuencias del alcoholismo y otras drogas en la población de tres municipios del Departamento de Intibucá, Honduras 2011. Héctor Escalante. Postgrado en Salud Pública, Facultad de Ciencias Médicas UNAH, Tegucigalpa; Comité para la Prevención del Alcoholismo y Drogadicción de Intibucá, Plan Internacional, La Esperanza, Intibucá.

Antecedentes. Esta investigación se realizó en los municipios de Intibucá, La Esperanza y Jesús de Otoro, departamento de Intibucá. Iniciativa del Comité para la Prevención del Alcoholismo y Drogadicción de Intibucá (COPADI) y Plan Internacional, cuyo objetivo fue determinar la magnitud del problema de alcoholismo en cuatro categorías: i) Análisis de situación de la población, ii) Consecuencias en el estado emocional de los hijos de padres y madres consumidores de alcohol y otras drogas, iii) Causas de atención en los servicios de salud, iv) Delitos cometidos en estado de ebriedad. **Descripción de la Experiencia.** Estudio observacional descriptivo. La población fue estratificada por edad, género, lugar de procedencia y etnia. Se estudiaron datos sociodemográficos, medidas de prevalencia de vida, año y mes del consumo de alcohol y otras drogas, así como medición de efectos, riesgos y niveles de dependencia. Se evidencia una alta prevalencia de vida del consumo de alcohol, en cada hogar entrevistado existen al menos dos personas que han consumido alcohol alguna vez en su vida. Las consecuencias emocionales en la niñez, de 11 a 15 años revelan que más del 80% refirió signos de depresión, vergüenza, confusión personal e incapacidad de mantener buena relación interpersonal, asociada a violencia intra y extra familiar. La revisión de registros de atenciones de enero y febrero 2011 del Hospital Regional de Intibucá indica que se atendieron 11 casos (7.3%) de alcoholismo agudo o crónico. Registros de la Policía Nacional Preventiva reportan que el 79% de los delitos cometidos fueron causados por personas bajo los efectos de ingesta alcohólica. **Lecciones Aprendidas.** La niñez y adolescencia se encuentran en situación de riesgo de convertirse en alcohólicos en algún momento de su vida. La sinergia entre instituciones

públicas, privadas y de desarrollo organizadas para contribuir en el marco de políticas públicas existentes.

33T La experiencia de Cruz Roja Hondureña en prevención de violencia en contextos urbanos a través del Proyecto Ampliando Oportunidades (PAO). Marina Martínez. Cruz Roja Hondureña, Tegucigalpa, Honduras.

Antecedentes. Cruz Roja Hondureña, el año 2003 inicio la ejecución del Proyecto Ampliando Oportunidades (PAO), con el propósito de contribuir a disminuir los factores de exclusión y riesgo social de jóvenes y familias que viven en condiciones de alta vulnerabilidad social en cinco comunidades urbanas de Comayagüela (Colonias San Francisco, Altos de San Francisco, Vista Hermosa, Fátima y San Buenaventura). PAO pretende facilitar el acceso a oportunidades para el desarrollo humano integral, con la intención de disminuir los factores de riesgo social, así como generar o fortalecer los factores protectores a nivel de familia, escuela y comunidad. **Descripción de la Experiencia.** PAO se concibe con un enfoque integral articulado en cinco áreas principales de intervención: 1) Salud integral comunitaria que incluye salud física, mental y social, 2) Educación básica alternativa para niños y jóvenes en riesgo social que se encuentran excluidos del sistema formal de educación, 3) Formación ocupacional para desarrollar capacidades de empleabilidad y emprendimiento, 4) Orientación familiar y recreación procurando consolidar la estructura de familia como el entorno protector inmediato, y 5) Fortalecimiento de capacidades organizativas para la gestión y el desarrollo comunitario. Entre los principales resultados se identifican: ampliado el acceso a servicios de salud y educación, desarrolladas capacidades para el acceso al empleo, disminuidos los enfrentamientos entre maras y pandillas en las comunidades, fortalecida la capacidad de gestión en la población, mejoradas las condiciones ambientales en centros educativos y comunidad. **Lecciones aprendidas.** No hablamos de violencia, hablamos de “Cultura de Paz y Valores Humanitarios”, desde el principio orientar las acciones hacia el desarrollo humano y la autodeterminación evitando en paternalismo, es esencial la adopción de un enfoque y diversidad metodológico multidimensional y holístico, considerando que los cambios conductuales en la población requieren acciones a largo plazo.

34T Programas de prevención en drogas y su vinculación con la Política Nacional de Juventud en Talanga, San Antonio de Oriente y Distrito Central del departamento de Francisco Morazán, Honduras, Agosto 2011. Eladia Carolina Álvarez Fúnez,¹ Héctor Escalante.² ¹Licenciada en Enfermería, CESAMO Las Torres, Región Sanitaria Metropolitana M.D.C; ²Postgrado en Salud Pública, Facultad de Ciencias Médicas, UNAH.

Antecedentes. El consumo de drogas constituye un fenómeno emergente, afecta la calidad de vida de los/as Jóvenes y deteriora la economía del Estado. La promulgación de una nueva Ley y la creación del Instituto Nacional de la Juventud abren brecha para el trabajo de incidencia política, impulsando iniciativas de políticas públicas en pro de la juventud, como titular de derecho en la legislación hondureña. **Descripción de la Experiencia.** Se analizaron desde el enfoque de derecho a la salud y la equidad 15 programas sobre prevención del consumo de drogas lícitas e ilícitas en los/las jóvenes de 12 a 30 años; su vinculación con la Política Nacional de Juventud. Se realizó análisis cualitativo/cuantitativo, basado en estudio documental, desde el inicio del Consejo

Nacional de Juventud, la ley marco para el desarrollo integral, hasta la elaboración y promulgación de la Política. El Sistema Nacional de Juventud responsable de la gestión e intervenciones estratégicas para la equidad social de los jóvenes en la prevención del consumo de drogas no ha consolidado una estrategia que permita la disminución en el uso y abuso de drogas. La suscripción de Acuerdos e implementación de programas se vinculan con los lineamientos estratégicos de la Política Nacional de Juventud, no obstante, no han alcanzado resultados esperados en el disfrute pleno de los derechos de la juventud. Respecto a la ubicación de los Programas están en su mayoría en el área rural enfocando sus acciones en procesos integrales de atención psicológica, espiritual, educativa y emprendedurismo. Asimismo desempeñan funciones de protección social. **Lecciones aprendidas.** Las políticas existentes relacionadas con la prevención y el uso de drogas y fármacos requieren una exhaustiva revisión. Los órganos estatales que tienen funciones ligadas a la seguridad ciudadana, educación, rehabilitación y reinserción social deben de unir esfuerzos para la atención gratuita como respuesta preventiva.

35T Epidemiología de la candidemia en Latinoamérica: estudio prospectivo basado en laboratorio. Marcio Nucci,¹ Tito Alvarado,² Nora Tiraboschi,³ María Elena Santolaya,⁴ Jeannete Zurita,⁵ Jorge Cortéz,⁶ José Cifuentes-Osornio,⁷ Manuel Guzmán-Blanco,⁸ Flavio Queiroz-Telles,⁹ Luis Thompson,¹⁰ Arnaldo Colombo.¹¹
¹Universidad Federal Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, Brasil; ²Hospital Escuela, Tegucigalpa, Honduras; ³Hospital Clínica San José de San Martín, Buenos Aires, Argentina; ⁴Hospital Luis Calvo Mackenna, Santiago, Chile; ⁵Hospital Vozandes, Quito, Ecuador; ⁶Universidad Nacional de Colombia, Bogotá, Colombia; ⁷Universidad Nacional Autónoma de México, México, México; ⁸Centro Médico de Caracas, Caracas, Venezuela; ⁹Universidad Federal de Paraná, Curitiba, Brasil; ¹⁰Universidad del Desarrollo, Santiago, Chile; ¹¹Universidad Federal Sao Paulo, Sao Paulo, Brasil.

Antecedentes. La epidemiología de candidemia varía entre regiones del mundo. Muy poco se conoce de su epidemiología en Latinoamérica. **Objetivos.** Describir la epidemiología de la candidemia; identificar especies y sensibilidad a drogas. **Metodología.** Entre nov./2008-oct./2010, se desarrolló estudio prospectivo epidemiológico basado en laboratorio (niños y adultos), en 8 países (Brasil, Honduras, Venezuela, Argentina, México, Ecuador, Chile y Colombia) y 23 hospitales Latinoamericanos. Candidemia fue definida como aislamiento de *Candida* spp. en sangre. Información epidemiológica/clínica fue obtenida de cada episodio de candidemia. Las especies fueron identificadas en cada país, confirmadas en el Laboratorio Regional de Referencia (Universidad de Sao Paulo, Brasil). **Resultados.** Se encontraron 798 episodios de candidemia, 455 en hombres (57%) y 343 en mujeres (43%): Brasil=193, Honduras=138, Colombia=129, México=85, Venezuela=47, Argentina=113, Ecuador=53, Chile=40. Incidencia 1.28 casos/1000 admisiones hospitalarias, edad promedio: 33.5 años (rango 0-92); 108 (13.5%) fueron neonatos, 210 (26.3%) <18años, 480 (60.5%) adultos; mayoría hospitalizados en UCI (40%). Cáncer (26%) fue la comorbilidad más frecuente y cirugía abdominal (44%) el mayor factor de riesgo. Promedio de APACHE II score: 22 (rango 2-45). La especie más frecuente fue *C. albicans* (41%), seguida de *C. parasilopsis* (26%), *C. tropicalis* (19%), *C. glabrata* (4.5%) y *C. krusei* (3.5%). MIC50 y MIC90 fueron respectivamente, 0.5 y 1.0 µg/ml para anfotericina B, 0.5 y 8.0 µg/ml para fluconazole, 0.03 y 0.125 µg/ml para voriconazole, 0.03 y 0.25 µg/ml para anidulafungina. Resistencia a fluconazole: *C. glabrata* (11.9%), *C. guilliermondii* (4.5%), y *C. krusei* (73%). *C. glabrata* fue resistente a voriconazole (7.1%). MIC>2µg/ml

se observaron en 4% de *C. parasilopsis* a anidulafungina y 14% a caspofungina. La mortalidad a 30 días fue 59%. **Conclusiones/ Recomendaciones.** Se confirma alta prevalencia de *C. albicans* y *C. parasilopsis* en Latinoamérica. Esta última con distribución similar en todas las edades. La incidencia varió entre países y la resistencia de las candidas al fluconazol fue relativamente baja, con excepción de *C. krusei*.

36T Epidemiología de la candidemia en niños de Latinoamérica. María Elena Santolaya,¹ Tito Alvarado,² Nora Tiraboschi,³ Jeannete Zurita,⁴ Jorge Cortéz,⁵ José Cifuentes-Osornio,⁶ Manuel Guzmán-Blanco,⁷ Flavio Queiroz-Telles,⁸ Luis Thompson,⁹ Arnaldo Colombo,¹⁰ Marcio Nucci.¹¹ ¹Hospital Luis Calvo Mackenna, Santiago, Chile; ²Hospital Escuela, Tegucigalpa, Honduras; ³Hospital Clínica San José de San Martín, Buenos Aires, Argentina; ⁴Hospital Vozandes, Quito, Ecuador; ⁵Universidad Nacional de Colombia, Bogotá, Colombia; ⁶Universidad Nacional Autónoma de México, México, México; ⁷Centro Médico de Caracas, Caracas, Venezuela; ⁸Universidad Federal de Paraná, Curitiba, Brasil; ⁹Universidad del Desarrollo, Santiago, Chile; ¹⁰Universidad Federal Sao Paulo, Sao Paulo, Brasil, ¹¹Universidad Federal Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, Brasil.

Antecedentes. La epidemiología de la candidemia varía entre diferentes regiones del Mundo. Muy poco se conoce de su epidemiología, distribución de especies y susceptibilidad a drogas antifúngicas en Latinoamérica. **Objetivos.** Describir la epidemiología de la candidemia; identificar especies y sensibilidad a drogas. **Metodología.** Entre nov./2008-oct./2010, se desarrolló estudio prospectivo epidemiológico basado en laboratorio (niños y adultos), en 8 países (Brasil, Honduras, Venezuela, Argentina, México, Ecuador, Chile y Colombia) y 23 hospitales Latinoamericanos. Candidemia fue definida como aislamiento de *Candida* spp. en sangre. Información epidemiológica/clínica fue obtenida de cada episodio de candidemia. Las especies fueron identificadas en cada país, confirmadas en el Laboratorio Regional de Referencia (Universidad de Sao Paulo, Brasil). Este resumen analiza los episodios <18años. **Resultados.** Se encontraron 318 casos de candidemia en <18años, con una incidencia de 0.98/1000 admisiones hospitalarias; 108 neonatos (<28 días) (34%), promedio edad 16 días (rango 1-28). Niños mayores 210 (66%), promedio 2 años (rango 2-18). Las principales especies aisladas en neonatos y en niños, respectivamente: *C. albicans* (44%/ 35%), *C. parasilopsis* (27%/ 27%), *C. tropicalis* (15%/ 14%), *C. guilliermondi* (4%/ 14%). La terapia antifúngica más utilizada fue anfotericina B (44%/ 23%) y fluconazol(28%/ 52%); 17 neonatos (19%) y 20 niños (9%) no recibieron tratamiento antifúngico. La mortalidad a 30 días fue: 41% (neonatos) y 30% (niños mayores); $p=0.049$. La mortalidad en neonatos fue significativamente más alta en los no tratados que en los tratados (72% vs. 32%; $p=0.002$); en <18años no fue significativamente más alta en los no tratados que en los tratados (42% vs. 25%; $p=0.17$); 14/17 neonatos (82%) y 8/20 <18años quienes no recibieron tratamiento, murieron al tercer día después del diagnóstico. **Conclusiones/ Recomendaciones.** Se encontró alta incidencia de candidemia en niños, con una proporción significativa de casos que no recibieron tratamiento y una alta tasa de mortalidad en neonatos. La información epidemiológica sugiere un diagnóstico temprano y buscar estrategias para disminuir el impacto de la candidemia en niños en Latinoamérica.

- 37T Infección por *Isospora belli* en pacientes del Hospital Escuela, 2002-2011, Honduras.** Alejandro José Medina Fonseca,¹ Jandy Janeth Flores Rodríguez,¹ José Reniery Lazo Muñoz,¹ Nicolle Andrea Ruiz Rodríguez,¹ Rina G. Kaminsky.²
¹Estudiantes V Año Carrera de Medicina, Facultad de Ciencias Médicas UNAH;
²Departamento de Pediatría, Facultad de Ciencias Médicas UNAH; Servicio de Parasitología, Departamento de Laboratorios Clínicos, Hospital Escuela, Tegucigalpa.

Antecedentes. *Isospora belli* es un parásito apicomplexa intestinal, frecuente en el paciente inmunosupreso, marcador de SIDA en Honduras y otros países. **Objetivo.** Revisar registros para actualizar datos e identificar características clínicas de isosporiasis en Honduras durante 2002-2011, comparando con publicaciones latinoamericanas. **Metodología.** Se revisó el libro de registro del Servicio de Parasitología, Departamento de Laboratorios Clínicos, para identificar resultados positivos por *I. belli*. Se comparó los resultados con estadísticas regionales. No fue posible revisar expedientes clínicos. **Resultados.** Se identificó 108 casos de isosporiasis en el período de 10 años. Los años más prevalentes fueron 2002 con 0.47% (21 casos) y 2008 con 0.65% (18 casos) de 4,392 y 2,738 muestras examinadas, respectivamente; la frecuencia fue mayor en los meses de abril (15%), septiembre (12%) y enero (11%) de todos los años. La infección por *I. belli* fue frecuente en personas mayores de 21 años (75%), 17% en menores de 20 años, en 8% la edad no fue registrada; la proporción fue similar en ambos sexos. El 68% de las muestras de heces fue de consistencia líquida o diarreica. El parásito asociado más frecuente fue *Strongyloides stercoralis* (6%). Cifras de prevalencia de isosporiasis en pacientes con infección VIH/SIDA fluctuaron entre 0.2% a 3% en Estados Unidos, 7.1% en México; 10.1% en Chile, 10.6% en Perú y 13.3% en Brasil; 18.0% y 35.5% en Honduras, 3.4% en Guatemala y 15% en Haití. **Conclusiones/ Recomendaciones.** Chile y Brasil en el pasado informaron *I. belli* con frecuencia en brotes o entre institucionalizados; en Venezuela era raro en pacientes viviendo con SIDA. La falta de estudios prospectivos locales de isosporiasis no permitió caracterizar otras causas predisponentes de infección por *I. belli*, además de marcadores de inmunocompromiso por cualquier otra razón. El grupo investigará prospectivamente esta y otras preguntas epidemiológicas y clínicas relevantes.

- 38T Actualización de datos epidemiológicos y clínicos de ciclosporiasis, 2002-2012, Hospital Escuela, Honduras.** Gabriela Raudales Santos,¹ German Fajardo Dubon,¹ Gloria Castro Guillen,¹ Javier Lagos Servellón,¹ Samuel Urrutia,¹ Rina Girard de Kaminsky.² ¹Estudiantes V Año Carrera de Medicina, Facultad de Ciencias Médicas UNAH; ²Departamento de Pediatría, Facultad de Ciencias Médicas UNAH; Servicio de Parasitología, Departamento de Laboratorios Clínicos, Hospital Escuela, Tegucigalpa.

Antecedentes. La presencia de ooquistes de *Cyclospora cayetanensis* en exámenes de heces en el Servicio de Parasitología del Hospital Escuela entre mayo y agosto de cada año es un hecho conocido; la última actualización fue realizada en el año 2001. **Objetivo.** Actualizar datos epidemiológicos y clínicos de pacientes con ciclosporiasis que consultaron el Hospital Escuela entre los años 2002 a junio 2012. **Metodología.** Se recopilaron y analizaron en forma manual las entradas del libro de registro del Servicio de Parasitología 2002-2012; se revisó al azar 20 expedientes clínicos. **Resultados.** De enero 2002 a diciembre 2011 se registro 125 casos; entre abril y junio 2012 hubo 25 adicionales, para un total de 150 casos, con un promedio de 12.6 casos por año, excepto en 2012. El

52% era del sexo masculino. El 8% de los casos se encontró en menores de 23 meses; 32.6% entre 2 a 4 años; 18.6% entre 5 a 10 años; 24.6% entre 11 a 35 años; 12% en mayores de 36 años y 4% sin dato. El 44.6% de los pacientes presentó heces diarreicas o líquidas. Los meses de mayor prevalencia fueron de mayo a agosto de cada año (84.6%). De 20 expedientes revisados, 4 fueron prospectivos; en los 16 restantes solamente en uno se menciona *C. cayetanensis* con indicación de tratamiento adecuado. Diarrea asociada a dolor abdominal con o sin vómito fue el síntoma principal en el 50%. **Conclusiones/ Recomendaciones.** El diagnóstico en heces de *C. cayetanensis* mantuvo la estacionalidad marcada entre mayo y agosto de cada año. Resalta el incremento de casos en 2012. Estudios prospectivos a nivel comunitario podrían proveer información epidemiológica novedosa. Falta de personal imposibilitó la revisión de otros expedientes; de los revisados, en el 93.7% se ignoró el diagnóstico de ciclosporiasis, resultando en manejo terapéutico inadecuado.

39T Diagnóstico parasitológico de laboratorios clínicos públicos y privados de Tegucigalpa, Honduras: capacidad de respuesta? Jorge García,¹ Wendy López,¹ Jackeline Alger,¹ María Luisa Matute,² Rina G. de Kaminsky.^{1,3} ¹Servicio de Parasitología, Departamento de Laboratorios Clínicos, Hospital Escuela; ²Laboratorio Nacional de Vigilancia de la Salud; ³Departamento de Pediatría, Facultad de Ciencias Médicas, Tegucigalpa, Honduras.

Antecedentes. El reconocimiento oportuno y adecuado de las parasitosis prevalentes en Honduras exige la aplicación de metodologías estandarizadas y resultados confiables para un manejo óptimo del paciente. **Objetivo.** Describir los métodos de diagnóstico parasitológico utilizados en laboratorios del sector salud de Tegucigalpa. **Metodología.** Estudio descriptivo transversal; información colectada 2009-2012. Se utilizó encuesta sobre diagnóstico de malaria y parasitismo intestinal. Los laboratorios fueron escogidos por conveniencia (distancia, horario). **Resultados.** De 35 laboratorios estudiados, 57.1% (20) pertenecía al sector público; 70.1% (47) del personal encargado del diagnóstico parasitológico era Técnico. El 35.2% (6) realiza el diagnóstico de malaria en base a extendido fino y 22.8% (8) usa pruebas rápidas. Para diagnóstico de parásitos intestinales, 88.5% (31) utiliza objetivo de inmersión para identificar protozoos, 97.1% (34) incluye cuenta de huevos de geohelminths, 11.4% (4) coloración ácido resistente modificada; 8.5% (3) Sheather, 5.7% (2) coloración de tinta china, método de Baermann y Kato-Katz. Las razones para no realizar estos métodos incluyeron poca demanda médica (42.8%), falta de personal capacitado (57.1%), falta de insumos/reactivos (54.2%) y preferencia por otros métodos (11.4%). Solo 11.4% (4) de laboratorios tenía criterios para identificar apicomplexa intestinales; 34.2% (12) no tenía criterios para diferenciar entre especies de *Plasmodium* y 28.5% (10) diferencia entre especies basado solo en morfología de gametocitos. El 100% (35) expresó interés en recibir capacitación. **Conclusiones/ Recomendaciones.** El 85.7% (30) de laboratorios estudiados no ejecuta apropiadamente el diagnóstico parasitológico. Esto es impedimento para el desarrollo científico-tecnológico y para medir la magnitud real del problema en Honduras. 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. *Estudio patrocinado por Instituto de Enfermedades Infecciosas y Parasitología Antonio Vidal, Asociación Hondureña de Parasitología.*

40T Factores relacionados con la mortalidad en la niñez en poblaciones intervenidas por el Proyecto REDES en los municipios de Copán y Santa Bárbara durante el periodo Agosto 2011–Julio 2012. Reina Andara, Jorge Flores Nazar. Proyecto Redes para la Salud Comunitaria; Cruz Roja Hondureña, Tegucigalpa.

Antecedentes. El Proyecto REDES de la Cruz Roja Hondureña (2006-2012), tiene como principal objetivo de contribuir en la reducción de la mortalidad materna y en la niñez. Se ejecutaron intervenciones dirigidas a mejorar la salud materna e infantil en 229 comunidades distribuidas en 12 municipios de los departamentos de Copán y Santa Bárbara. **Descripción de la Experiencia.** Se practicaron censos de población en los periodos 2009-2010 y 2010-2011, encontrando una marcada reducción en la mortalidad en la niñez en el último periodo, de 96 a 36 casos en total. Se decidió en el censo 2011-2012 realizar una investigación con mayor especificidad a las causas de las muertes. Se investigó la respuesta de los comités de salud capacitados por el Proyecto. Factores como el reconocimiento de los signos de peligro en enfermedades prevalentes de la infancia, elaboración oportuna de referencias en las comunidades, apoyo al traslado del enfermo por medio de un plan de emergencia, administración de primera dosis de antibiótico o terapia de rehidratación oral, según el caso, fueron considerados para evaluar el desempeño del personal voluntario y comités de salud. **Lecciones aprendidas.** Casi la mitad de las muertes (17/36) corresponden al periodo neonatal, y en su mayoría (23/36) se producen en la comunidad. Ambos hallazgos son más pronunciados en el departamento de Copán, demostrando que el acceso a servicios básicos de cuidados obstétricos y atención del recién nacido, todavía son los mayores retos a ser abordados. Se requiere efectuar estudios de análisis de barreras para el cambio de conducta, para que las intervenciones sean más efectivas y se adapten a los patrones culturales y religiosos, especialmente si consideramos la presencia de comunidades étnicas en el municipio de Copán Ruinas con mayores tendencias relativas de mortalidad. Existe un importante grado de sub-registro en las US respectivas.

41T Implementación de Unidades de Salud Comunitaria (UCOS) en Petoa y San Luís, departamento de Santa Bárbara, 2009–2011. Silvia Lagos,¹ Lourdes Rapalo,² Mercedes Martínez Hernández,¹ Elaine Hernandez.³ ¹Postgrado de Maestría en Salud Pública/FCM/UNAH; ²Proyecto REDES, Santa Bárbara; ³Cruz Roja Canadiense; Tegucigalpa.

Antecedentes. La Unidad Comunitaria de Salud (UCOS) es un espacio a nivel comunitario atendido por voluntarios de salud capacitados, quienes desarrollan actividades de promoción y educación de la salud con madres y padres de niños menores de 5 años que acuden con el propósito de prevenir enfermedades frecuentes en la niñez. Este grupo de voluntarios implementan el Programa de Atención Integral para la Niñez en la Comunidad (AIN-C) y de Atención Integral para la Mujer (AIM) de la Secretaría de Salud. En 2009 se creó la UCOS del Municipio de Petoa y en 2011 en San José del Jardín, municipio de San Luis, Santa Bárbara. Proyecto REDES de Cruz Roja Canadiense y Cruz Roja Hondureña apoyan la iniciativa comunitaria. **Descripción de la experiencia.** Las UCOS realizan actividades de prevención y promoción de campañas de vacunación, operativos de limpieza, abatización, detección de neumonías, diarreas, embarazadas, puérperas, sintomáticos respiratorios, referencias de casos, realiza baciloscopía y gota gruesa para detección de malaria, educación sanitaria y capacitación en el manejo de medicamentos

básicos y medicina natural. La Secretaria de Salud capacita, dota medicamentos esenciales, materiales y equipos, las ONG financian las capacitaciones, acompañan el seguimiento, entregan medicamentos, materiales y equipos. La comunidad selecciona voluntarios y organiza Comités de Apoyo para las Unidades, el gobierno local proporciona el terreno y construye el espacio físico. **Lecciones aprendidas.** El fundamento de las UCOS es la participación y organización activa de la comunidad, la coordinación intersectorial, la capacitación permanente según necesidades identificadas por el personal voluntario de la comunidad, además de la generación de fondos comunitarios y el acceso oportuno en la atención de emergencias de salud local.

42T Investigación cualitativa sobre las prácticas comunitarias en lactancia materna exclusiva en los departamentos de Santa Bárbara y Copán. Tesla Duarte. Cruz Roja Hondureña, Tegucigalpa.

Antecedentes. Según la OMS-UNICEF, la lactancia materna exclusiva durante los primeros 6 meses de vida es la mejor forma de alimentar a los niños/as para asegurar su crecimiento y desarrollo sano, se considera un objetivo de la salud pública mundial, en especial en el mundo en vías de desarrollo. **Objetivo.** Identificar los orígenes por los cuales las madres de niños/as menores de 6 meses no brindan Lactancia Materna Exclusiva (LME) con el propósito de fortalecer las futuras intervenciones. **Metodología.** Se realizó una evaluación rápida y participativa en comunidades intervenidas por el Proyecto Redes, utilizando grupos focales, entrevistas a profundidad y análisis de fuentes secundarias con guías de preguntas estructuradas, indagándose en madres y padres de niños/as menores de 6 meses los siguientes factores: razones por las cuales las madres no lactan, la participación del hombre en la implementación de LME, el apoyo por parte del personal institucional y comunitario en beneficio de la LME. **Resultados.** Las madres no amamantan a sus bebés porque trabajan fuera del hogar, no les “*baja leche*” y les da vergüenza mostrar su pecho. **Conclusiones/ Recomendaciones.** Las madres desconocen el método de ordeño, por tanto debe promoverse para facilitar la alimentación del niño/a y reducir la baja prevalencia de LME en menores de 6 meses, enfatizando que la madre trabajaría más segura, conociendo que su niño/a está recibiendo una alimentación apta y más saludable. Se recomienda la formación de grupos de apoyo comunitario para las mujeres y sus compañeros desde el embarazo. Se sugiere evaluar en varios cortes hasta los 6 meses de vida del lactante y enseñar a las madres/padres sobre el ordeño y preservación de la leche materna.

43T Análisis de situación de salud según condiciones de vida en el Sector 6 de San José de Colinas, Santa Bárbara, junio 2011-junio 2012. Michelle Jananía, Edna Maradiaga. UNAH/FCM/Unidad de Investigación Científica; UNAH/Dirección de Vinculación Universidad-Sociedad; Municipalidad de San José de Colinas; Secretaría de Salud.

Antecedentes. El modelo actual de salud se aleja de los valores, principios y componentes de la atención primaria, ofreciendo a la población una atención de salud de escasa calidad. **Objetivo.** Analizar la situación de salud y las condiciones de vida de los pobladores del sector 6 del Municipio de San José de Colinas, Santa Bárbara, durante el periodo de Junio de 2011- Junio de 2012 con el propósito de priorizar los problemas de salud y dar un abordaje integral a la problemática. **Metodología.** Estudio descriptivo transversal, cuyo

universo y muestra fue la población total del Sector 6, con 2,140 habitantes y 473 familias. Se aplicaron dos técnicas de recolección de información: observación y encuesta tipo entrevista. Se utilizó un formulario con 17 preguntas abiertas y 53 cerradas de Análisis Situacional de Salud según Condiciones de Vida (ASIS-SCV) utilizado en el país desde el año 2000. La recolección de la información se realizó bajo un proceso de consentimiento informado. **Resultados.** La población es predominantemente masculina (53%), joven (el 34.2% es menor de 15 años y el 44.4% menor de 20), alfabeta (80%), la principal ocupación es ama de casa y agricultura. El 69.8% de la población vive en situación de pobreza, 31.3% en pobreza relativa y 38.5% en extrema. El 94.3% de las viviendas tienen agua de tubería y el 48.4% consumen el agua sin tratar. **Conclusiones/ Recomendaciones.** Existe predominio de los hábitos saludables sobre los perjudiciales. Las enfermedades sistémicas más comunes son las digestivas y respiratorias; y las enfermedades crónicas no transmisibles más comunes son las artropatías, hipertensión arterial y el asma. Se recomienda incrementar esfuerzos para mejorar la calidad y disponibilidad de los sistemas de información de salud. Desarrollar procesos de investigación desde la Universidad, enfocados a problemas específicos de salud.

44T Costos de implementación del Modelo Integrado de Atención Comunitaria de Salud. Alfonso Rosales,¹ David Shanklin,¹ Mauricio Ramírez,² Pedro Aguilar,² Luis Améndola,² Mario Francisco Flores.³ ¹ChildFund Internacional, ²ChildFund Honduras, ³Consultor Independiente; Tegucigalpa, Honduras.

Antecedentes. ChildFund Honduras está implementando un proyecto que involucra innovaciones a la salud materno-infantil y de niños en el contexto de la descentralización del sistema nacional de salud, financiado principalmente con fondos de USAID y ChildFund Internacional. Como parte de la implementación de actividades programáticas durante la primera mitad del proyecto, se realizó un estudio de costo. **Objetivo.** Determinar los costos asociados con la implementación de los servicios del nuevo modelo integrado de atención comunitaria de salud, ofertados desde un punto comunitario de distribución. **Materiales y Métodos.** Se usó de metodología un análisis comparativo de los costos asociados con la distribución de servicios de salud vía diferentes puntos de distribución de dichos servicios, asumiendo servicios básicos apropiados en la atención del parto normal, atención básica en infección respiratoria aguda y diarrea del menor de 5 años. **Resultados.** Se encontró que el costo promedio de implementación del Modelo Integrado Comunitario de Salud fue de L.106.854 o US\$5.653, con un costo total promedio por beneficiario de L.155 (US\$8.18) y por comunidad de L. 35,618 (US\$1,880). Un parto normal atendido en una clínica materno-infantil es 60% más barato que un parto normal atendido en un hospital gubernamental. El ahorro porcentual es similar tanto para el gobierno como para la familia. El costo asociado con la atención de salud brindada por una Unidad Comunitaria de Salud (UCOS) de un menor de 5 años fue de \$3.37 o L.63.78. Este tipo de servicio brindado a este nivel significó un ahorro para la familia de 400%, 600% y 2300% si este servicio se hubiese recibido por los niveles de puesto de salud, centro de salud, y hospital, respectivamente. **Conclusiones/ Recomendaciones.** Tomando en cuenta que los sistemas de salud están conformados por todas las organizaciones, personas y acciones cuyo objetivo principal es el mejoramiento de la salud, y asumiendo que el modelo UCOS proporciona servicios básicos de salud adecuados, este modelo pudiese ser una solución a la atención empobrecedora que actualmente brindan los servicios gubernamentales de salud en Honduras, así como una distribución de servicios gubernamentales más eficiente.

45T Evaluación de la implementación de las medidas básicas para el control de la tuberculosis en el año 2011, en el Centro Penal de El Progreso, departamento de Yoro. Virna Rivas,¹ Mauricio Gonzales,² Denis Padgett,² Eleonora Espinoza,² Jackeline Alger,² Cecilia Varela,³ Marvin Maldonado.⁴ ¹Médico en Servicio Social 2011–2012; ²UIC/FCM/UNAH; ³Postgrados Facultad de Ciencias Médicas UNAH; ⁴Programa Nacional de Tuberculosis (PNT).

Antecedentes. La tuberculosis (TB) es la enfermedad que mayor número de muertes ha ocasionado en toda la historia de la humanidad y continúa causando estragos. Constituyen poblaciones especiales por riesgo de infección, la de personas privadas de libertad recluidas en 24 centros penitenciarios, que existen en el país. La incidencia de TB en centros penales es 37 veces más frecuente que en la población general. **Objetivo.** Evaluar la implementación de las medidas básicas de control de la TB en el Centro Penal de El Progreso (CPP), Yoro, en el año 2011, con el propósito de identificar debilidades y dar recomendaciones para su fortalecimiento. **Metodología.** Estudio descriptivo transversal. La implementación se evaluó mediante la aplicación de 3 instrumentos dirigidos al personal que labora en el laboratorio, a la población con TB privada de libertad y a la población en general para una búsqueda activa de sintomáticos respiratorios (SR). **Resultados.** El CPP no cuenta con laboratorio. Las muestras de esputo fueron procesadas en la Unidad de Salud Carlos B. Gonzales. Se identificaron 8 casos TB pulmonar, el 75% (6) distribuidos en el grupo etario 15-34 años. Todos bajo tratamiento; no se presentaron casos de abandono o muerte. Los privados de libertad se encuentran en condiciones de hacinamiento. La tasa de SR encontrada fue de 2.6% en la población general y los síntomas que presentaron en mayor porcentaje fue tos (100%) seguido de pérdida de peso (10%). **Conclusiones/ Recomendaciones.** Se encontró que hay una implementación satisfactoria de las medidas de control de TB en el CPP, pero debe realizarse una mejor vigilancia en la detección oportuna de SR y mejorar el espacio físico de la prisión para evitar nuevos casos. Se debe realizar una búsqueda activa de SR en la comunidad para mejorar el componente diagnóstico del PNT.

46T Evaluación de la implementación de las medidas básicas para el control de la tuberculosis en el año 2011, en el Hospital Mario Catarino Rivas, San Pedro Sula, departamento de Cortes. Sarai Umanzor,¹ Manuel Sierra,² Denis Padgett,² Eleonora Espinoza,² Jackeline Alger,² Cecilia Varela,³ Marvin Maldonado.⁴ ¹Médico en Servicio Social 2011–2012; ²UIC/FCM/UNAH; ³Postgrados Facultad de Ciencias Médicas UNAH; ⁴Programa Nacional de Tuberculosis (PNT).

Antecedentes. Para el 2009 33% de la población mundial estaba infectada con tuberculosis (TB). En 1999 Honduras implementó el TAES (Tratamiento Acortado Estrictamente Supervisado) con poco éxito en disminuir la incidencia ya que para 2010 había 2901 casos notificados con aumento de co-infección con VIH. **Objetivo.** Evaluar la implementación de las medidas básicas del PNT en el Hospital Mario Catarino Rivas (HMCR) de San Pedro Sula (SPS), Cortes en el año 2011, con el propósito de identificar debilidades y dar recomendaciones para su fortalecimiento. **Metodología.** Estudio descriptivo transversal realizado en tres aspectos: evaluación del PNT en HMCR; personas diagnosticadas con TB en 2011; y búsqueda activa de sintomáticos respiratorios (SR) en >15 años. La evaluación del PNT y de casos se hizo en el HMCR y la búsqueda activa de SR en la Colonia Bográn de SPS. **Resultados.** En 2011 se diagnosticaron 94 casos: 54%(51) residían en SPS; 90%(84) fueron diagnósticos nuevos; mayor frecuencia en hombres 55%(52), 35-54 años

35%(41); 42%(39) presentaban >5 semanas con síntomas antes de diagnóstico. Solo a 55%(52) se le realizó baciloscopía. De los 94 casos, 33%(31) era VIH+, de ellos 30%(10) en edades 35-54 años y 65%(20) eran hombres. Se detectaron 337 convivientes. En la búsqueda activa de SR se detectaron 54 SR: 57%(31) hombres; mayor frecuencia 15-34 años; 39%(21) había buscado atención médica; 33%(18) se le había realizado baciloscopía. **Conclusiones/ Recomendaciones.** Existen debilidades y amenazas en PNT reflejándose en el elevado número de casos con TB en el HMCR, falla en la detección de SR, retraso en el resultado de las baciloscopias y pobre comunicación entre las Unidades de Salud (US) para el seguimiento. Se recomienda fortalecer las US para la detección, diagnóstico, tratamiento de casos de TB, manejo de convivientes, planificación, coordinación de programas y vigilancia de aplicación de las normas.

47T Evaluación de la implementación de las medidas básicas para el control de la tuberculosis en el año 2011, en el Hospital Gabriela Alvarado, Danlí, departamento de El Paraíso. Alejandra Soto,¹ Mauricio Gonzales,² Denis Padgett,² Eleonora Espinoza,² Jackeline Alger,² Cecilia Varela,³ Marvin Maldonado.⁴ ¹Médico en Servicio Social 2011–2012; ²UIC/FCM/UNAH; ³Postgrados Facultad de Ciencias Médicas UNAH; ⁴Programa Nacional de Tuberculosis (PNT).

Antecedentes. La Tuberculosis (TB) en Honduras continúa siendo un problema de salud pública. Según la OPS/OMS Honduras es un país de alta incidencia de TB (38%) en relación a Centroamérica. Desde 1999, en el país se implementó la estrategia TAES (Tratamiento Acortado Estrictamente Supervisado) logrando para el año 2001 una tasa de curación de 85%, de diagnóstico de baciloscopía 67%, de abandono 5% y de captación 71%. **Objetivo.** Evaluar la implementación de las medidas básicas de control de la TB en el Hospital Gabriela Alvarado en el año 2011 con el propósito de identificar debilidades y dar recomendaciones para su fortalecimiento. **Metodología.** Diseño descriptivo transversal. Se aplicaron 3 instrumentos, uno al personal de salud del Hospital, otro a pacientes con TB, y el último a los pacientes sintomáticos respiratorios (SR) detectados mediante búsqueda activa de registros de pacientes TB durante el año 2011. **Resultados.** Se obtuvieron 13 pacientes TB, 8 fueron diagnosticados con TB pulmonar, 3 con TB miliar, 1 con TB meníngea y 1 con TB ganglionar, con un 69.2% (9) de tratamiento completo y un 84.6% (11) de curación, 7.7% (1) de abandono, 23.1% (3) de defunciones, un 30.2% (10) de los convivientes recibieron tratamiento profiláctico. Se identificaron 60 SR, obteniendo una proporción de 5.7%, siendo la fiebre nocturna y la pérdida de peso los síntomas más comunes. **Conclusiones/ Recomendaciones.** La implementación de TAES es insatisfactoria ya que aun hay casos de abandono, así mismo hace falta una búsqueda más activa de los SR en el hospital, por lo que se recomienda iniciar una búsqueda activa de pacientes con abandono de tratamiento y resistencia a los medicamentos de primera línea para definir alternativas de tratamiento que no comprometan nuestro delicado sistema de salud con el creciente problema de la TB extremadamente resistente.

48T Evaluación de la implementación de las medidas básicas para el control de la tuberculosis en el año 2011, en el Centro de Salud de Ojo de Agua, departamento de El Paraíso. Guímel Peralta,¹ Mauricio Gonzales,² Denis Padgett,² Eleonora Espinoza,² Jackeline Alger,² Cecilia Varela,³ Marvin Maldonado.⁴ ¹Médico en Servicio Social 2011–2012; ²UIC/FCM/UNAH; ³Postgrados Facultad de Ciencias Médicas UNAH; ⁴Programa Nacional de Tuberculosis (PNT).

Antecedentes. La OPS considera a Honduras un país de moderada incidencia y prioritario para el control de la tuberculosis (TB) en la región. Aunque el país completó su cobertura con la estrategia TAES (Tratamiento Acortado Estrictamente Supervisado), los descensos en la incidencia no han sido los esperados, y los niveles de éxito de tratamiento figuran por debajo de 90% en los últimos años. **Objetivo.** Evaluar la implementación de las medidas básicas de control del PNT en la Unidad de Salud (US) Ojo de Agua, El Paraíso, en el año 2011, con el propósito de identificar debilidades y dar recomendaciones para su fortalecimiento. **Metodología.** Estudio descriptivo de corte transversal. Para la recolección de datos se utilizaron tres instrumentos tipo encuesta, el primero aplicado al personal de salud de la US, el segundo a cada paciente TB, y el tercero a los pacientes SR detectados mediante búsqueda activa. **Resultados.** La proporción de SR encontrada fue de 3.9% (58/1496). Se reportaron 5 nuevos casos de TB. La distribución etaria de la enfermedad demostró una incidencia predominante para el grupo de 65 años y más, que concentró todos los casos. La distribución hombre:mujer fue de 4:1. Se obtuvo 100% de eficacia del tratamiento; no se reportaron fracasos, abandonos, casos de co-infección TB/VIH, casos de TB-MDR. **Conclusiones/ Recomendaciones.** Esta comunidad presenta alta endemidad de TB, 1 caso por cada mil habitantes, con proporción de SR comparable a la encontrada en estudios a gran escala. Los resultados de la estrategia TAES son alentadores, constituyendo una herramienta eficaz para curación de pacientes TB y reducción del riesgo de transmisión de la enfermedad; sin embargo, su implementación expone debilidades en infraestructura, capacitación del personal y diagnóstico de pacientes; eslabones frágiles que deben fortalecerse.

49T Evaluación de la implementación de las medidas básicas para el control de la tuberculosis en el año 2011, en el Centro de Salud de Orocuina, departamento de Choluteca. Alejandra Pereira,¹ Mauricio Gonzales,² Denis Padgett,² Eleonora Espinoza,² Jackeline Alger,² Cecilia Varela,³ Marvin Maldonado.⁴ ¹Médico en Servicio Social 2011–2012; ²UIC/FCM/UNAH; ³Postgrados Facultad de Ciencias Médicas UNAH; ⁴Programa Nacional de Tuberculosis (PNT).

Antecedentes. La tuberculosis (TB) continúa siendo un problema de salud pública a nivel mundial. La OPS/OMS considera a Honduras como un país de alta incidencia de TB, reportando el 38% de todos los casos de Centroamérica. En 1999 se implementó la estrategia TAES (Tratamiento Acortado Estrictamente Supervisado) en todas las regiones de salud. **Objetivo.** Evaluar la implementación de las medidas básicas de control de la TB en Orocuina, Choluteca, en el 2011 con el propósito de identificar debilidades y dar recomendaciones para su fortalecimiento. **Metodología.** Estudio descriptivo transversal. Se investigó el funcionamiento de la Unidad de Salud (US) en relación a TAES, funcionamiento del Laboratorio y registro de pacientes; los pacientes diagnosticados con TB y sus contactos; y se realizó búsqueda activa del Sintomático Respiratorio (SR) en la comunidad. **Resultados.** Se encontró un total de 60 SR en las cuatro aldeas, proporción

8%. Se evaluó un paciente TB, captado en el Hospital Regional del Sur en septiembre 2011, a través de BAAR de jugo gástrico siendo referido al CESAMO donde completó tratamiento. El paciente recibió su tratamiento semanalmente hasta completar los 6 meses, realizándose las baciloscopias de control las cuales resultaron negativas, dándosele de alta en el mes de abril de este año. La tasa de curación de TB fue 100%, de diagnóstico de baciloscopía de 0%, de abandono de 0% y de captación de SR de 41%. **Conclusiones/ Recomendaciones.** Existe un adecuado manejo de los pacientes TB, investigándose coexistencia de otras patologías y descartándose resistencia al tratamiento. Hay elementos de TAES que necesitan ser revisados y fortalecidos. Existe poco interés de las autoridades en las actividades del programa de TB. Implementar la búsqueda activa de SR con el apoyo logístico de las autoridades municipales. Dar capacitaciones y supervisiones al personal encargado de programas de TB.

50T Evaluación de la implementación de las medidas básicas para el control de la tuberculosis en el año 2011, en el Centro de Salud de Nueva Armenia, departamento de Francisco Morazán. Estefany Lagos,¹ Mauricio Gonzales,² Denis Padgett,² Eleonora Espinoza,² Jackeline Alger,² Cecilia Varela,³ Marvin Maldonado.⁴ ¹Médico en Servicio Social 2011–2012; ²UIC/FCM/UNAH; ³Postgrados Facultad de Ciencias Médicas UNAH; ⁴Programa Nacional de Tuberculosis (PNT).

Antecedentes. La tuberculosis (TB) en Honduras continúa siendo un problema de salud pública. A pesar de la implementación de la estrategia TAES (Tratamiento Acortado Estrictamente Supervisado), los descensos en la incidencia no han sido lo esperado, por lo cual Honduras mantiene tasas altas de prevalencia. La estrategia TAES ha presentado dificultades concierne a la calidad de la misma debido a debilidades en cada uno de los cinco elementos que la conforman. **Objetivo.** Evaluar la implementación de las medidas básicas de control del PNT en la Unidad de Salud (US) de Nueva Armenia, Francisco Morazán en el año 2011 con el propósito de identificar debilidades y dar recomendaciones para su fortalecimiento. **Metodología.** Estudio descriptivo transversal, se utilizaron tres instrumentos de recolección de datos dirigido al responsable del programa de TB en la US en este caso a auxiliar de enfermería, pacientes TB diagnosticados en año 2011 y sintomático respiratorio (SR) captado en áreas de influencia de US. **Resultados.** La US no cuenta con laboratorio. La preparación de frotis y tinción es realizada por auxiliares de enfermería, sin capacitación en los últimos 5 años. En 2011 se reportó un caso de TB pleural en médico laborando en US, con estrecha relación con caso de TB pulmonar evaluado en 2011 pero diagnosticado en 2012. La captación de SR es muy baja en US. La tasa de prevalencia de SR fue de 2.7% (40/1560). De los SR captados, 8 asistieron a la US para realizarse baciloscopías reportándose un caso de TB. **Conclusiones/ Recomendaciones.** La TB continúa siendo una enfermedad con alto riesgo de contagio especialmente en entornos con recursos limitados y donde las medidas de control son inadecuadas. Se debe realizar capacitaciones continuas al personal de salud y dotar los suministros necesarios para el buen desempeño.

51T Evaluación de la implementación de las medidas básicas para el control de la tuberculosis en el año 2011, en cinco unidades prestadoras de salud de Comayagua, departamento de Comayagua. Christian Carbajal,¹ Silvia Maldonado,¹ Carlos Bulnes,¹ Heidi Portillo,¹ Roxana Aguilar,¹ Alicia Arzú,¹ Denis Padgett,² Eleonora Espinoza,² Jackeline Alger,² Cecilia Varela,³ Marvin Maldonado⁴. ¹Médico en Servicio Social 2011–2012; ²UIC/FCM/UNAH; ³Postgrados Facultad de Ciencias Médicas UNAH; ⁴Programa Nacional de Tuberculosis (PNT).

Antecedentes. Honduras con una incidencia estimada de tuberculosis (TB) superior a 50 por 100.000 habitantes y cobertura mayor del 90% con la estrategia DOTS/TAES (Tratamiento Acortado Estrictamente Supervisado), lo que nos ubica en el octavo lugar de Latinoamérica y segundo lugar en Centro América después de Guatemala. **Objetivo.** Evaluar la implementación de las medidas básicas de control del programa en áreas de influencia de cinco Unidades de Salud (US) de Comayagua, Comayagua, con el propósito de identificar debilidades y dar recomendaciones para su fortalecimiento. **Metodología.** Esta investigación es de tipo descriptivo transversal; Los datos se obtuvieron a través tres instrumentos con preguntas cerradas y abiertas, diseñados de acuerdo a los objetivos de la investigación. Se evaluaron cinco US de Comayagua en cuanto a aplicación del TAES, todo paciente con diagnóstico de tuberculosis y sintomático respiratorio (SR); los cuales fueron captados activamente a través de un formulario realizando entrevista a personas de estas áreas de influencia. **Resultados.** Se evaluó el PNT en las cinco US encontrando deficiencias en el procesamiento de esputo por parte de una de ellas. Se encontraron 19 pacientes diagnosticados y tratados por TB, de los cuales 13 pacientes fueron diagnosticados por primera vez, uno diagnosticado como recaída, cuatro pacientes referidos y uno muerto por dicha patología. Se determinó una proporción activa de SR de 4.33%, la cual es equiparable a la encontrada pasivamente en las US de Comayagua la cual fue 3.75%. **Conclusiones/ Recomendaciones.** La evaluación de las US de Comayagua es adecuada en el cumplimiento del PNT. Los resultados permiten recomendar el desarrollo de un plan estratégico para fomentar la asistencia de SR a las US.

52T Evaluación de la implementación de las medidas básicas para el control de la tuberculosis, en el año 2011, en la CMI de Colinas, departamento de Santa Bárbara. Mélida Vega¹, Jazmín Flores¹, Rosy Andino¹, Gustavo Moncada,² Denis Padgett,² Eleonora Espinoza,² Jackeline Alger,² Cecilia Varela,³ Marvin Maldonado.⁴ ¹Médico en Servicio Social 2011–2012; ²UIC/FCM/UNAH; ³Postgrados Facultad de Ciencias Médicas UNAH; ⁴Programa Nacional de Tuberculosis (PNT).

Antecedentes. La tuberculosis (TB) sigue siendo un problema de salud pública en los países en desarrollo, sobre todo en los últimos años, anualmente se reporta una alta tasa de morbilidad y mortalidad en el mundo, asociada a factores como malas condiciones socioeconómicas, sanitarias, dificultades en la promoción y prevención de la salud, fracaso del tratamiento no supervisado, coinfección con VIH y manejo inapropiado de los programas de control. **Objetivo.** Evaluar la implementación de las medidas básicas de control del PNT en el CMI del municipio de Colinas, Santa Bárbara, con el propósito de identificar debilidades y dar recomendaciones para su fortalecimiento. **Metodología.** Es una investigación descriptiva-transversal. Se utilizó 3 instrumentos para recolección de información: uno de carácter general para conocer el servicio del laboratorio, dotación de

insumos y la capacitación del personal de la CMI con relación al programa de TB. El segundo para detectar los casos de TB en el año 2011-2012. El tercero para la captación de sintomáticos respiratorios (SR) el cual fue aplicado previa lectura y consentimiento informado. **Resultados.** 180 SR representaron una proporción de 12.5%. Se detectaron 6 casos positivos de TB, 4 hombres y 2 mujeres. El porcentaje de captación por baciloscopía fue de solo 30%. Se evidencio, el déficit de conocimientos sobre la enfermedad en temas como diagnóstico, tratamiento y medidas de bioseguridad. **Conclusiones/ Recomendaciones.** En la CMI de Colinas el programa de control de TB no ha logrado una implementación óptima, debido a poca supervisión del personal encargado del programa, insuficiente captación de pacientes SR, falta de materiales en el laboratorio, escasa participación política y de la población en general. Se recomienda la búsqueda activa de casos de SR como una estrategia viable en la población de alto riesgo y la implementación de políticas gubernamentales que sigan las recomendaciones de la OMS.

53T Evaluación de la implementación de las medidas básicas para el control de la tuberculosis en el año 2011, en el Centro de Salud “Francisca Flores de Quiroz” de Choloma, departamento de Cortes. María García,¹ Mauricio Gonzales,² Denis Padgett,² Eleonora Espinoza,² Jackeline Alger,² Cecilia Varela,³ Marvin Maldonado.⁴ ¹Médico en Servicio Social 2011–2012; ²UIC/FCM/UNAH; ³Postgrados Facultad de Ciencias Médicas UNAH; ⁴Programa Nacional de Tuberculosis (PNT).

Antecedentes. La OPS considera a Honduras como un país de moderada incidencia y prioritario para el control de la tuberculosis (TB) en la región. Aunque el país completó su cobertura con la estrategia TAES, los descensos en la incidencia no han sido los esperados, y los niveles de éxito de tratamiento figuran por debajo de 90% en los últimos años. **Objetivo.** Evaluar la implementación de las medidas básicas de control del PNT en la Unidad de Salud (US) Francisca Flores de Quiroz, col. López Arellano, Choloma; Cortes en el año 2011, con el propósito de identificar debilidades y dar recomendaciones para su fortalecimiento. **Metodología.** Estudio descriptivo de corte transversal. Se evaluó la US, el manejo de los pacientes TB y se identificó una proporción de SR en la comunidad. Para la recolección de datos se utilizaron tres instrumentos tipo encuesta, el primero aplicado al personal de salud de la US, el segundo a cada caso TB detectado en años 2011-2012, y el tercero a los pacientes SR detectados mediante búsqueda activa. **Resultados.** Se reportaron 41 nuevos casos de TB. La distribución etaria de la enfermedad demostró una incidencia predominante para el grupo de 15 a 35 años; que concentró 17 casos. La proporción hombre: mujer fue 0.5:1. Se obtuvo 74.4% de eficacia del tratamiento; se reportaron; recaídas 6 y falla terapéutica 3, 6 casos de abandonos, 2 casos de defunciones; 1 caso de co-infección TB/VIH, ningún caso de TB-MDR. **Conclusiones/ Recomendaciones.** La implementación TAES en la US es no satisfactoria, ya que su eficacia, es regular; para la curación del paciente TB y reducción del riesgo de transmisión de la enfermedad; pero no por su implementación en la US, son las debilidades en infraestructura principalmente, captación de pacientes y capacitación e insuficiencia del personal; eslabones frágiles que deben fortalecerse.

54T Evaluación de la implementación de las medidas básicas para el control de la tuberculosis en el año 2011, en el Centro de Salud José Inés Rápalo de Villanueva, departamento de Cortés., Dennis López,¹ Mauricio Gonzales,² Denis Padgett,² Eleonora Espinoza,² Jackeline Alger,² Cecilia Varela,³ Marvin Maldonado.⁴ ¹Médico en Servicio Social 2011–2012; ²UIC/FCM/UNAH; ³Postgrados Facultad de Ciencias Médicas UNAH; ⁴Programa Nacional de Tuberculosis (PNT).

Antecedentes. Honduras está clasificada por la OMS como un tercer escenario, cuyo criterio es una tasa de incidencia de Tuberculosis (TB) mayor de 50 por 100,000 habitantes e implementación de TAES mayor de 90%. **Objetivo.** Evaluar la implementación de las medidas básicas de control del PNT en la Unidad de Salud (US) José Inés Rápalo del municipio de Villanueva, Cortés en el año 2011, con el propósito de identificar debilidades y dar recomendaciones para su fortalecimiento. **Metodología.** Estudio descriptivo transversal. Se evaluó la US, el manejo de los pacientes TB y se identificó una proporción de sintomáticos respiratorios (SR) en la comunidad. Para la recolección de datos se utilizaron tres instrumentos tipo encuesta, el primero aplicado al personal de salud de la US el segundo a cada paciente TB diagnosticados, y el tercero a los pacientes SR detectados mediante búsqueda activa. **Resultados.** Se reportaron 20 nuevos casos y 3 recaídas. La distribución etaria en hombres es entre 34-54 y mayores de 55 en mujeres. La proporción hombre: mujer fue de 2.3:1 (16 hombres y 7 mujeres) se obtuvo una eficacia excelente, el 100% de los pacientes en tratamiento ese año; hay un caso de muerte y uno de co-infección TB/VIH, no se reportaron fracasos ni abandono, ni TBMDR. La tasa de prevalencia de SR estimada fue de 4 por cada 100 habitantes en las comunidades estudiadas. Se hace un buen manejo de la muestra de esputo, cumpliendo con los estándares establecidos por el PNT. **Conclusiones/ Recomendaciones.** Esta comunidad presenta alta prevalencia de TB, aproximadamente 1.3 casos por cada 1000 habitantes. La implementación del TAES expresa ciertas debilidades en capacitación y conocimiento de la estrategia por el personal de salud, pobre infraestructura, poco compromiso político para la captación de SR y diagnóstico de pacientes; pilares fundamentales que necesitan perfeccionar.

55T Evaluación de la implementación de las medidas básicas para el control de la tuberculosis en el año 2011, en el Centro de Salud de Choloma, departamento de Cortés. Sandra Gale,¹ Elizabeth Paguada,² Denis Padgett,² Eleonora Espinoza,² Jackeline Alger,² Cecilia Varela,³ Marvin Maldonado.⁴ ¹Médico en Servicio Social 2011–2012; ²UIC/FCM/UNAH; ³Postgrados Facultad de Ciencias Médicas UNAH; ⁴Programa Nacional de Tuberculosis (PNT).

Antecedentes. La OPS/OMS considera a Honduras como un país de alta incidencia de tuberculosis (TB), reportando el 38% de todos los casos de Centroamérica. Las Regiones de Salud más afectadas son la Metropolitana de San Pedro Sula (Cortes), Región de Cortes, Región Metropolitana de Tegucigalpa, Yoro y Atlántida. A nivel local la tasa de prevalencia del Municipio de Choloma es de 58 por cada 100,000 habitantes **Objetivo.** Evaluar la implementación en el año 2011 de las medidas básicas de control del PNT en el área de influencia de la Unidad de Salud (US) de Choloma, con el propósito de identificar debilidades y dar recomendaciones para su fortalecimiento. **Metodología.** Estudio descriptivo transversal, para evaluar los servicios de salud, los pacientes diagnosticados con TB y búsqueda activa de sintomáticos respiratorios (SR). Previo consentimiento informado verbal, la recolección de datos se hizo aplicando instrumentos tipo encuesta:

Instrumento 1 se aplico al encargado del laboratorio y encargada del programa, Instrumento 2 a los casos TB, Instrumento 3 a SR. **Resultados.** El espacio físico del laboratorio es inadecuado, aunque hay insumos suficientes. Los medicamentos antifímicos están regularmente disponibles. Se identificaron 23 casos TB, de los cuales 60.9% (14) fue diagnosticado en otra unidad de salud, 34.8% (8) cada uno mediante BAAR y Rayos X. Todos fueron informados sobre su enfermedad, 68.1% (15) recibió profilaxis de efectos secundarios, 26.1% (6) de los contactos fueron evaluados. La prevalencia de SR fue 11.9% (60/504). **Conclusiones/ Recomendaciones.** Las medidas básicas para el control de la TB no fueron implementadas de manera adecuada en la US de Choloma. Se espera que los resultados de este trabajo sean utilizados por las autoridades de salud para fortalecer la aplicación de estrategias que conlleven a reducir la transmisión, la morbilidad y la mortalidad de la TB.

56T Evaluación de la implementación de las medidas básicas para el control de la tuberculosis en el año 2011, en el Centro de Salud de la Aldea Armenta, San Pedro Sula, departamento de Cortes. Vilma Sandoval,¹ Iván Espinoza,² Jackeline Alger,² Denis Padgett,² Eleonora Espinoza,² Cecilia Varela,³ Marvin Maldonado.⁴
¹Médico en Servicio Social 2011–2012; ²UIC/FCM/UNAH; ³Postgrados Facultad de Ciencias Médicas UNAH; ⁴Programa Nacional de Tuberculosis (PNT).

Antecedentes. La tuberculosis (TB) continúa siendo un problema de salud importante, registrándose en las últimas décadas un aumento progresivo en el número de casos reportados. A nivel mundial se reporta una incidencia de 128/100,000 habitantes, y una prevalencia de 178/100,000 habitantes. En Honduras, la incidencia es de 51/100,000 habitantes y la prevalencia es de 56/100,000 a pesar que desde 2003 se implementa la estrategia TAES (Tratamiento Acortado Estrictamente Supervisado) con un 100% de cobertura. **Objetivos.** Evaluar la implementación de las medidas básicas de control del PNT en la comunidad de Armenta, San Pedro Sula, Cortes, con el propósito de identificar debilidades y dar recomendaciones para su fortalecimiento. **Metodología.** Estudio descriptivo transversal. Se evaluó en la unidad de salud (US) mediante encuestas, el servicio de laboratorio, personal de Salud de la misma, los pacientes en tratamiento por TB y se realizó búsqueda activa de sintomáticos respiratorios (SR). **Resultados.** US de la comunidad de Armenta posee muchas limitantes de infraestructura, recursos y personal lo que impide la implementación de las normas de TB de manera adecuada. La prevalencia de pacientes con TB en Armenta fue estimada en 19.86/100,000 con una tasa de SR de 3.95% de un total de 1518 personas encuestadas de los que no hubo positivos por TB. **Conclusiones/ Recomendaciones.** Las medidas básicas de control de la TB son implementadas adecuadamente, aunque limitadas por la escasa infraestructura, recursos y personal de salud. La incidencia de TB es baja en comparación a la reportada para el departamento. Se recomienda reorganizar la US de Armenta debido a la cantidad de habitantes que tiene a su cargo, brindar mayor apoyo en la capacitación del personal en el PNT, optimizar las estrategias de captación de SR y mejorar su seguimiento en la comunidad.

57T Evaluación de la Implementación de las medidas básicas para el control de la tuberculosis en el año 2011, en el Centro de Salud de Mezapa Lean, departamento de Atlántida. Nereida Aceituno,¹ Eleonora Espinoza,² Denis Padgett,² Jackeline Alger,² Cecilia Varela,³ Marvin Maldonado.⁴ ¹Médico en Servicio Social 2011–2012, ²UIC/FCM/UNAH, ³Postgrados Facultad de Ciencias Médicas UNAH, ⁴Programa Nacional de Tuberculosis (PNT).

Antecedentes. En 2010, hubo 8,8 millones de casos nuevos de tuberculosis (TB) en el mundo, 1,1 millones de muertes por esta infección y otras 350 000 muertes por TB asociada con infección por el VIH. Honduras en ese año reportó 2960 casos de TB, afectando principalmente a las regiones de San Pedro Sula, Tegucigalpa y Atlántida. En el 2011 el municipio de Arizona, Atlántida, reportó un incremento de casos de TB del 27%, presentando coinfección con VIH el 18%, siendo estos pacientes atendidos en la US Mezapa Lean. **Objetivo.** Evaluar la implementación de las medidas básicas de control del PNT en la US Mezapa Lean, Atlántida, en el año 2011, con el propósito de identificar debilidades y dar recomendaciones para su fortalecimiento. **Metodología.** Estudio descriptivo transversal. Se aplicaron 3 instrumentos que permitieron conocer el funcionamiento de la US con relación al PNT, el manejo de pacientes con TB y sus contactos. Se realizó búsqueda activa de sintomáticos respiratorios (SR) en las áreas de influencia de la US. **Resultados.** Se capacitó al personal de la US en una ocasión hace 3 años, no se realizan supervisiones regulares, ni existen estrategias para la captación de SR. Se diagnosticaron 4 casos de pacientes TB, 2 fueron VIH positivos. Uno de los pacientes VIH/TB, mujer de 23 años, presentó multidrogorresistencia y como complicación escrofulodermia. La proporción de SR encontrada fue de 0.02% (60/2012); de estos 42 (70%) no habían visitado un médico por su sintomatología. **Conclusiones/Recomendaciones.** La implementación de la estrategia TAES muestra debilidades en aspectos fundamentales como la capacitación de personal y captación de SR, incluyendo la educación comunitaria sobre la necesidad de ser examinados por baciloscopía. Es necesario fortalecer la estrategia TAES a través de capacitaciones y supervisiones periódicas que regulen la correcta aplicación del mismo en la US.

58T Evaluación de la Implementación de las medidas básicas para el control de la tuberculosis en el año 2011, en el Centro de Salud de la aldea La Abisinia, Tocoa, departamento de Colón. Elvin Rodas,¹ Jackeline Alger,² Denis Padgett,² Eleonora Espinoza,² Cecilia Varela,³ Marvin Maldonado.⁴ ¹Médico en Servicio Social 2011–2012; ²UIC/FCM/UNAH; ³Postgrados Facultad de Ciencias Médicas UNAH; ⁴Programa Nacional de Tuberculosis (PNT).

Antecedentes. La tuberculosis (TB) es una de las enfermedades infectocontagiosas que más daño ha causado a la humanidad, estimándose que dos mil millones de personas se encuentran infectadas y 9 millones poseen enfermedad activa pudiendo transmitirla. El PNT reporta una tasa de 36/100,000 habitantes. El PNT implementó la estrategia TAES (Tratamiento Acortado Estrictamente Supervisado) en 1999. **Objetivo.** Evaluar la implementación de las medidas básicas de control del PNT en el año 2011 en el Centro de Salud de Aldea La Abisinia, municipio de Tocoa, Colón, con el propósito de identificar debilidades y dar recomendaciones para su fortalecimiento. **Metodología.** Estudio descriptivo transversal. Previo consentimiento informado verbal, se realizó una evaluación de la Unidad de Salud (US) y del personal que allí labora, una entrevista a cada una de las personas en tratamiento antituberculoso y búsqueda activa de sintomáticos respiratorios

(SR) en la comunidad. **Resultados.** La detección pasiva de SR en la US es menor al 0.5%. La US no cuenta con laboratorio, pero si toma muestras de esputo en condiciones óptimas y las envía al nivel superior en menos de una semana. El manejo del paciente diagnosticado con TB es conforme a las normas. Se identificaron 48 SR de un total de 650 individuos >15 años en 180 viviendas visitadas (7%). De estos, 79.1% (38) informó poseer fogón dentro de la casa y 33.3% (16) informó haber consultado médico por la tos. No hubo positivos por TB. **Conclusiones/ Recomendaciones.** Se determinó una tasa de 7% de SR en la comunidad, contrastando con una baja captación en la US. Aunque una vez captado el paciente TB se maneja adecuadamente, la población sospechosa no es estudiada. Se recomienda fortalecer la captación de SR mediante búsqueda activa pues solo un pequeño porcentaje acude a la US por esta causa.

59T Evaluación de la implementación de las medidas básicas para el control de la tuberculosis en el año 2011, en el Centro de Salud de San Esteban, departamento de Olancho. Diana Alvarado, ¹ Iván Espinoza,² Denis Padgett,² Eleonora Espinoza,² Jackeline Alger,² Cecilia Varela,³ Marvin Maldonado.⁴ ¹Médico en Servicio Social 2011–2012; ²UIC/FCM/UNAH; ³Postgrados Facultad de Ciencias Médicas UNAH; ⁴Programa Nacional de Tuberculosis (PNT).

Antecedentes. La tuberculosis (TB) es una enfermedad infecciosa de localización preferentemente pulmonar; actualmente un tercio de la población mundial está infectada. Debido a lo anterior en el año 2008 la TB fue declarada emergencia mundial y posteriormente la OMS diseñó una estrategia de control por medio del tratamiento acortado estrictamente supervisado (TAES). **Objetivo.** Evaluar la implementación de las medidas básicas de control de la TB en la Unidad de Salud (US) de San Esteban, Olancho en el 2011, con el propósito de identificar debilidades y dar recomendaciones para su fortalecimiento. **Metodología.** Se realizó un estudio descriptivo transversal, se aplicaron 3 instrumentos a través de los cuales se evaluó el servicio de laboratorio, se localizaron los pacientes diagnosticados con TB y sus contactos, y se realizó búsqueda activa de sintomáticos respiratorios (SR) en el área de influencia. **Resultados.** La implementación de la estrategia TAES se realiza según el PNT, sin embargo, las principales debilidades que presenta es el retardo en el inicio del tratamiento y la falta de búsqueda activa de SR. Se encontró una prevalencia de SR de 7.6%, de los cuales se detectó un caso de TB, que corresponde a una paciente femenina, de 17 años, quien se encuentra recibiendo tratamiento en la US de dicha comunidad. **Conclusión/Recomendación.** La administración del tratamiento se realiza según lo establecido por el PNT. Sin embargo, se recomienda que la estrategia TAES se fortalezca realizando búsqueda activa de SR y solicitando al nivel regional el abastecimiento adecuado de medicamentos para iniciar tratamiento inmediato.

60T Evaluación de la Implementación de las medidas básicas para el control de la tuberculosis en el año 2011, en el Centro de Salud de Santa Lucía, departamento de Intibucá. Victoria Pineda, ¹ Jackeline Alger,² Denis Padgett,² Eleonora Espinoza,² Cecilia Varela,³ Marvin Maldonado.⁴ ¹Médico en Servicio Social 2011–2012; ²UIC/FCM/UNAH; ³Postgrados Facultad de Ciencias Médicas UNAH; ⁴Programa Nacional de Tuberculosis (PNT).

Antecedentes. La tuberculosis (TB) es una de las enfermedades infectocontagiosas con mayor prevalencia en la humanidad que contribuye a la morbilidad y mortalidad a nivel mundial. La OPS/OMS considera a Honduras como un país de alta incidencia, reportando el 38% de todos los casos de Centroamérica. Anualmente en Honduras se notifican alrededor de 3,300 casos. **Objetivo.** Evaluar la implementación de TAES (Tratamiento Acortado Estrictamente Supervisado) en el año 2011, en la Unidad de Salud (US) de Santa Lucía, Intibucá, con el propósito de identificar debilidades y dar recomendaciones para su fortalecimiento. **Metdología.** Estudio descriptivo transversal. Se evaluó la US, se caracterizó al paciente con diagnóstico de TB y se realizó búsqueda activa y captación de Sintomáticos Respiratorios (SR) en la comunidad (tres instrumentos). **Resultados.** No se pregunta a todo consultante si es SR independientemente del motivo de consulta. La captación de SR se realiza por demanda espontánea. La US no cuenta con laboratorio. La toma y fijación de la muestra es realizada por la auxiliar de enfermería en condiciones adecuadas. No se cuenta con reserva de medicamento anti-TB. La encargada del Programa de TB en la US no ha recibido capacitación en los últimos 4 años. No se registraron pacientes nuevos con TB en el 2011. Se encuestó un total de 1,319 personas (391 viviendas) encontrando 54 SR, con una tasa de prevalencia de 4.1%. De estos, al 31.5% (17) se le había tomado muestra para baciloscopia en la US, 55.5% (30) había consultado un medico; el diagnóstico más frecuente que refirieron fue bronquitis (22%). **Conclusiones/ Recomendaciones.** La estrategia TAES se implementa con algunas deficiencias en la US de Santa Lucía. Es posible que la baja detección de casos nuevos sea la falta de implementación de una estrategia de captación de SR. Se recomienda al personal reforzar este componente.

61T Incorporación de la Población Masculina en los Eventos Reproductivos de su Pareja en Copán y Santa Bárbara. Marzo 2007 y marzo 2012. Ritma Loida Cloter, Elaine Hernández, Jorge Flores Nazar, Reina Andara, Promotores/as, Programa de Género de la Secretaría de Salud de Honduras.

Antecedentes. El Proyecto REDES para la Salud Comunitaria ejecutado por la Cruz Roja Hondureña (CRH) **inició** en octubre 2007 con una Estrategia de Igualdad de Género, con énfasis en la participación del hombre durante el embarazo, parto y puerperio. **Objetivo.** Promover el papel que juega la población masculina en la salud materna, enfatizando en los cambios de conocimientos, actitudes y comportamiento de hombres y mujeres. **Sujetos y Métodos.** Capacitación a promotores/as del Proyecto mediante una cartilla: Género y Participación del Hombre durante el Embarazo, Parto y Puerperio; capacitación a 175 líderes (75% hombres y 25% mujeres) de 19 comunidades “piloto”. Para monitorear la participación del hombre en la salud materna se desarrollaron tres grupos focales, dos con hombres y uno con mujeres. Con los resultados obtenidos, esta experiencia se extendió a todas las comunidades del Proyecto (229). **Resultados.** En la clínica materna de San Marcos S.B., 88% (29/33) de partos durante el meses de febrero y marzo 2012 de mujeres que venían acompañadas por la pareja o compañero provenían de las comunidades REDES, con relación a un 45% (25/55) que provenía de comunidades no REDES. En los grupos focales, hombres y mujeres indicaron que observan más hombres acompañar a su pareja durante el control prenatal y parto, y acompañamiento en los quehaceres del hogar. **Conclusiones/ Recomendaciones.** La Cartilla Género, Salud y Participación del Hombre durante el Embarazo, Parto y Puerperio ha sido una valiosa herramienta educativa para la promoción de comportamientos saludables. El cambio de conducta requiere más tiempo y otras estrategias adicionales como IEC.

62T Aplicación de la Estrategia de Igualdad de Género en el Modelo Demostrativo Integral de Atención Primaria en Salud Familiar-Comunitario en Colinas. Karen Benítez,¹ Neria Evora.² ¹Municipalidad de San José de Colinas, Santa Bárbara; ²Cruz Roja Hondureña, Tegucigalpa.

Antecedentes: En San José de Colinas desarrolla el Modelo Descentralizado de Atención Primaria en Salud Familiar-Comunitario “Demos APS”. En marzo 2012, se descentralizaron los servicios de salud, la Municipalidad en este contexto en conjunto con actores claves de la Mesa de Cooperantes elaboraron *la Estrategia de Género y Salud* del municipio como instrumento que busca la participación del hombre en la salud familiar y el empoderamiento de la mujer en la toma de decisiones en el hogar y en la comunidad. **Descripción de la experiencia:** Proyecto REDES para la Salud Comunitaria (2006-2012), implemento a través del Consejo Municipal de Cruz Roja Hondureña en Colinas en 22 comunidades de las 39, organizaron y capacitaron a voluntarios y voluntarias comunitarias de salud (VCS), miembros de los Comités de Salud de cada comunidad, utilizando las dos Cartillas “Género, Salud y Empoderamiento de la Mujer” y “Género, Salud y Participación del Hombre Durante el Embarazo, Parto y Puerperio”. Para contribuir en la ejecución de la estrategia de género y salud de la municipalidad, se aplicaba la tercera cartilla producida por REDES “Manual Guía para la Incorporación de la Perspectiva de Género en Planes, Programas y Proyectos de Salud”. **Lecciones aprendidas:** Se evidencia verdadero interés en las parejas de aprender sobre la igualdad de género en una manera sistemática y ordenada. Las soluciones de los problemas comunitarias salen de las mismas comunidades; uniendo esfuerzos, perspectivas, recursos de los agentes que promueven el cambio son elementos poderosos que trae transformaciones; no es fácil lidiar con intereses particulares, políticos, gremiales, burocracias, con la apatía de ciertos sectores; establecer objetivos, metas bien definidas, claras y precisas con perseverancia tenaz y consistente es la base para lograrlo; el ser humano es algo valioso, moldeable capaz de cambiar hábitos, conceptos, tradiciones, arraigados parecía imposibles lograr, sorprendentemente se observan cambios significativos.

63T Comportamiento epidemiológico de la Malaria en la Región Sanitaria Metropolitana del Distrito Central, Honduras, Año 2011. Karla Rosales, Nora Rodríguez. Departamento de Vigilancia de la Salud, Región Sanitaria Metropolitana del Distrito Central, Tegucigalpa.

Antecedentes. En Honduras la malaria continúa siendo un problema de salud pública. En la Región Sanitaria Metropolitana del Distrito Central (RSM-DC) la mayoría de los casos son importados debido al tránsito de las personas que viajan a zonas endémicas del país, excepto en algunas áreas rurales ya conocidas donde existe transmisión vectorial (Támara, Rio Abajo, Yaguasire). **Objetivo.** Describir el comportamiento epidemiológico de la malaria en RSM-DC durante el año 2011. **Metodología.** Se creó una base de datos en la que se registró la información generada por los formularios M1 llenados durante el año 2011. Se describen variables sociodemográficas, clínicas y parasitológicas. **Resultados.** Hasta la semana epidemiológica 52 del año 2011 se notificaron 74 casos de malaria. El 96% (71) fue por *Plasmodium vivax*, 3% (2) por *P. falciparum* y 1% (1) infección mixta. El 85% (63) de los casos fueron importados: El Paraíso (16.2%), Gracias a Dios (12%), Olancho (11%), Choluteca (7%) y del resto del país (12%). El 15% (11) se clasificó como autóctonos y 20% sin información en el formulario M1. El 63% (47) de los casos se encontró en el grupo de 15-49 años de edad, el 68% (50) pertenecía al sexo masculino.

Conclusiones/ Recomendaciones. El número de casos de malaria presentó una reducción de 12% con respecto al año 2010. Las Unidades de Salud que informaron el mayor número de casos fueron Hospital Escuela (31%) y Centro de Salud Alonso Suazo (17%). El Departamento de Vectores RSM-DC debe fortalecer las actividades de prevención y control en las zonas de alto riesgo de transmisión. El control de los vectores sigue siendo la medida general más eficaz de prevención y control, y es por consiguiente uno de los elementos técnicos básicos de la estrategia de lucha antimalárica.

64T Detección activa de casos de malaria en una localidad del Centro Metropolitano del Distrito Central (CMDC), Honduras, Agosto 2011. Karla Rosales Pavón,¹ Jorge García,² Alonso Miralda,¹ Jackeline Alger,² Nora Rodríguez,¹ Eric Garges,³ Miguel Quintana,⁴ Ricardo Avilés.⁵ ¹Región Sanitaria Metropolitana CMDC; ²Servicio de Parasitología, Departamento de laboratorios Clínicos, Hospital Escuela; ³Army Institute of Public Health, US Army Public Health Command, Silver Spring, MD; ⁴US Army Public Health Command Region - South, San Antonio, Texas; ⁵Elemento Médico, Fuerza de Tarea Conjunta Bravo, Comayagua; Honduras.

Antecedentes. En 2009-2012, en el Hospital Escuela (HE) se diagnosticaron 173 casos de malaria, 21 (12.1%) con antecedente de residir (15) o haber visitado (6) La Mosquitia. En 2011, La Mosquitia informó el 25.7% de 7,097 casos de malaria informados por la Secretaría de Salud. **Objetivo.** Identificar infección por *Plasmodium* spp. entre los habitantes de un conglomerado urbano del CMDC con población misquita. **Metodología.** Búsqueda activa de casos en Barrio Las Palmas, Agosto 2011. Se visitaron tres sectores identificados por incluir residentes procedentes de La Mosquitia y casos diagnosticados en HE. Previo consentimiento informado verbal, se registró información clínica y epidemiológica en formularios M1 y Registro de Viviendas Visitadas. Se realizó examen físico dirigido. Se obtuvo muestra de sangre por punción dactilar para pruebas de diagnóstico rápido (PDR), gota gruesa (diagnóstico microscópico) y papel filtro (análisis molecular). **Resultados.** Se visitaron 81 viviendas (417 habitantes). Se evaluaron 79 individuos, 55 (69.6%) mujeres y 59 (74.7%) ≥ 15 años. El 27.8% (22) informó fiebre en el último mes. El 22.7% (18) procedía de La Mosquitia y 10.1% (8) consignó antecedente de malaria. Las PDR no detectaron casos. El diagnóstico microscópico detectó infección por *P. falciparum* (3 gametocitos/500 campos) en niño misquito, 14 años, malestar general, afebril, familiar de uno de los casos índice. **Conclusiones/ Recomendaciones.** Se identificó un caso de malaria (1.3%) en conglomerado urbano del CMDC, correspondiente a adolescente procedente de Raya, Municipio Villeda Morales, Gracias a Dios. Aunque en el casco urbano del CMDC no hay condiciones para criaderos de mosquito *Anopheles* (altitud, carencia de colección apropiada de agua), es importante este tipo de evaluaciones porque permiten estimar el riesgo de transmisión en caso que esta población se movilice a localidades con condiciones para la transmisión de malaria, incluyendo el área rural del CMDC donde se han identificado casos autóctonos.

65T Capacidad de abordaje institucional de la malaria en una zona endémica de Honduras con alto riesgo de introducción de parásitos resistentes, 2010-2011. Jackeline Alger,¹⁻³ Jorge García,¹ Denis Padgett,^{2,3} Manuel Sierra,^{2,3} Cibele Mejía,⁴ Martha Medina,⁴ Catherine McGowan,⁵ Daniel Masys.⁵ ¹Servicio de Parasitología, Departamento de Laboratorios Clínicos, Hospital Escuela; ²Unidad de Investigación Científica, Facultad de Ciencias Médicas, UNAH; ³Instituto de Enfermedades Infecciosas y Parasitología Antonio Vidal; Tegucigalpa; ⁴Región Departamental de Salud de Islas de la Bahía; Honduras; ⁵Department of Biomedical Informatics, Vanderbilt University, Nashville, Tennessee, EUA.

Antecedentes. En Honduras no hay evidencia de *Plasmodium* spp. resistente a la cloroquina pero existe un riesgo permanente de introducción desde países con resistencia reconocida. Durante 2009-2011 se implementó un proyecto para estudiar las características de transmisión de malaria en Islas de la Bahía. **Objetivo.** Evaluar la capacidad institucional de abordaje de la malaria en cuatro sitios centinelas en Roatán, Guanaja y Utila. **Metodología.** En abril 2010 se impartieron capacitaciones orientadas a diagnóstico microscópico e información básica biológica, clínica y epidemiológica de la malaria, incluyendo personal de salud de sectores público y privado. Se realizó evaluación pre/post capacitación. Durante 2010-2011 se revisó 10% de láminas diagnosticadas negativas y 100% de positivas, evaluando calidad de muestra y concordancia diagnóstica. **Resultados.** El promedio de evaluación pre y post capacitación fueron respectivamente 24% y 79% médicos, 6% y 65% enfermeras, 14% y 64% TSA. De 12 participantes en taller de diagnóstico microscópico, 4 obtuvieron calificación de aprobación. Se recibió un total de 875 láminas coloreadas de Hospital de Roatán (38.4%), Cesamo Oakridge (34.1%), Cesamo Utila (20.3%) y Cesamo Guanaja (7.1%). De 670 láminas evaluadas, 78.8% (529) presentó precipitado; presentó error en identificación (0.1%), ubicación (8.0%), tamaño (10.1%), deshemoglobinización (15.0%), grosor (39.2%) y tonalidad (54.3%). En 36 (5.4%) hubo discordancia en identificación de presencia de parásitos. De 242 láminas positivas, en 5 (2.0%) hubo discordancia de especie y en 83 (34.2%) en densidad parasitaria (variación $\pm 10\%$); de estas, en 49 (20.7%) la discordancia se relacionó a estadios asexuales sanguíneos y en 34 (14.3%) a estadios sexuales sanguíneos. **Conclusiones/ Recomendaciones.** La capacidad institucional, asistencial y diagnóstica, de la malaria presenta debilidades en varios de sus componentes estratégicos en este departamento insular. Por el alto riesgo de introducción de parásitos resistentes, es necesario fortalecer la vigilancia epidemiológica de la malaria en esta zona endémica vulnerable de Honduras.

66T El Hospital Escuela como sitio de vigilancia centinela de la malaria en Honduras. Jackeline Alger, Jorge García. Servicio de Parasitología, Departamento de Laboratorios Clínicos, Hospital Escuela, Tegucigalpa.

Antecedentes. El Servicio de Parasitología, Hospital Escuela, ejecuta funciones asistenciales, académicas y de vinculación con la sociedad, en colaboración con aliados estratégicos de los sectores público y privado de Honduras. El diagnóstico de la malaria a través de gota gruesa/extendido fino se implementó en 1997, incorporándose posteriormente las pruebas de diagnóstico rápido y la técnica de PCR. **Objetivo.** Describir los resultados del diagnóstico microscópico de la malaria realizado en el periodo 2000-2011, con el propósito de contribuir al fortalecimiento de la vigilancia de la malaria en

Honduras. **Metodología.** Análisis descriptivo de los resultados del diagnóstico microscópico de malaria, periodo 2000–2011. **Resultados.** En el periodo de 12 años se atendieron 8937 solicitudes (promedio anual 744, rango 333-1049), incluyendo 8416 (94.1%) casos nuevos, 388 (4.3%) controles post-tratamiento y 133 (1.5%) solicitudes seriadas. Se diagnosticaron 591 (7.0%) casos de malaria (promedio anual 49, rango 26-91), 86.8% (513) por *Plasmodium vivax*, 12.0% (71) por *P. falciparum* (7.0% con historia de visitar/residir fuera de Honduras) y 1.2% (7) infecciones mixtas; 62.6% (370) de los casos se presentó en sujetos ≥ 15 años de edad. Durante periodo 2009-2011 el origen de la infección fue trazado a los departamentos de Francisco Morazán (37.4%; Talanga 29%, Tamara/Amarateca 20%), El Paraíso 14.9% (Morocelí 40.9%), Gracias a Dios (13.6%), Olancho (10.8%), otros (12.9%) y no consignado (10.2%). En el periodo 2007-2011, se documentaron 22 casos en mujeres embarazadas con edad promedio de 23.9 años (16-42 años), 90.9% (20) por *P. vivax*. Se realizaron 388 controles post-tratamiento con cloroquina, 314 (80.9%) evaluaciones en días 1-4 y 74 (19.0%) en días 14-28, con buena respuesta clínica y parasitológica a excepción en casos donde se documentó dosis sub-terapéuticas. **Conclusiones/Recomendaciones.** El Hospital Escuela posee todas las características para realizar una vigilancia centinela oportuna de la malaria en Honduras. Es necesario fortalecer su desempeño.

67T Resultados preliminares de un estudio sobre transmisión congénita de *Trypanosoma cruzi* en Santa Bárbara, Honduras. Benjamín López,¹ Norma Bustamante,¹ Jackeline Alger,²⁻⁴ Edna Maradiaga,^{2,4} Concepción Zúñiga,^{4,5} Miguel Zúñiga,⁶ Christian Valladares,⁷ Jessica Henríquez,⁷ María Luisa Matute,⁷ María Luisa Cafferata,⁸ Alvaro Ciganda,⁸ Pierre Buekens.⁹ ¹Region Departamental de Salud de Santa Bárbara; ²Unidad de Investigación Científica, Facultad de Ciencias Médicas (FCM), UNAH; ³Servicio de Parasitología, Departamento de Laboratorios Clínicos, Hospital Escuela, MOH; ⁴Instituto de Enfermedades Infecciosas y Parasitología Antonio Vidal; Tegucigalpa; ⁵Programa Nacional de Prevención y Control de la Enfermedad de Chagas y Leishmaniasis MOH; ⁶Laboratorio Regional Departamental Santa Bárbara; ⁷Laboratorio Nacional de Vigilancia de la Salud MOH; ⁸UNICEM, Montevideo, Uruguay; ⁹Tulane University, New Orleans, USA.

Antecedentes. *Trypanosoma cruzi* I (TCI) es un linaje que predomina en México y Centro América. Las mujeres infectadas en estas regiones pueden transmitir congénitamente el parásito a sus hijos de manera diferente a aquellas infectadas con linaje no-TCI. **Objetivos.** Según el genotipo del parásito, 1) Determinar la tasa de transmisión congénita, 2) Comparar las características de madres infectadas y exposición a vectores, 3) Describir características al nacer de niños infectados y no infectados. **Metodología.** Estudio prospectivo multicentrico que se propone reclutar 10,000 mujeres en México y 5,000 en Argentina y Honduras respectivamente. Los sitios en Honduras incluyen Hospital Enrique Aguilar Cerrato, La Esperanza, Intibucá, y Hospital Santa Bárbara Integrado, Santa Bárbara. Se miden anticuerpos anti-*T. cruzi* utilizando dos tipos de pruebas rápidas en sangre de cordón umbilical; si al menos una es positiva, identificamos los niños que están infectados mediante análisis parasitológico en sangre de cordón y a las 4-8 semanas y seguimiento serológico al decimo mes. Se realizará PCR y genotipificación de *T. cruzi* en sangre materna y de cordón y examen serológico de hermanos. **Resultados.** El reclutamiento inició en mayo 2011. Hasta Mayo 2012, en Santa Bárbara se han reclutado 2038 mujeres correspondientes a 4738 nacimientos. Encontramos 52 (2.5%) casos con al menos un resultado positivo de prueba rápida en sangre de cordón. De los 52 casos, 10

(19.2%) mujeres tenían edad entre 18 y 25 años, 5 (9.6%) eran primíparas, 1 (1.9%) tenía una edad gestacional <37 semanas; no se identificaron recién nacidos con peso <2500 gr. **Conclusiones/ Recomendaciones.** Información sobre transmisión congénita de *T. cruzi* en Honduras y un mejor conocimiento sobre sus factores de riesgo, permitirán dirigir las actividades en el abordaje de la enfermedad de Chagas, incluyendo la implementación de un programa de tamizaje. *Patrocinado por NIAID grant R01AI083563.*

68T Resultados preliminares de un estudio sobre transmisión congénita de *Trypanosoma cruzi* en Intibucá, Honduras. Jaime H. del Cid,¹ Jackeline Alger,^{2,4} Edna Maradiaga,^{2,4} Concepción Zúniga,^{4,5} Guillermo Casco,⁶ Christian Valladares,⁷ Jessica Henríquez,⁷ María Luisa Matute,⁷ María Luisa Cafferata,⁸ Alvaro Ciganda,⁸ Pierre Buekens.⁹ ¹Region Departamental de Salud de Intibucá; ²Unidad de Investigación Científica, Facultad de Ciencias Médicas (FCM), UNAH; ³Servicio de Parasitología, Departamento de Laboratorios Clínicos, Hospital Escuela, MOH; ⁴Instituto de Enfermedades Infecciosas y Parasitología Antonio Vidal; Tegucigalpa; ⁵Programa Nacional de Prevención y Control de la Enfermedad de Chagas y Leishmaniasis MOH; ⁶Laboratorio Regional Departamental Santa Bárbara; ⁷Laboratorio Nacional de Vigilancia de la Salud MOH; ⁸UNICEM, Montevideo, Uruguay; ⁹Tulane University, New Orleans, USA.

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

69T Aspergillosis invasiva de senos paranasales. Tito Alvarado,¹ Juan Carlos Barrientos,² Diana Gómez,² Sandra Montoya.³ ¹Servicio de Infectología, Departamento de Medicina Interna (actualmente Centro de Cáncer Emma Romero de Callejas, Tegucigalpa); ²Servicio de ORL, Departamento de Cirugía; ³Sección Micología, Departamento de Laboratorios Clínicos; Hospital Escuela, Tegucigalpa.

Antecedentes. *Aspergillus* es un hongo oportunista de alta mortalidad en pacientes inmunocomprometidos. Infecta al hombre a través de su inhalación. Su espectro clínico es muy amplio; varía desde una simple contaminación hasta una enfermedad invasiva diseminada. El diagnóstico es difícil, con frecuencia tardío, y su tratamiento infructuoso.

Descripción del caso. Campesino de 38 años con historia de extracciones dentarias (mayo/2000). En junio/2009 le practicaron cirugía por proceso crónico “inflamatorio y/o tumoral” no ulcerado en mejilla derecha. Posteriormente (meses) el paciente experimentó aumento de volumen y dolor crónico en sitio operado, obstrucción nasal y rinorrea, acudiendo a Consulta Externa ORL Hospital Escuela (Noviembre, Diciembre/2010 y Enero/2011). Fue hospitalizado el 3 de Enero/2011. Radiografías y tomografía (Noviembre/2010) revelaron proceso ocupativo del seno maxilar derecho con compromiso osteolítico. Radiografía de tórax fue normal. El 1/Febrero se le practicó curetaje (Caldwell Luc), extrayéndose abundante material fibroso blanquecino para biopsia y cultivos. En el cultivo (Sabouraud) creció *Aspergillus fumigatus*; la biopsia reveló proceso inflamatorio crónico con infiltración de elementos fungoides. El 5/Febrero, inició anfotericina B por 17 días, cambiándose a voriconazole IV por daño renal. El 18/Febrero, una segunda tomografía reveló disminución del tumor. El 1/Marzo se practicó nuevo curetaje, extrayéndose también abundante material para cultivo; el resultado (6/Marzo) mostró nuevamente crecimiento del hongo. Una tercera tomografía 17/Marzo reveló considerable reducción del proceso infiltrativo. Fue dado de alta el 21/Marzo con itraconazole oral hasta obtener respuesta. Al año, el paciente experimentó mejoría satisfactoria y seis meses después se declaró curado. **Conclusiones/ Recomendaciones.** Aspergillosis es una enfermedad cuyo diagnóstico demanda una dosis importante de sospecha clínica y tratamiento oportuno e integral, que involucren al médico y al microbiólogo, con el propósito de disminuir el impacto de su elevada mortalidad.

70T Nocardiosis diseminada (micetoma). Tito Alvarado,¹ Sandra Montoya.² ¹Servicio de Infectología, Departamento de Medicina Interna (actualmente Centro de Cáncer Emma Romero de Callejas, Tegucigalpa); ²Sección Micología, Departamento de Laboratorios Clínicos; Hospital Escuela, Tegucigalpa.

Antecedentes. Las nocardias son bacterias aeróbicas filamentosas que viven en el ambiente y que ocasionalmente infectan a animales y al humano a través de inoculación de su piel o mucosas, o por inhalación. El síndrome clínico característico (micetoma) es un proceso inflamatorio de evolución lenta que afecta piel, pulmones y otros órganos. Sin tratamiento pueden producir la muerte, particularmente en pacientes inmunocomprometidos. **Descripción del caso.** Paciente masculino de 22 años, campesino, procedente de El Paraíso (Trojes), quien ingresó a Sala de Neurocirugía, Hospital Escuela 30/Agosto 2010 con historia >6 meses de fiebre, pérdida de peso, tos productiva y presencia de nódulos fistulizados en espalda; además, debilidad de ambos miembros inferiores con paraparesia que dificultaba la deambulacion. Al examen físico, paciente desnutrido, PA=100/60, FC=70/min, FR=20/min y T=37.5°C. En pulmón derecho había disminución del murmullo vesicular. Los ruidos cardíacos R1 y R2 fueron normales. El

abdomen era simétrico sin visceromegalia. Los miembros inferiores presentaban atrofia muscular y paraparesia bilateral con sensibilidad conservada. Se hizo el diagnóstico de síndrome medular incompleto. La resonancia magnética de tórax reveló compromiso pulmonar y presencia de masa paravertebral, comprimiendo la médula en su unión cervico-torácica (C7, T1 y T2). El TAC cerebral fue normal. El paciente permaneció en sala durante 36 días, siendo evaluado por los servicios de Neurocirugía, Dermatología e Infectología. Se hizo el diagnóstico de nocardiosis diseminada, demostrada con cultivo (*Nocardia brasiliensis*). El paciente fue tratado con imipenem durante un mes y TMP/Sulfa, hasta obtener respuesta. El paciente egresó el 5/Octubre, y su evolución en Consulta Externa de Infectología 6 meses después, fue satisfactoria. Lamentablemente, el paciente no acudió a las consultas subsiguientes. **Conclusiones/ Recomendaciones.** El micetoma es una enfermedad tropical, lenta y progresiva, cuya etiología más frecuente son bacterias filamentosas (*Nocardia*, *Streptomyces*) y raramente, hongos verdaderos. Se necesita hacer un diagnóstico clínico-microbiológico y una fuerte dosis de paciencia para curar al paciente.

71T Histoplasmosis vertebral. Tito Alvarado,¹ Sandra Montoya.² ¹Servicio de Infectología, Departamento de Medicina Interna (actualmente Centro de Cáncer Emma Romero de Callejas, Tegucigalpa); ²Sección Micología, Departamento de Laboratorios Clínicos; Hospital Escuela, Tegucigalpa.

Antecedentes. Histoplasmosis es una micosis muy importante en el ser humano. El agente causal (*Histoplasma capsulatum*), vive en el suelo de casi todos los países del mundo; el humano es infectado a través de su inhalación. El espectro clínico se extiende desde la infección asintomática, hasta la enfermedad diseminada que ocurre en pacientes inmunocomprometidos. **Descripción del caso.** Paciente femenina, 58 años, procedente de Comayagua, quien 13/marzo 2009 acudió a Consulta Externa de Neurocirugía, Hospital Escuela, con la historia siguiente: 4 meses de dolor lumbar, con dificultad progresiva para deambular y paresia de miembros inferiores. Había sido evaluada por varios médicos incluyendo dos hospitalizaciones en clínicas privadas. El 24/marzo ingresó a sala de neurocirugía con fractura patológica (T12-L1) y diagnóstico clínico de tuberculosis vertebral. Posteriormente, intervención quirúrgica (placa de circlaje y osteosíntesis) realizándose biopsia y cultivos. El segundo día post-operatorio presentó trombosis venosa profunda de miembro inferior izquierdo. El 18/abril presentó derrame pleural izquierdo severo que necesitó toracotomía con drenaje y aplicación de tubo, descubriéndosele rotura diafragmática que fue reparada quirúrgicamente. El 19/mayo se le practicó nueva toracotomía y drenaje por infección bacteriana agregada. La paciente recibió heparina, coumadín y antibióticos. Semanas después, Sección Microbiología reportó el crecimiento de *Histoplasma capsulatum* y Patología, la presencia de elementos fungoides compatibles con *Histoplasma*. La paciente recibió anfotericina B durante 2 semanas, y posteriormente itraconazol, hasta obtener respuesta, siendo dada de alta el 27/mayo 2009 con seguimientos en Consulta Externa de Infectología. Su evolución después de un año, fue satisfactoria al grado de que ella pudo deambular sin ninguna dificultad, omitiéndosele entonces el itraconazol. **Conclusiones/ Recomendaciones.** La histoplasmosis es una enfermedad micótica cosmopolita que afecta tejidos blandos y óseos. Muy rara en pacientes inmunocompetentes pero muy frecuente en inmunocomprometidos. Su diagnóstico es clínico-epidemiológico para establecer una terapia adecuada.

INDICE DE AUTORES

Aceituno N	57T	Escalante H	32,34T
Aguilar P	44T	Espinoza AP	23,25T
Aguilar R	51T	Espinoza E	45,46,47,48,49,50,51,52, 53,54,55,56,57,58,59,60T
Alger J	26,39,45,46,47,48,49,50, 51,52,53,54,55,56,57,58, 59,60,64,65,66,67,68T	Espinoza I	56,59T
Alvarado D	59T	Espinoza L	1,3,4,5,6,7,8,9,10,11T
Alvarado T	35,36,79,70,71T	Evora N	62T
Alvarez EC	34T	Fajardo E	22T
Améndola LM	44T	Fajardo G	38T
Andara R	40,61T	Fernández KM	23,25T
Andino R	52T	Flores AR	15T
Arya N	4C	Flores J	52T
Arzu A	51T	Flores JJ	31,37T
Avilés R	64T	Flores MF	
Ayestas M	3C	Flores S	26T
Banegas JJ	19T	Flores XS	19T
Barahona TH	20T	Flores Nazar J	40,61T
Barrientos JC	69T	Gale S	55T
Bautista EE	3T	García J	39,64,65,66T
Benitez K	62T	García MC	2C
Betanco AE	23,25T	García MJ	53T
Buekens P	67,68T	Garges E	64T
Bueso YG	31T	Godoy C	16T
Búlnes C	51T	Gómez D	69T
Búlnes RA	15T	Gonzáles M	45,47,48,49,50,53,54T
Bustamante N	67T	González M	17T
Bustillo P	22T	Guzmán M	35,36T
Cafferata ML	67,68T	Henríquez J	67,68T
Carbajal C	51T	Henríquez O	26T
Casco G	68T	Hernández AJ	6C
Castellanos J	1C	Hernández E	7C,41,61T
Castejón O	16T	Howell AR	23,25T
Castillo G	22T	Irías A	5C
Castro G	38T	Jananía M	43T
Cifuentes J	35,36T	Johnson C	10C
Ciganda A	67,68T	Kafati R	24T
Cloter RL	61T	Kaminsky R	15,37,38,39T
Colombo A	35,36T	Lagos E	51T
Cortez J	35,36T	Lagos J	38T
Chinchilla D	22T	Lagos R, E	27T
del Cid J	68T	Lagos S	41T
Duarte EF	5T	Landa EA	23,25T
Duarte T	42T	Lazo JR	31,37T

Leiva KE	23,25T	Queiroz F	35,36T
Licon TS	12T	Quijada A	28T
López B	67T	Quintana M	64T
López CP	13T	Ramírez M	44T
López D	54T	Rápalo L	41T
López S	4T	Raudales GM	31,38T
López W	39T	Reyes K	4T
Mairena F	6T	Reyes S	24T
Maldonado M	8C,45,46,47,48,49,50,51, 52,53,54,55,56,57,58,59, 60T	Rivas V	45T
Maldonado S	51T	Rivera IC	21T
Maltez ZY	13T	Rivera MF	21T
Maradiaga A	28T	Rivera R	21T
Maradiaga E	26,43,67,68T	Rivera RI	18T
Marie GH	14T	Rodas E	58T
Martel D	18T	Rodríguez AJ	24T
Martínez C	28T	Rodríguez C	18T
Martínez M	33T	Rodríguez G	22T
Martínez N	28T	Rodríguez N	63,64T
Martínez H, M	41T	Rodríguez OP	31T
Masys D	65T	Romero LE	2T
Matute ML	39,67,68T	Rosales A	44T
McGowan C	65T	Rosales K	63,64T
Medina AJ	37T	Ruiz NA	37T
Medina M	65T	Rubio JR	23,25T
Mejía C	65T	Salgado NP	19T
Mejía G	22T	Sánchez A	29T
Mejía K	22T	Sánchez J	30T
Miralda A	64T	Sánchez JA	23,25T
Moncada G	26,52T	Sánchez KM	31T
Montoya S	69,70,71T	Sánchez R	16T
Murillo W	8T	Sandoval V	56T
Nucci M	35,36T	Santolaya ME	35,36T
Padgett D	9C,45,46,47,48,49,50,51, 52,53,54,55,56,57,58,59, 60,65T	Sevilla C	24T
Paguada E	26,55T	Shanklin D	44T
Palma SM	23,25T	Soto A	47T
Paz KM	10T	Sierra M	24,46,65T
Paz V	17T	Thompson L	35,36T
Peralta G	48T	Tiraboschi N	35,36T
Perdomo P	7T	Uclés T	27T
Pereira A	49T	Umanzor S	46T
Pineda V	60T	Urrutia S	38T
Portillo H	51T	Valeriano M	22T
Pineda SR	20T	Valladares C	67,68T
		Varela CE	45,46,47,48,49,50,51,52, 53,54,55,56,57,58,59,60T
		Vásquez M	17,19T

Vega M	52T	Zavala HL	22,31T
Viera W	22T	Zúniga AM	23,25T
Villatoro G	1,3,4,5,6,7,8,9,10,11T	Zúniga C	67,68T
Villeda JJ	20T	Zúniga M	67,68T
Zambrano L	24T	Zurita J	35,36T

Universidad Nacional Autónoma de Honduras
Facultad de Ciencias Médicas

**XX Jornada Científica y VII Congreso de
Investigación de las Ciencias de la Salud**

18-20 de Septiembre de 2013

**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.

Para la obtención de diploma de expositor y asistencia a este evento científico, debe registrarse y pagar cuota de inscripción. La cuota de inscripción lo hace acreedor a: diploma de expositor, diploma de asistente (80% de asistencia al evento), Programa y Compendio de Resúmenes como Suplemento de la Revista de la Facultad de Ciencias Médicas, Refrigerios, libreta y lápiz, entre otros. Ver detalles en www.bvs.hn

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 Programa Científico y Compendio de resúmenes de los últimos eventos publicados como Suplemento de la Revista de la Facultad de Ciencias Medicas en el sitio web de la BVS (www.bvs.hn).
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 2013**

**XX Jornada Científica y VII Congreso de
Investigación de las Ciencias de la Salud**

18-20 de Septiembre de 2013

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

**XX Jornada Científica y VII Congreso de
Investigación de las Ciencias de la Salud**

18-20 de Septiembre de 2013

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 Y COLABORADORES

Agencia Canadiense de Desarrollo Internacional (ACDI)

Biblioteca Médica Nacional, <http://cidbimena.desastres.hn/>

Biblioteca Virtual en Salud de Honduras, <http://www.bvs.hn/php/index.php>

Cruz Roja Canadiense

Cruz Roja Hondureña

Laboratorios CIPHAR

Laboratorios MC

Programa Ampliado de Libros y Textos (PALTEX), OPS/OMS

Programa de Maestría en Salud Pública, FCM UNAH

Proyecto REDES para la Salud Comunitaria

The University of Western Ontario, Ontario, Canada

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

University of Guelph, Ontario, Canada





UNAH