



Órgano oficial de difusión
y comunicación científica
del Colegio Médico de Honduras

Revista **MEDICA** Hondureña

ISSN 0375-1112

Vol. 80, (Suplemento No. 1)
2012 pp. S1-52

La Ciudad de Santa Rosa de Copan te invita al
LV CONGRESO MÉDICO NACIONAL
Santa Rosa de Copán 2012
"Dr. Fausto Cruz"

Tema:
Investigación Científica en la Práctica
Clínico-Quirúrgica

Lugar: Casino Copaneco y Sociedad
Copaneca de Obreros

Fecha: 11-14 de julio del 2012

2012
LV congreso médico nacional

Versiones electrónicas en: <http://www.colegiomedico.hn/RMH/html/revista.html> y <http://www.bvs.hn>
Indizada en: LILACS-BIREME, LATINDEX, Biological Abstracts, SciMed, Index Medicus Latinoamericano



Revista **MEDICA** Hondureña

ISSN 0375-1112

Órgano oficial de difusión y comunicación científica del Colegio Médico de Honduras
Fundada en 1930

Vol. 80, (Suplemento No. 1)
2012 pp. S1-52

Colegio Médico de Honduras
Centro Comercial Centro América, Blvd. Centro América, Tegucigalpa, Honduras
Tel. 2232-6763, 2231-0518, Fax 2232-6573
www.colegiomedico.hn
revistamedicahon@yahoo.es

La Revista Médica Hondureña es el órgano oficial de difusión y comunicación científica del Colegio Médico de Honduras. Fomenta y apoya la investigación científica y la educación médica continua, especialmente del gremio médico nacional. Su publicación es trimestral, se apega a los requisitos mínimos internacionales de publicaciones científicas biomédicas y se somete al arbitraje por pares. La Revista está indizada en LILACS-BIREME, LATINDEX, Biological Abstracts, Index Medicus Latinoamericano y otras bases de datos bibliográficas biomédicas, con el título en español abreviado Rev Med Hondur. Está disponible en versión electrónica en la página del Colegio Médico de Honduras (www.colegiomedico.hn) y en la Biblioteca Virtual en Salud (www.bvs.hn), cuyo acceso es gratuito y se puede consultar todo el contenido en texto completo desde el año 1930. Los manuscritos aceptados para publicación no deberán haber sido publicados previamente, parcial o totalmente, y para su reproducción es necesario contar con la autorización del Consejo Editorial.

CONSEJO EDITORIAL 2011-2012

CUERPO EDITORIAL

DIRECTORA GENERAL

Nelly Janeth Sandoval Aguilar

SECRETARIA

Mázlova Lutxely Toledo

COMITÉ EDITORIAL

Héctor Escalante
Nancy Corina Matute
María Félix Rivera
Mario Ramos Marini
Silvana Varela

EDITORES ASOCIADOS

Cecilia Varela
Edna Maradiaga
Jackeline Alger
José R. Lizardo
Iván Espinoza Salvadó
Martha Cecilia García
Nicolás Sabillón
Odessa Henríquez

COMITÉ ASESOR INTERNACIONAL

Hebert Stegemann
Hospital Vargas de Caracas, Venezuela

Revista Médica Hondureña (ISSN 0375-1112 versión impresa)
(ISSN 1995-7068 versión electrónica) es una publicación trimestral.
Impresión por Litografía López S. de R.L., Tegucigalpa, Honduras.
©Todos los derechos reservados. A excepción de propósitos de
investigación o estudio privado, crítica o revisión, los contenidos no
pueden ser reproducidos por ningún medio impreso ni electrónico
sin permiso de la Revista Médica Hondureña.
La Dirección de la Revista Médica Hondureña hace los máximos
esfuerzos para garantizar la seriedad científica del contenido, la
Revista, el Colegio Médico de Honduras y la casa editorial no se
responsabilizan por errores o consecuencias relacionadas con
el uso de la información contenida en esta revista. Las opiniones
expresadas en los artículos publicados son responsabilidad de los
autores y no necesariamente reflejan los criterios de la Revista o
del Colegio Médico de Honduras. Ninguna publicidad comercial
publicada conlleva una recomendación o aprobación por parte de la
Revista o del Colegio Médico de Honduras.

PROGRAMA CIENTÍFICO Y RESÚMENES

LV CONGRESO MÉDICO NACIONAL

Dr. Fausto Justiniano Cruz Aragón

**La Investigación Científica
en la
Práctica Clínico Quirúrgica**

Casino Copaneco
Sociedad Copaneca de Obreros
Salón los Pinos Hotel Casa Real

**Santa Rosa de Copán, Honduras
11 al 14 de Julio de 2012**

CONTENIDO

ORGANIZACIÓN DEL CONGRESO

Junta Directiva del Colegio Médico de Honduras.....	5
Comité Organizador del LV Congreso Médico Nacional	6

BIENVENIDA

Mensaje de la Secretaria de Asuntos Educativos y Culturales del Colegio Médico de Honduras	7
Mensaje de Bienvenida de la Presidenta del Comité Organizador	8
Mensaje de Bienvenida del Presidente del Comité Científico	9
Palabras de Inauguración del Presidente del Colegio Médico de Honduras	10

RESEÑA BIOGRÁFICA DEL DR. FAUSTO JUSTINIANO CRUZ ARAGÓN	12
--	-----------

PROGRAMA CIENTÍFICO

Cursos Pre congreso.....	13
Conferencias y Trabajos Libres	16

PROGRAMA INAUGURAL.....	22
--------------------------------	-----------

PROGRAMA DE CLAUSURA	23
-----------------------------------	-----------

PROGRAMA SOCIO-CULTURAL	23
--------------------------------------	-----------

RESÚMENES

Resúmenes de Conferencias Magistrales.....	24
Resúmenes de Trabajos Libres.....	37

ÍNDICE POR AUTOR.....	47
------------------------------	-----------

INFORMACIÓN SOBRE EL LVI CONGRESO MÉDICO NACIONAL 2013.....	48
--	-----------

INSTRUCCIONES PARA LA PREPARACIÓN DE RESÚMENES DE CONFERENCIAS Y TRABAJOS

LIBRES PARA EL LVI CONGRESO MÉDICO NACIONAL 2013	49
---	-----------

PATROCINADORES	52
-----------------------------	-----------

ORGANISMO DE GOBIERNO DEL COLEGIO MÉDICO DE HONDURAS PERIODO 2012 – 2014

JUNTA DIRECTIVA



Presidente
Vicepresidente
Secretaría de Actas y Correspondencia
Secretaría de Finanzas
Secretaría de Colegiaciones
Secretaría de Asuntos Educativos y Culturales
Secretaría de Acción Social
Fiscal
Vocal I

Dr. Elmer Sady Mayes
Dr. José Nahúm Lemus
Dra. Carolina Ayestas
Dr. Carlos Guerra
Dr. Carlos Maldonado
Dra. Xenia Velásquez
Dr. Haroldo López
Dra. Carmen Peralta
Dr. Héctor Guerra

Tribunal de Honor

Propietarios

Dra. Ligia Dolores Fu Carrasco
Dra. Daysi Anabel Bejarano Torres
Dr. Guillermo Alberto Pérez Munguía
Dr. Jerry Francisco Sabio Amaya
Dr. Vernon Santiago Hernández
Dr. Carlos Alberto González
Dr. José Efraín Fernández Pa

Suplentes

Dr. Roy Ismael Villafranca Gallegos
Dra. Gilma Nereyda Murillo Figueroa

Comité de Vigilancia

Dr. Carlos Sánchez
Dr. José Rubén Pineda Cobos

COMITÉ ORGANIZADOR DEL LV CONGRESO MÉDICO NACIONAL



Presidente:

Vice-Presidente:

Secretaria:

Tesorero:

Comité Científico:

Comité Sociocultural:

Comité de Logística:

Comité de Publicidad:

Dra. Nathalie Munguía Bonilla

Dr. Ricardo Leonel Domínguez

Dra. Heidy Gabriela Meza

Dr. José María Aguilar

Dr. Nelson Penman Pinto (Presidente)

Dr. Juan Carlos Cardona (Presidente)

Dr. Gabriel Cardona,

Dr. Germán Bárcenas,

Dra. Marlyn Navarro,

Dra. Carolina Perdomo

Dra. Karla Escolán (Presidente)

Dra. Liliam Romero.

Dr. Adoni Duarte

Dr. Oscar Valladares

Dr. Rodolfo Orellana

Dr. Noel González

Dra. Mildred Cifontes

Lic. Renato Well

Dr. Carlos Moreno (Presidente)

MENSAJE DE LA SECRETARIA DE ASUNTOS EDUCATIVOS Y CULTURALES DEL COLEGIO MÉDICO DE HONDURAS



Como Secretaria de Asuntos Educativos y Culturales y Presidenta del Centro Nacional de Educación Médica Continua (CENEMEC), es una gran satisfacción y responsabilidad ser parte en el desarrollo del LV CONGRESO MÉDICO NACIONAL. En esta ocasión la sede de este magno evento, será la esplendorosa Santa Rosa de Copán, ciudad más grande e importante del occidente de nuestra querida Honduras, la cual se ha engalanado para dar una extraordinaria y cordial bienvenida a los congresistas de todos los puntos cardinales del país y esperamos que durante su estadía se llenen todas sus expectativas.

Este año 2012 el Congreso tiene como tema central “LA INVESTIGACIÓN CIENTÍFICA EN LA PRÁCTICA CLÍNICO QUIRÚRGICA”, y en vista que el Colegio Médico de Honduras tiene como una de sus prioridades, estimular y apoyar la investigación en todas las ramas de la medicina, para la búsqueda constante de conocimientos que contribuyan a mejorar cada día la atención que brindamos a los pacientes, esto refleja que los esfuerzos que la institución hace, están dando sus frutos.

Además se pretende que se aproveche la experiencia de los colegas nacionales e internacionales que nos visitan; además se aprovechara la oportunidad para estrechar las relaciones de hermandad y disfrutar juntos de una estancia agradable en esta hermosa ciudad.

Orgullosamente felicito a mis Compañeros de la Junta Directiva del Colegio Médico de Honduras, a la dirección de la Revista Médica Hondureña y su Consejo Editorial y al Comité de Ética quienes no han escatimado esfuerzos para colaborar de la mano con el Comité Organizador y así lograr exitosamente nuestro excelso LV CONGRESO MÉDICO NACIONAL.

Para finalizar quiero agradecer a Dios por darme esta oportunidad y a ustedes estimados colegas por manifestarme su confianza, ya que con ello me han brindado la oportunidad de servir a todo el gremio médico hondureño, sintiéndome más entusiasmada y comprometida a trabajar y defender a plenitud la actualización médica continua, para seguir demostrando que somos el gremio mas emprendedor y actualizado en Honduras.

DRA. XENIA VELÁSQUEZ

Secretaria de Asuntos Educativos y Culturales

Presidente del Centro Nacional de Educación Médica Continua (CENEMEC)

MENSAJE DE BIENVENIDA DE LA PRESIDENTA DEL COMITÉ ORGANIZADOR



Estimados colegas:

Constituye un honor y orgullo para mí en carácter de la Presidenta del Comité Organizador del LV Congreso Médico Nacional, el compartir éste magno evento con un auditorio de tan alta calidad científica y profesional como lo es la comunidad médica hondureña, así como con los distinguidos conferencistas nacionales y extranjeros que nos acompañan. Hemos puesto en él, todo nuestro empeño, con la expectativa de que el compartir experiencias y conocimientos nos permita estar siempre a la vanguardia de los continuos avances de la medicina, en cuanto a investigación se refiere y así afianzar los nuevos protocolos terapéuticos.

Quiero hacer un reconocimiento especial a los miembros del Comité Organizador de éste LV Congreso Médico Nacional, por su gran dedicación y nivel técnico - científico, pues han trabajado arduamente no sólo para que este Congreso sea un éxito, sino para crear instrumentos que sirvan para los subsiguientes.

Este LV Congreso Médico Nacional lleva el nombre del Dr. Fausto Justiniano Cruz Aragón, destacado docente universitario que ha dedicado toda su vida y carrera profesional a apoyar la docencia, el compañerismo, el profesionalismo, así como por varias décadas ha contribuido a la formación de sobresalientes profesionales y científicos hondureños.

Si escalar cumbres es tarea difícil, la meta es el éxito, ojala podamos entre todos alcanzarlo. Los esperamos y les agradecemos desde ya su presencia.

DRA. NATHALIE MUNGUÍA BONILLA
Presidenta del Comité Organizador

MENSAJE DE BIENVENIDA DEL PRESIDENTE DEL COMITÉ CIENTÍFICO



Un agradecimiento especial al Colegio Médico de Honduras por darnos la oportunidad nuevamente de poder realizar en LV Congreso Médico Nacional, en nuestra querida Santa Rosa de Copán, Ciudad llena de cultura, de aspectos polifacéticos y de interés para quienes nos visitan, y al igual que en el 2006, tener un congreso digno para todos nuestros compañeros colegas que se movilizan hasta este pequeño territorio del Occidente de nuestro país.

En nombre del Comité Científico, les estamos haciendo llegar por medio de esta prestigiosa revista, el programa académico que se desarrollara en este evento.

El enfoque en esta ocasión es “La Investigación Científica en la Práctica Clínico Quirúrgica”, por lo que el programa llevara trabajos y aspectos de investigación que se llevan a cabo en nuestra población, en las diferentes latitudes de nuestro país. A la vez con el apoyo de prestigiosos colegas de renombre nacional y con una alta experiencia laboral y académica, se trata de enriquecer este programa con charlas magistrales de interés general que sirve en la práctica diaria de los médicos.

No debemos dejar de mencionar el apoyo incondicional de los colegas amigos de otros países que desde la primera llamada que les hicimos no dudaron en decirnos “SI” para apoyarnos y contribuir a que nuestro programa científico sea de mucho interés científico, laboral y académico. Agradecemos enormemente el apoyo incondicional al cuerpo editorial de la Revista Médica Hondureña, por su entrega y responsabilidad para que este programa sea exitoso, y mantener el nivel de nuestra revista. A la vez a la Junta Directiva del Colegio Médico de Honduras 2012 por confiar y apoyar a los médicos del Occidente de Honduras, en este reto, de realizar este magno evento.

Amigos, compañeros, colegas, el agradecimiento final es para ustedes, que nos visitan y que participan de este programa, para engrandecer los conocimientos y apoyar así la investigación científica nacional, esperando que su estadía en esta ciudad esté llena de mucha satisfacción personal, cordialidad, amistad, compañerismo y conocimiento.

DR. NELSON PENMAN PINTO
Presidente del Comité Científico

PALABRAS DE INAUGURACIÓN DEL PRESIDENTE DEL COLEGIO MÉDICO DE HONDURAS, CON MOTIVO DEL LV CONGRESO MÉDICO NACIONAL “DR. FAUSTO JUSTINIANO CRUZ ARAGON”



En nombre de la Junta Directiva del Colegio Médico de Honduras, deseo dar la más cordial bienvenida a los invitados nacionales y extranjeros que participan de este Congreso Médico, y a la vez, agradecer las enormes contribuciones científicas que se harán en estos tres días a través de todas las modalidades de presentación.

Por otro año más, el Colegio Médico de Honduras, se place en realizar a través de este comité organizador; el acontecimiento de educación médica continua más importante del año en nuestra república: nuestro Congreso Médico Nacional donde año tras a año, se renueva el compromiso con la excelencia educativa, la investigación y la formación del médico hondureño y donde la ciencia es la protagonista.

A partir de la designación de la ciudad de Santa Rosa de Copán, como sede de este LV Congreso Médico Nacional, comenzó un período de actividad disciplinada y tenaz en el que cada miembro integrante del comité organizador tuvo un rol específico y fundamental para el buen funcionamiento del todo.

Fueron muchos los obstáculos aunque preferimos tomarlos como desafíos, quizás el más importante haya sido el de las distancias geográficas. Sin embargo, no fue óbice para continuar con nuestra tarea, ya que se estableció un canal de comunicación entre la Junta Directiva y el Comité Organizador.

Uno de los objetivos primordiales de este congreso, ha sido por sobre todas las cosas, la excelencia en su programa, que el comité científico, con su experiencia, meticulosidad y talento y con el aporte del trabajo de todos ustedes, se logro conseguir con extremado celo; y lo que en principio era una noble aspiración se transformó en una tangible realidad.

Éste congreso, otorgó un espacio privilegiado a los temas donde los jóvenes expresan sus conocimientos, empuje y creatividad. También a ellos queremos agradecerle su interés y su masiva asistencia; porque su compromiso nos hace sentir la posibilidad de un futuro auspicioso para la ciencia.

Queremos destacar además muy especialmente la asistencia y cooperación de todos Conferencistas invitados de mas allá de nuestras fronteras, que de forma desinteresada y solamente en aras de contribuir con el desarrollo de la educación y formación continua de nuestros médicos; han dejado sus lugares de residencia, trabajo y familia, para ser parte y contribuir en este evento y disfrutar de la tradicional hospitalidad catracha, en especial, la de esta magnífica ciudad turística de Santa Rosa de Copán, que exhibe hoy en su máximo esplendor todo su rico patrimonio cultural.

Como es de público conocimiento, el inestimable apoyo de la industria farmacéutica y empresas afines al campo y quehacer del médico, ha sido un pilar importante en la realización de este evento. Es también de suma importancia, la participación y el aporte del gobierno municipal local, que desinteresadamente colaboro para la realización de esta fiesta científica que une a todos los médicos hondureños en un abrazo de hermandad y solidaridad y que permite la interacción social y científica entre todos los que asistimos.

A todos ellos mi más profundo agradecimiento.

Este año, el Colegio Médico de Honduras, celebra sus 50 aniversario de fundación; situación propicia para desarrollar por todo lo alto este nuestro máximo congreso médico anual, lo que estamos seguros llenara todas las expectativas de los asistentes.

De una vez y para siempre, debemos entender que la salud es un derecho y todo esto debiera estar al alcance de todos. Por eso, yo propongo, que redoblemos nuestro compromiso y hagamos nuestras esas maravillosas palabras y que, en conjunto apelemos a un concepto de salud integral que contempla todos los aspectos de la misma y no el meramente físico.

Muchas gracias por estar acá, por su atención y espero que puedan disfrutar su estancia en esta magna ciudad de Santa Rosa de Copán y que este congreso contribuya a enriquecer sus conocimientos para el engrandecimiento de la disciplina médica nacional.

Muchas Gracias.

DR. ELMER SADY MAYES
Presidente del Colegio Médico de Honduras

RESEÑA BIOGRÁFICA



DR. FAUSTO JUSTINIANO CRUZ ARAGÓN

El Dr. Fausto Cruz conocido por la mayoría de los habitantes de la ciudad de Santa Rosa de Copán y comunidades vecinas como “El Maestro Cruz” nombre que se le ha dado como reconocimiento popular por su destreza en el trabajo, sabiduría y la confianza que la gente siente por su extraordinario desempeño como Gineco-obstetra y por su gran corazón.

El Doctor Fausto Justiniano Cruz Aragón, nació en la ciudad de Santa Rosa de Copán el 28 de noviembre de 1943, hijo del señor Justiniano Cruz y la señora Juana Aragón. Realizó sus estudios de primaria en la escuela Jerónimo J. Reina y la secundaria en el Instituto Álvaro Contreras.

Acudió a la Universidad Nacional Autónoma de Honduras donde obtuvo el título de Doctor en Medicina y Cirugía General el día 7 de abril de 1972. Posteriormente realizó sus estudios de postgrado en el Hospital Materno Infantil y el 9 de marzo de 1978 recibió el título de Médico Especialista en Gineco-Obstetricia.

Contrajo nupcias con la profesora Bessy Rosa Valenzuela López el día 3 de agosto de 1974 en la ciudad de Lepaera, Lempira. Procreando tres hijas: Rosa Carolina, Bessy Lorena y Hena Ligia.

Comenzó a laborar a partir del 1ro de Marzo de 1978 en el Hospital Regional de Occidente, se conoce como reactivador de la Sociedad Médica de Copán.

Durante el ejercicio médico profesional tanto a nivel institucional como en la práctica privada se ha caracterizado por su humanismo, rectitud y entrega desmedida al apostolado de la medicina.

Por todas sus virtudes nos sentimos honrados de que el LV Congreso Médico Nacional lleve su nombre.

PROGRAMA CIENTÍFICO DEL LV CONGRESO MÉDICO NACIONAL 2012, SANTA ROSA DE COPÁN

C: Conferencia

MIÉRCOLES 11 DE JULIO, 2012

CASINO COPANECO

INSCRIPCIÓN 07:00 AM.

CURSOS PRE-CONGRESO

ÉTICA MÉDICA Y HEMOTERAPIA ÉTICA MÉDICA

MODERADOR: Dr. Ezequiel Morales

HORA	CODIGO	TEMA / EXPOSITOR
8:00-8:10		Palabras del Presidente del CMH / Dr. Elmer Mayes
8:10-8:20		Palabras de la Presidente de CENEMEC Dra. Xenia Velásquez (Coordinadora del Comité de Ética)
8:20-8:50	1C	La objeción de conciencia en la práctica médica Dra. Carolina Fortín
8:50-9:20	2C	Riesgos profesionales Dr. Oscar Suazo M.
9:20-9:50	3C	Relación médico-paciente Dr. Gaspar Rodríguez
9:50-10:10		Receso
10:10-10:40	4C	Consentimiento informado Dra. Xenia Velásquez
10:40-11:10	5C	Mercadeo y Ética Médica Dr. Carlos Maldonado
11:10-11:40	6C	Secreto médico Dr. Gaspar Rodríguez
11:40 – 12:10	7C	Alcances de la ley de protección al consumidor y de la tercera edad Abogado Luis Armando Navas Flores
12:10 – 13:00		Receso

HEMOTERAPIA

MODERADOR: Dra. Valeska Cardona y Dr. Joao Pablo Baccara

HORA	CODIGO	TEMA / EXPOSITOR
13:00-14:30	8C	Hemoterapia racional haciendo énfasis en la indicaciones clínicas de la sangre y sus componentes Dr. Gil Cunha de Santis Creación de comités de transfusión /(MESA REDONDA)
14:30-15:00		Discusión

MIÉRCOLES 11 DE JULIO, 2012

SALÓN: SOCIEDAD COPANECA DE OBREROS

INSCRIPCIÓN: 07:00 AM

TALLER DE ESCRITURA Y PUBLICACIÓN DE ARTÍCULOS CIENTÍFICOS

MODERADOR: Dr. Francisco Ramírez

HORA	CODIGO	TEMA / EXPOSITOR
08:00 – 08:30	9C	Introducción de SSI / María Elena Peñaranda PhD.
08:30 – 09:00		Empezando y estructurando su artículo María Elena Peñaranda PhD.
09:00 – 9:30		Resultados, cuadros y figuras María Elena Peñaranda PhD.
9:30 – 10:00		Seleccionando la revista María Elena Peñaranda PhD.
10:00 – 10:30		Receso
MODERADOR: Dr. Oscar Valladares		
10:30 – 11:00		Materiales/sujetos y Métodos María Elena Peñaranda PhD.
11:00 – 11:30		Gramática Dra. Nelly Janeth Sandoval
11:30 – 12:00		Introducción Dra. Jackeline Alger
MODERADOR: Dr. Francisco Ramírez		
12:00 – 13:00		Receso
13:00 – 13:30		Discusión Dra. Jackeline Alger
13:30 – 14:00		Resumen y Título Dra. Nelly Janeth Sandoval
14:00 – 15:00		Enviando el artículo María Elena Peñaranda PhD.

MIÉRCOLES 11 DE JULIO, 2012

SALÓN LOS PINOS HOTEL CASA REAL

INSCRIPCIÓN: 07:00 AM

TALLER DE ICTUS ISQUÉMICO***

MODERADOR: Dr. Noel Gonzales

HORA	CODIGO	TEMA / EXPOSITOR
08:00-09:00	10C	Ictus Isquémico / Dr. Nelson Chinchilla, Dra. Carolina Haylock
09:00-10:30		Manejo en la Unidad de Cuidados Intensivos y Reanimación en la emergencia del ictus Dra. Carolina Haylock (12 participantes) Clasificación de ictus agudo y código del ictus / Dr. Nelson Chinchilla (12 participantes)
10:30-11:00		Receso
11:00-11:30		Práctica con casos clínicos Dr. Nelson Chinchilla, Dra. Carolina Haylock

*** Cupo Limitado, total 24 participantes.

TALLER DE RADIOLOGÍA E IMAGEN EN LA PRÁCTICA MÉDICA***

MODERADOR: Dr. Adoni Duarte

HORA	CODIGO	TEMA/ EXPOSITOR
11:30-12:30	11C	Neuroradiología Indicaciones de estudios de imagen en dolor lumbar Imágenes en enfermedad vascular cerebral Dra. Jeannette Bú
12:30-13:30	12C	Diagnóstico por imagen en el cáncer de mama, tendencias actuales Dr. Leonardo Lara
13:30-14:30	13C	Tiroides por imagen Dr. Carlos Enrique Rivera Argeñal

*** Cupo Limitado, total 48 participantes.

PROGRAMA CIENTÍFICO DEL LV CONGRESO MÉDICO NACIONAL 2012, SANTA ROSA DE COPÁN

C (Conferencia)

TL (Trabajo Libre)

JUEVES 12 DE JULIO 2012

SALÓN 1: CASINO COPANECO

COFERENCIAS MAGISTRALES Y TRABAJOS LIBRES

MÓDULO DE INVESTIGACIÓN Y PEDIATRÍA

HORA	CODIGO	TEMA / EXPOSITOR
Moderadores: Dr. Hernán Chinchilla y Dra. Claudia Cálix		
08:00-08:30	14C	La importancia de la investigación Dra. María Elena Peñaranda PhD.
08:30-09:00	1TL	Alteraciones metabólicas en el paciente pediátrico con el tratamiento antirretroviral en seguimiento clínico en el Centro de Atención Integral del Hospital Nacional Dr. Mario Catarino Rivas de San Pedro Sula Dra. Karen Erazo
09:00-09:30	2TL	Experiencia epidemiológica del impacto de la vacuna contra Rotavirus en las hospitalizaciones por diarrea en el Instituto Hondureño de Seguridad Social, Tegucigalpa. Dr. Marco Tulio Luque
09:30-10:00	3TL	Pentalogía de Cantrell Dra. Tania Licona
10:00-10:30	15C	Tumores oftalmológicos en pediatría Dr. Carlos Maldonado.
10:30 - 11:00	Receso	
Moderadores: Dra. Alina Lanza y Dr. Jorge Maldonado		
11:00- 11:30	4TL	Enfermedad de Kawasaki (Caso Clínico) Dr. Francisco Javier Rodríguez
11:30 - 12:00	16C	Síndrome metabólico en pediatría Dr. Guillermo Arturo Villatoro
12:00 - 12:30	5TL	Micetoma torácico / Dr. Marco Tulio Luque
12:30 - 13:00	6TL	Neurocisticercosis múltiple en pediatría Dr. Mario Hernández
13:00 - 13:30	Receso	
Moderadores: Dra. Amanda López y Dr. Darwin López		
13:30 - 14:00	7TL	Experiencia en broncoscopia en el Hospital Nacional Dr. Mario Catarino Rivas, San Pedro Sula 1995/2012 Dr. Julio Ortega
14:00 - 14:30	8TL	Respuesta de la terapia antirretroviral en niños con la infección de VIH-1 Dr. Mario Hernández
14:30 - 15:00	17C	Primicias del impacto con la introducción de la vacuna anti neumocócica en el PAI, Honduras Dr. Oscar Gerardo Banegas
15:00 - 15:30	18C	Terapia con insulinas desde una perspectiva práctica en pediatría Dra. Lesby Espinoza.

PROGRAMA CIENTÍFICO DEL LV CONGRESO MÉDICO NACIONAL 2012, SANTA ROSA DE COPÁN

C (Conferencia)

TL (Trabajo Libre)

JUEVES 12 DE JULIO 2012

SALÓN 2: SOCIEDAD COPANECA DE OBREROS

MÓDULO DE GINECOBSTETRICIA Y MISCELÁNEAS

HORA	CODIGO	TEMA / EXPOSITOR
Moderadores: Dr. Roberto Álvarez y Dra. Lucía Y. García		
8:00 - 8:30	9TL	Manejo conservador de la preclampsia severa Dr. Heriberto Palencia.
8:30 - 9:00	10TL	Histerectomía abdominal de emergencia en el Hospital Regional de Occidente Dr. Carlos Claudino.
9:00 - 9:30	19C	Embolización de miomas uterinos Dr. Carlos Enrique Rivera Argeñal.
9:30 - 10:00	20C	Síndrome de transfusión feto-fetal Dr. Pablo Alberto Martínez Rodríguez.
10:00 - 10:30	Receso	
Moderadores: Dra. Claudia Montoya y Dr. Marco Tulio Rodríguez		
10:30 - 11:00	11TL	Recanalización tubárica en pacientes con antecedentes de oclusión tubárica bilateral Dr. Heriberto Rodríguez
11:00 - 11:30	21C	Lo que todo médico debe saber sobre el síndrome de ovarios poliquísticos Dr. Elmer López Lutz
11:30 - 12:00	22C	Cirugía radical vs. Cirugía conservadora en el cáncer de mama en la liga contra el cáncer. San Pedro Sula Dr. Manuel Maldonado
12:00 - 12:30	23C	Diagnóstico y manejo actual de los fetos con restricción en el crecimiento intrauterino Dr. Pablo Alberto Martínez Rodríguez
12:30 - 13:00	Receso	
Moderadores: Dr. Carlos Leiva y Dra. Vesna Valladares		
13:00 - 13:30	24C	Utilidad de la radiofrecuencia en el manejo del dolor crónico Dra. Carolina Haylock
13:30 - 14:00	25C	Código ictus; a una década de la formación de la primera unidad de ictus de Honduras. Lineamientos 2012 en el Manejo del ictus cerebral Dr. Nelson Chinchilla.
14:00 - 14:30	12TL	Anestesia epidural para abordaje mínimo de acceso en discopatía en la cirugía de columna lumbar Dra. María Eugenia Interiano
14:30 - 15:00	13TL	Definición de prioridades de investigación en la Facultad de Ciencias Médicas, Universidad Nacional Autónoma de Honduras, y la red de servicios de salud en Honduras Dra. Jackeline Alger

PROGRAMA CIENTÍFICO DEL LV CONGRESO MÉDICO NACIONAL 2012, SANTA ROSA DE COPÁN

C (Conferencia)

TL (Trabajo Libre)

VIERNES 13 DE JULIO 2012

SALÓN 1: CASINO COPANECO

MÓDULO DE MEDICINA INTERNA Y MISCELÁNEAS

HORA	CODIGO	TEMA / EXPOSITOR
Moderadores: Dr. Vernon Hernández y Dr. Heryberto Osorio		
8:00 - 8:30	14TL	Factores asociados a la retinopatía en pacientes diabéticos Tipo 2, en el Hospital de El Progreso, Yoro / Dr. Jaime Hall.
8:30 - 9:00	15TL	Tratamientos de puentes coronarios Dr. Francisco Somoza
9:00 - 9:30	16TL	Relación entre el control glucémico y complicaciones microangiopáticas en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 en el Hospital de El Progreso, Yoro Dra. Cesia Gallegos
9:30 - 10:00	17TL	Cierre con terapia endovascular de comunicación inter auricular y foramen oval permeable, con absoluta indicación Dr. Francisco Somoza
10:00 - 10:30	Receso	
Moderadores: Dr. Luis Bueso y Dra. Yadira Cárcamo		
10:30 - 11:00	26C	Factores de riesgo relacionado con la aparición de neumonías en pacientes con ventilación mecánica en el Instituto Hondureño del Seguridad Social de San Pedro Sula Dr. Oscar Díaz Pineda
11:00 - 11:30	27C	Nuevos anticoagulantes en la prevención del evento cerebro vascular Dr. Ismael Guzmán (Guatemala)
11:30 - 12:00	28C	Tratamiento de <i>Helicobacter pylori</i> en América Latina Dr. Ricardo Domínguez
12:00 - 12:30	29C	ARA 2, en protección vascular Dr. Ismael Guzmán (Guatemala)
12:30 - 13:00	Receso	
Moderadores: Dr. Gabriel Cardona y Dra. Mirna Iveth Leiva P.		
13:00 - 13:30	30C	La dermatología en la práctica clínica Dr. Rafael Valle
13:30 - 14:00	18TL	Enfermedad de Paget Dra. Cinthia Gisela Espinoza Alvarado
14:00 - 14:30	19TL	Antibióticos en Rinusinusitis Dr. Carlos Young
14:30 - 15:00	31C	Antibióticos en la práctica clínica Dr. Nelson Mercadal

PROGRAMA CIENTÍFICO DEL LV CONGRESO MÉDICO NACIONAL 2012, SANTA ROSA DE COPÁN

C (Conferencia)

TL (Trabajo Libre)

VIERNES 13 DE JULIO 2012

SALÓN 2: SOCIEDAD COPANECA DE OBREROS

MÓDULO DE NEUROLOGÍA, CIRUGÍA, ORTOPEDIA Y MEDICINA

HORA	CODIGO	TEMA / EXPOSITOR
Moderadores: Dr. Rafael Valle y Dra. Sonia Delatibodier		
8:00 - 8:30	32C	Epilepsia diagnóstico y manejo Dr. Jorge León Aldana
8:30 - 9:00	20TL	Perforación intestinal por válvula de derivación ventrículo peritoneal, en el Hospital Nacional Dr. Mario Catarino Rivas del 2003 al 2010 Dr. Ángel Velásquez
9:00 - 9:30	33C	Manejo quirúrgico de la enfermedad cerebro-vascular Dr. Tulio Pompeyo Murillo
9:30 - 10:00	34C	Avances en imágenes de la enfermedad cerebro-vascular Dr. Carlos Paz Haslam
10:00 - 10:30	Receso	
Moderadores: Dr. Ivanhoe Orellana y Dra. Angélica García		
10:30 - 11:00	21TL	Sustitución de esófago con tubo gástrico en pacientes con cáncer de esófago Dr. Nahúm Lemus
11:00 - 11:30	35C	Ventajas y desventajas del manejo actual de la hipertrofia prostática y prostatismo Dr. Edin Quijada
11:30 - 12:00	36C	Labor de operación sonrisa en Honduras Dr. Oscar Sarmiento
12:00 - 12:30	37C	Protocolo de manejo de tumores óseos Dr. Juan Carlos Navas
12:30 - 13:00	Receso	
Moderadores: Dra. Carolina Chacón y Dr. Florentino Martínez		
13:00 - 13:30	38C	Casos clínicos interesantes de tumores óseos Dr. Juan Carlos Navas
13:30 - 14:00	22TL	Multipolidactilia (Caso Clínico) Dr. Ramón Rodríguez
14:00 - 14:30	39C	Política de sangre en Brasil, con énfasis en la importancia del reglamento sanitario Dr. Joao Baccara (Brasil)
14:30 - 15:00	40C	Programa brasileño de donación voluntaria de sangre Sra. Vania Lucía de Melo. (Brasil)

PROGRAMA CIENTÍFICO DEL LV CONGRESO MÉDICO NACIONAL 2012, SANTA ROSA DE COPÁN

C (Conferencia)

TL (Trabajo Libre)

SÁBADO 14 DE JULIO 2012

SALÓN 1: CASINO COPANECO

MISCELÁNEAS

HORA	CODIGO	TEMA / EXPOSITOR
Moderadores: Dra. Cinthia Espinoza y Dra. Angélica Carolina Vásquez		
8:00 - 8:30	23TL	Cirugía de carcinoma metastásico renal a cráneo Dr. Roberto Álvarez
8:30 - 9:00	41C	Uso del Partograma Dr. Marlon U. Estrada
9:00 - 9:30	42C	Como diferenciar entre el vértigo central y el vértigo periférico Dr. Lucas Arturo Zelaya Saldaña
9:30 - 10:00	43C	Lumbago mecano postural y manejo de rehabilitación Dr. Leonardo Sierra
10:00 - 10:30	Receso	
Moderadores: Dr. Gustavo Ramos y Dra. Marith López		
10:30 - 11:00	24TL	La adicción al teléfono celular y su incidencia en las patologías psiquiátricas, en los pacientes del Hospital Psiquiátrico Mario Mendoza Dra. Alejandra Munguía
11:00 - 11:30	44C	Envejecer con dignidad. No hay Botox para el cerebro Dra. Gya Zanoletty
11:30 - 12:00	25TL	Proyecto piloto para la prevención de violencia en adolescentes de Copán Dr. Francisco Ramírez
12:00 - 12:30	45C	Intoxicación aguda por cocaína Dr. Nelson Mercadal
12:30 - 13:00		Ceremonia de Clausura Juramentación del Comité Organizador del LVI Congreso Médico Nacional 2013
13:00		Entrega de Diplomas

PROGRAMA CIENTÍFICO DEL LV CONGRESO MÉDICO NACIONAL 2012, SANTA ROSA DE COPÁN

C (Conferencia)

TL (Trabajo Libre)

SÁBADO 14 DE JULIO 2012

SALÓN 2: SOCIEDAD COPANECA DE OBREROS

MEDICINA Y MISCELÁNEAS

HORA	CODIGO	TEMA / EXPOSITOR
Moderadores: Dr. Pablo Santos y Dra. Sonia Emilia Reyes		
8:00 - 8:30	26TL	Resultados preliminares de un estudio sobre transmisión congénita de <i>Trypanosoma cruzi</i> , en Intibucá Dr. Jaime H. del Cid
8:30 - 9:00	46C	Atendiendo las necesidades de nuestros seres queridos que viven con VIH-SIDA Dr. Manuel Aguilar Cruz
9:00 - 9:30	27TL	Resultados preliminares sobre la transmisión congénita de <i>Trypanosoma cruzi</i> , en Santa Bárbara Dr. Benjamín López
9:30 - 10:00	28TL	Incidencia de infecciones en sistemas derivativos en el Hospital Nacional Dr. Mario Catarino Rivas. Experiencia de 10 años. Dra. Ena Miller
10:00 - 10:30	Receso	
Moderadores: Dr. Héctor Deras y Dra. Jeymi Munguía		
10:30 - 11:00	47C	La promoción en salud a través de los medios de comunicación Dr. Oscar Gerardo Banegas
11:00 - 11:30	29TL	Diabetes neonatal Dra. Lesby Espinoza
11:30 - 12:00	48C	Actualización en la prevención de cáncer de cérvix con la vacuna de Virus de Papiloma Humano Dr. Elmer Turcios
12:00 - 12:30	49C	Infecciones bacterianas en piel Dr. Cándido Ulises Mejía
12:30 - 13:00	Juramentación del Comité Organizador del LVI Congreso Médico Nacional 2013 Salón de Casino Copaneco	

PROGRAMA DE LA CEREMONIA INAUGURAL

MIÉRCOLES 11 DE JULIO DEL 2012, 19:00 HORAS

LUGAR: SALÓN CASINO COPANECO, SANTA ROSA DE COPÁN

- **Maestro de Ceremonia**
Dr. Germán Bárcenas

- **Integración de la Mesa Principal**
Monseñor Darwin Rodríguez Andino, Obispo de Santa Rosa de Copán
Dr. Arturo Bendaña Pinel, Ministro de Salud Pública
Abogado Juan Carlos Lagos, Gobernador Político de Copán
Perito Mercantil José Aníbal Alvarado, Alcalde Municipal, Santa Rosa de Copán
Dr. Elmer Sady Mayes, Presidente del Colegio Médico de Honduras
Dra. Xenia Velásquez, Secretaria de Asuntos Educativos y Culturales
Dra. Nathalie Munguía Bonilla, Presidenta del Comité Organizador
Dr. Fausto Justiniano Cruz Aragón, Médico Homenajado en este Congreso

- **Invocación a Dios**
Por el Monseñor Darwin Rodríguez Andino

- **Himno Nacional de la República de Honduras**

- **Palabras de Bienvenida**
Dra. Nathalie Munguía, Presidenta del Comité Organizador

- **Palabras de Inauguración del LV Congreso Médico Nacional**
Dr. Elmer Sady Mayes, Presidente del Colegio Médico de Honduras

- **Palabras del Alcalde Municipal de Santa Rosa de Copán**
Perito Mercantil José Aníbal Alvarado

- **Palabras del Ministro de Salud Pública**
Dr. Arturo Bendaña Pinel

- **Reseña Biográfica del Dr. Fausto Justiniano Cruz Aragón, y Homenaje**
Dra. Claudia Montoya, Presidenta del Capítulo de Gineco-Obstetricia de Occidente, Homenaje por la Alcaldía Municipal de Santa Rosa de Copán

- **Palabras del Dr. Fausto Justiniano Cruz Aragón (Homenajado)**

- **Brindis en Honor al Dr. Fausto Justiniano Cruz Aragón**
Dr. Carlos Claudino

- **Coctel de Bienvenida**

PROGRAMA DE CEREMONIA DE CLAUSURA

SÁBADO 14 DE JULIO DEL 2012, 13:00 HORAS

LUGAR: SALÓN CASINO COPANECO, SANTA ROSA DE COPÁN

▪ **Maestro de Ceremonia**

Dr. Germán Bárcenas

1. Entrega de Premios a los 5 mejores trabajos libres presentados durante el LV Congreso Médico Nacional
Dr. Nelson Penman Pinto. Presidente del Comité Científico
2. Presentación y Juramentación del Comité Organizador del LVI Congreso Médico Nacional 2013 a realizarse en la ciudad de Puerto Cortés
3. Palabras de Despedida por Dra. Nathalie Munguía, Presidenta del Comité Organizador del LV Congreso Médico Nacional
4. Palabras de Clausura del Dr. Elmer Sady Mayes, Presidente del Colegio Médico de Honduras

PROGRAMA SOCIO-CULTURAL				
FECHA	HORA	LUGAR	EVENTO	TRAJE
Miércoles 11 de Julio	19:00	Casino Copaneco	Ceremonia de Inauguración Coctel de Bienvenida	Formal
Jueves 12 de Julio	18:00 21:00 22:00	AGAC AGAC AGAC	Mini Feria de Los Llanos Noche Maya Carnaval	Casual
Viernes 13 de Julio	20:00	Casa del Abogado	Noche Artística	Casual
Sábado 14 de Julio	20:00	Casino Copaneco	Fiesta de Gala	Formal

RESÚMENES DE CONFERENCIAS MAGISTRALES

C (Conferencia)

1C. LA OBJECCIÓN DE CONCIENCIA EN LA PRÁCTICA MÉDICA.

Dra. Carolina Fortín, Instituto Nacional Cardio-Pulmonar, Tegucigalpa.

Consiste en la abstención y/o negación de un individuo a cumplir lo mandado por una norma concreta del ordenamiento jurídico por entender que su cumplimiento es incompatible con el respeto a un determinado valor moral percibido por la propia conciencia. Nos encontramos en el fondo con el problema de resolver la relación entre derecho y moral, de no resolverse adecuadamente esta relación arriba apuntada tendremos la injusticia frente a la agresión y conculcación de un derecho fundamental. La conciencia es un juicio práctico sobre la moralidad de una acción, etimológicamente del latín *cumscientia*, *cumscirere*, la conciencia es radicalmente dialógica. La objeción de conciencia se trata de un intento de desprecio a la legalidad o al intento de desobediencia arbitraria frente a la norma positiva, se apela a una autonomía monádica de la conciencia en el sentido de ser la conciencia exclusivamente ley para uno mismo, como si ésta, la conciencia no debiera seguir a la ley en la consecución del propio bien personal. No se funda ni en la pretendida autonomía del sujeto respecto a la norma ni al desprecio de la ley civil, sino a la fidelidad a la misma fundamentación de la ley civil como arriba hemos apuntado en el obligado servicio al bien moral.

2C. RIESGOS PROFESIONALES. Dr. Oscar Suazo M., Instituto Hondureño del Seguridad Social, Tegucigalpa.

Las condiciones de trabajo ejercen una influencia directa y considerable en la salud y el bienestar de los trabajadores. Riesgos Profesionales son los accidentes y enfermedades a que están expuestos los trabajadores a causa de las labores que ejecuta por cuenta ajena, también es toda lesión, enfermedad o agravación que sufran posteriormente los trabajadores como consecuencia inmediata e indudable de un accidente de trabajo o enfermedad profesional que haya sido víctima. Los trabajadores que sufren un riesgo profesional tienen derecho a: al pago de indemnización por accidente de trabajo y enfermedad profesional, asistencia médica quirúrgica, medicamentos y material de curación, gastos de traslado y hospitalización, otros gastos que incurra para la rehabilitación y a continuar laborando. El vínculo entre prevención y seguro de indemnización de accidentes puede habilitar mecanismos eficaces para reducir tanto los accidentes en el lugar de trabajo como las enfermedades profesionales y ofrecer un incentivo para que los empleadores incrementen las actividades de prevención en la empresa, dado que la prevención incide en la tasa de cotización abonada exclusivamente por el empleador.

3C. LA RELACIÓN MÉDICO – PACIENTE. Dr. Gaspar Rodríguez, Pediatra Nefrólogo, Instituto Hondureño de Seguridad Social.

Ética es la ciencia que fundamenta el comportamiento moral del ser humano para adecuarlo al bien del universo, la sociedad y el individuo. Principios Éticos: Autonomía, Justicia, Benevolencia. Son autoobligados; se aceptan en conciencia y no impuestos por ninguna autoridad externa. Concepto de Salud. Es un estado bio-psico-social observable y medible por la ciencia médica, la exploración clínica y las ayudas diagnósticas, percepción de bienestar psicosomático y social, percepción de integridad, libertad de acción, Capacidad de comunicación. Naturaleza de la medicina. Es el arte y la ciencia que cuida la salud del ser humano. Es arte porque debe efectuar acciones para cumplir sus fines y es ciencia porque necesita un acumulo de conocimientos para ejercerla. Características del Médico: bondad, sabiduría, respeto. Regla de oro del comportamiento medico: trata a tu paciente como te gustaría que te trataran a ti. Diferencias de la relación médico paciente según circunstancias: 1. Según el ambiente donde se realice: emergencia, sala de hospitalización, consultorio, otros ambientes (domicilio, lugar de accidente, cárcel). 2. Según el grado de participación del paciente: paternalista, autónoma, responsable. 3. Según la edad del paciente. 4. Según actitud y estilos del paciente y el médico. Problemas actuales de la relación. Pérdida de fe en el médico, Deshumanización del personal de salud, menor privacidad en los servicios de salud, el aumento en los costos. Conflictos en la relación. El paciente quiere lograr del médico ganancias deshonestas, intereses familiares se vuelven contra los derechos del enfermo, intervienen terceros, surgen conflictos entre el médico y la sociedad. Rompimiento de la relación. Falta de colaboración del paciente y/o familia, incompatibilidad moral entre el médico y su paciente, imposibilidad física de atender paciente por falta de tiempo, falta de recursos económicos, interferencia con otros colegas, incapacidad científica y falta del paciente a sus deberes.

4C. CONSENTIMIENTO INFORMADO. Dra. Xenia Velásquez, Dermatóloga, Coordinadora del Comité de Ética del Colegio Médico de Honduras/ Secretaria de Asuntos Educativos y Culturales / Presidente del Centro Nacional de Educación Médica Continua (CENEMEC). Colegio Médico de Honduras, Tegucigalpa, Honduras

Es la autorización que hace una persona con plenas facultades físicas y mentales para que los profesionales de la salud puedan realizar un tratamiento o procedimiento. Lo podemos definir como el compromiso conjunto que establece el espacio comunicativo destinado a informar en forma oral o escrita la naturaleza, propósitos, forma de aplicación de los instrumentos de recopilación de información o aplicación de pruebas experimentales, presentando los beneficios, los riesgos, alternativas y medios del proceso en el cual, quien reci-

be la información, irá a convertirse en participante, objeto de experimentación o contribuyente al análisis estadístico, constituyéndose el documento resultante en el testimonio escrito de quien va a ser investigado (o su tercero responsable, autorizado por ley) para lograr una autorización clara, competente, voluntaria y autónoma. El consentimiento informado es una herramienta proactiva del investigador, que le permite prevenir, controlar y cuidar la integridad del proceso, y de quien da el consentimiento, pero también de la suya propia y la de su grupo co-investigador. Más que un instrumento judicial, es la expresión de una actitud y voluntad que permite prácticamente expresar la manera como se va a conducir un proceso dimensionado en cada momento y las posibles consecuencias en pro o en contra de las partes. Más allá de ser un protocolo con una función de una simple constancia y formalidad, debe ser la manifestación de la actitud responsable, preventiva y bioética del investigador. Si así no fuera, se caería por su propio peso, siendo viva imagen de un simple cumplimiento o doble moral de los sujetos que intervienen en la investigación.

5C. MERCADEO Y ETICA MÉDICA. Dr. Carlos Maldonado, Oftalmólogo Pediatra, Hospital Escuela, Tegucigalpa.

“Donde hay amor al arte hay amor al hombre”, es una frase atribuida a Hipócrates, quien probablemente se refería al noble y sagrado arte de la profesión que él mismo cultivaba; *La Medicina*. Porque la medicina es ciencia, sí, pero también es arte, en el sentido clásico de la palabra: *la recta razón de actuar*. En la actualidad los médicos por el aumento de profesionales generales, especialistas y sub especialistas, han tenido que hacer uso del mercadeo muchas veces realizando cosas que son faltas a la ética por lo cual debemos hacer uso de todo lo que ayude a aumentar nuestra cartera de pacientes es bueno sin caer en lo inhumano. Mercadeo es todo lo que se haga para promover una actividad, desde el momento que se concibe la idea, hasta el momento que los clientes comienzan a adquirir el producto o servicio en una base regular. El mercadeo pretende crear necesidades para que aumente el consumo de los servicios que se presta esto puramente tipo mercantilista. En los servicios de salud es inaceptable. En el sector salud se debe de hacer con sólido soporte científico y conocimiento pleno de que lo que se mercadea es útil para la salud, Crear falsas alarmas para que el paciente consuma más servicios es inaceptable y falto de ética. Los servicios de salud regidos por parámetro puramente económicos son inmorales, así como, publicidad muy ligada al mercadeo y que siempre busca beneficio económico. Por lo anterior podemos decir que La publicidad en el sector salud siempre. Debe ser ética, anunciar sin engaño, buscar la salud de la sociedad.

6C. SECRETO MÉDICO. Dr. Gaspar Rodríguez, Pediatra Nefrólogo, Instituto Hondureño de Seguridad Social.

Es la obligación ética que tiene el médico de no divulgar ni permitir que se conozca la información que en forma directa o indirecta obtenga durante el ejercicio profesional, sobre la salud y vida del paciente y su familia, aun después de su muerte. **Aspectos Ético-Legales:**

Declaración de los Derechos Humanos, Constitución de la República, Código Sanitario, Código Penal, Código de Ética del Colegio Médico de Honduras. **Tipos de Secreto:** natural, prometido, confiado. **Quiénes deben guardar el secreto?:** médicos, estudiantes de medicina, enfermería, trabajador social, personal administrativo, etc. **Problemas con el expediente clínico:** Más personas consignan datos como enfermeras, terapeutas, salud ocupacional, etc. **Quién puede tener acceso al expediente clínico?:** médico tratante, personal encargado de la atención del paciente, empresas de salud o fabricas con la autorización del paciente para datos específicos y los auditores de salud, etc. **El secreto profesional y la salud ocupacional:** la empresa no debe interferir ni imponer, la revisión del expediente clínico debe ser autorizado por el trabajador, solo se informa lo pertinente. **Cuando revelar el secreto médico?:** beneficio para el paciente (conducir y epilepsia, enfermedad familiar hereditaria, embarazo o drogas en adolescentes, certificado de nacimiento o defunción). Beneficio para la empresa. **Beneficio para la sociedad** (enfermedades contagiosas, enfermos peligrosos, víctimas de delito, mala praxis, testigo en juicio, heridos, guerrilleros, abortos). **Cuáles y porque se cometen las faltas?:** por interesarse en aspectos no médicos, comentarios con conyugues, amigos, lectura del expediente por médico tratante sin interés científico, sensacionalismo en revistas, periódicos o TV, publicaciones y reuniones científicas sin consentimiento, informando más de lo necesario en personajes públicos enfermos, cámaras y micrófonos en hospitales, quirófanos y cuidados intensivos, imágenes degradantes de tragedias. **Consecuencias de revelar el secreto profesional:** legales, daño físico, moral, económico, social, perdida de la intimidad del paciente y desconfianza en la relación médico-paciente.

8C. HEMOTERAPIA RACIONAL HACIENDO ÉNFASIS EN LA INDICACIONES CLÍNICAS DE LA SANGRE Y SUS COMPONENTES. Dr. Joao Baccara, Hematología y Hemoterapia. Ministerio de Salud. Brasil.

Creación de Comités de Transfusión / (MESA REDONDA). La hemoterapia en Brasil desde su creación demuestra la búsqueda de una organización y patrón característico de nuestro país. Sobresalen las primeras transfusiones de artesanía, realizadas por algunos cirujanos tratando de salvar vidas. La creación de los primeros servicios de transfusión en los años 40. El advenimiento de la Sociedad Brasileña de Hematología en el año 1950, la campaña la donación voluntaria de SBHH1980 y con la creación de bancos de sangre, hace que hoy en día vivamos de una hemoterapia acoplada a la hematología, incluyendo la enseñanza universitaria, los servicios de hematología, excelentes en la mayoría de los hospitales y la calidad de la sangre en los centros de hemoterapia. El hemoterapeuta va dejando un papel pasivo y se convierte en un especialista destacado en la comunidad médica, hospitalaria y universitaria, implementando la tecnología y el conocimiento para el beneficio de los pacientes. La nueva frontera que se presenta en la hemoterapia en el siglo XXI, se refiere a todo aquello que la medicina considera hoy como la ciencia de vanguardia, como la biología molecular, la ingeniería genética y la terapia celular.

9C. TALLER DE ESCRITURA Y PUBLICACIÓN DE ARTÍCULOS CIENTÍFICOS. María Elena Peñaranda, PhD; Instituto de Ciencias Sostenibles (SSI), San Francisco, California, EUA. Dra. Nelly Janeth Sandoval, Dra. Jackeline Alger, Consejo Editorial Revista Médica Hondureña, Tegucigalpa, Honduras.

El Instituto de Ciencias Sostenibles o SSI tiene como misión proveer soporte a la investigación en ciencias de la salud con el fin de promover el estudio de problemas locales y mejorar los sistemas de salud pública. El taller de escritura de artículos científicos planeado por un día como Curso de Pre-Congreso previo al LV Congreso Médico Nacional de Honduras, consistirá de una descripción general de todos los pasos necesarios a considerar cuando se escribe un artículo de alta calidad que tenga altas probabilidades de ser aceptado para publicación. La comunidad científica evalúa el progreso y el estado de los investigadores principalmente por el número y calidad de los manuscritos que el científico ha publicado en revistas evaluadas por sus colegas. Este taller de escritura de manuscritos está diseñado para proporcionar a los investigadores con la información y las herramientas necesarias para transformar datos existentes en material publicable de buena calidad y así, aumentar la probabilidad de que un manuscrito sea aceptado para publicación en una revista científica de renombre. Se discutirá el proceso de cómo empezar con un borrador y los pasos a seguir para escribir cada sección de un trabajo científico desde título, introducción, materiales y métodos, resultados, discusión y resumen, hasta como someter el artículo a publicación y respuesta a los editores. También con este taller se espera estimular a los participantes a escribir y publicar sus trabajos científicos, ya que los investigadores dependen de trabajos publicados para obtener financiamiento y poder continuar con su investigación. Además se considera que el trabajo de investigación no es completo hasta que se hayan publicado los datos y compartido con la comunidad científica para su consideración y discusión del significado de los datos en el contexto general del problema.

10C. ICTUS ISQUÉMICO. Dr. Nelson Chinchilla, Neurología y Epileptología. Unidad de Ictus, Hospital del Valle, San Pedro Sula; Dra. Carolina Haylock, Anestesiología, Reanimación y Dolor, Algología y Cuidados Intensivos. Unidad de Ictus, Hospital del Valle, San Pedro Sula.

La isquemia cerebral es un proceso dinámico desencadenado al ocluirse una arteria intracraneal de forma aguda, habitualmente por un embolismo, desde el corazón o desde lesiones arterioescleróticas de arterias más proximales. La recanalización urgente de dichas arterias y reperusión precoz del tejido cerebral, las terapias neuroprotectoras que intervengan en la cascada isquémica y la prevención de la recurrencia son los objetivos terapéuticos en la fase aguda del ictus isquémico. El ictus isquémico se puede clasificar en base a diversos parámetros como lo son su localización y su etiología. Una clasificación sencilla y universalizada es la que según la extensión y localización del ictus isquémico los subdivide en: TACI (acrónimo anglosajón para referirse al ictus completo de circulación anterior), PACI (ictus parcial de circulación anterior), LACI (ictus lacunar) y POCI (ictus de circulación posterior). Según la etiología del ictus se van a subdividir en ictus aterotrombóticos, cardioembólicos, lacunares, de causa in-

habitual y de origen indeterminado. Semiologicamente, a la cabecera del enfermo podremos identificar síndromes corticales, síndromes lacunares y síndromes troncoencefálicos. El "código ictus" consiste en una fase prehospitalaria y una fase intra-hospitalaria. La fase prehospitalaria consiste en el contacto prehospitalario y el transporte rápido por un equipo de soporte vital avanzado al hospital más cercano capaz de administrar tratamiento con rt-PA. La fase intrahospitalaria consiste en una rápida evaluación, que incluía los signos vitales, la medida de glucemia, el electrocardiograma, la cuantificación del NIHSS y la tomografía computarizada craneal.

11C. NEURORADIOLOGÍA. INDICACIÓN DE ESTUDIOS DE IMAGEN EN DOLOR LUMBAR E IMAGEN EN ENFERMEDAD VASCULAR CEREBRAL Dra. Jeannete Bú, Neuroradióloga, MATERDEI, Tegucigalpa.

Una de las consultas más comunes en la práctica médica es aquel paciente con dolor lumbar, motivo por el cual se hace necesario que el médico conozca los métodos actuales de imagen para identificar los factores causales. Las causas frecuentes de dolor lumbar como ser: Patología discal (hernias discales), radiculopatías, patología degenerativa (canal estrecho, osteofitos, etc), lesiones post traumáticas o tumorales, etc, obligan al conocimiento de las ventajas o desventajas, así como las indicaciones o contraindicaciones de los siguientes métodos de imagen: radiografía, tomografía computada multicorte, mielotomografía computada o imagen por resonancia magnética. Ciertas características clínicas son importantes para sugerir que estudio puede ser de ayuda para el diagnóstico. La tecnología médica bien utilizada y con el conocimiento adecuado le permite al médico optimizar estas herramientas de ayuda para llegar a la etiología del dolor lumbar y poder instaurar un tratamiento rápido y oportuno. El dolor lumbar es una de las causas más comunes de consulta, pero hoy en día la enfermedad vascular cerebral en nuestro país es una de las causas más frecuentes de morbi-mortalidad. Es importante definir si un evento clínico es isquémico o hemorrágico ya que las medidas de detección temprana son enfocadas a instaurar tratamiento rápido y evitar secuelas que con frecuencia dejan limitado al paciente. Actualmente los métodos de imagen nos permiten: la detección temprana, conocimiento de la extensión de la zona afectada, complicaciones, factores causales y tipo de tratamiento, para lo cual contamos con los siguientes métodos de imagen: 1) tomografía computada, con angiogramografía y perfusión. 2) imagen por resonancia magnética con angiogramografía, difusión, perfusión espectroscopía, etc. 3) ultrasonido doppler carotídeo y trans craneal, todas las anteriores están orientadas a identificar zona cerebral afectada o comprometida (daño anatómico), tejido cerebral rescatable (aspecto funcional) trayecto vascular afectado y finalmente tipo de tratamiento a utilizar. Finalmente se cuenta con la angiogramografía cerebral, que se utiliza mayormente para tratamiento endovascular.

12C. DIAGNÓSTICO POR IMAGEN EN EL CÁNCER DE MAMA, TENDENCIAS ACTUALES. Dr. Leonardo Lara Pinto. Radiólogo, Hospital Escuela, Tegucigalpa.

El cáncer de mama es la segunda causa de cáncer en la mujer hondureña y la tercera causa de muerte por cáncer con un porcentaje

que oscila entre 7.6 a 11.8 muertes de cada 100,000 habitantes o sea que son entre 600 a 700 muertes al año considerando la población estimada a la fecha. La mamografía sigue siendo hasta el momento el estudio de detección temprana más utilizado y confiable por lo que es importante para el médico conocer cuáles son las indicaciones actuales en relación a los protocolos más reconocidos, así como, también estudios adicionales de imágenes que se utilizan hoy en día.

13C. TIROIDES POR IMAGEN. Dr. Carlos Rivera, Radiólogo intervencionista, Hospital Escuela, Tegucigalpa.

La hormona tiroidea regulan la manera de como las células utilizan la energía y que tan rápido trabaja el metabolismo; por lo que las enfermedades de la tiroides afectan el metabolismo corporal, el crecimiento, peso, temperatura y el nivel de energía. Además de regular la función cardíaca y del sistema digestivo. En general los problemas tiroideos se clasifican en tres categorías: hipotiroidismo, hipertiroidismo y nódulos tiroideos. En la plática se explica la utilidad diagnóstica del ultrasonido para la evaluación de la glándula y para la caracterización de los nódulos tiroideos. Se abordarán los criterios para realización de biopsia y se explicará en general la técnica de realización con guía ultrasonográfica.

14C. LA IMPORTANCIA DE LA INVESTIGACIÓN CIENTÍFICA Y PUBLICACIÓN. María Elena Peñaranda, PhD; Instituto de Ciencias Sostenibles (SSI), San Francisco, California, EUA.

El objetivo principal de la investigación científica no se cumple hasta que no llega a la publicación. Una investigación científica por buena que sea no termina hasta que no se haya publicado y se den a conocer los nuevos hallazgos a la comunidad científica para su crítica, reproducibilidad y consideración en el contexto del conocimiento existente. Los científicos en muchos países en desarrollo en donde la actividad científica ocupa un plano relegado, están a desventaja ya que en general no publican sus descubrimientos y datos. Muchos creen que ahí radica la base del subdesarrollo, no en que no tengamos ideas y no hagamos un buen trabajo de investigación, sino en el hecho de que no lo divulgamos y dejamos que nuestros esfuerzos caigan en el olvido o diseminación muy local. Con el fin de estimular la investigación científica y la publicación de sus resultados, el Instituto de Ciencias Sostenibles o SSI (por sus siglas en inglés) imparte talleres de entrenamiento incluyendo talleres de escritura de manuscritos que están diseñados para proporcionar a los investigadores con las habilidades y herramientas necesarias para transformar datos existentes en material publicable y así, aumentar la probabilidad de que un manuscrito sea aceptado para publicación en una revista científica de renombre. SSI es una organización sin fines de lucro dedicada a mejorar la salud pública por medio del desarrollo de la capacidad científica para investigación en áreas relevantes de salud. SSI promueve el liderazgo de generaciones nuevas, promueve proyectos científicos y la aplicación de métodos eficientes en la investigación para crear un ambiente óptimo y fomentar la creatividad científica, la motivación y el empoderamiento de grupos de investigación nacionales.

15C. TUMORES OFTALMOLÓGICOS EN PEDIATRÍA. Dr. Carlos Maldonado, Oftalmólogo Pediatra, Hospital Materno Infantil, Tegucigalpa.

Los tumores en pediatría es una patología muy frecuente para lo cual deberá de conocer las diferentes entidades que se presentan en su epidemiología de las manifestaciones clínicas su diagnóstico y tratamiento. Son varios los tumores orbitarios que se presentan en pediatría pero en esta presentación específicamente hablaremos de RABDOMIOSARCOMA procede de los restos embrionarios y no de los músculos extraoculares: NEUROBLASTOMA, HEMANGIOMAS, LINFANGIOMAS, HISTIOSITIS, DISPLASIA FIBROSA Y RETINOBLASTOMA. Los tumores pediátricos expuestos anteriormente epidemiológicamente son los más frecuentes que se presentan en población de escasos recursos o más postergados de la población. En cuanto a la sintomatología de dichas lesiones estos tumores tienen como peculiaridad la prótasis del globo ocular la cual debe manifestarse de manera diversa para cada caso y tiempo de evolución. Es importante mencionar que además puede presentar inyección ciliar, disminución de la agudeza visual, quemosis conjuntival y además presentan limitación de los movimientos extra oculares por afectación de dichos músculos hasta los grados externos de presentar oftalmoplejias del globo afectado. El diagnóstico de dichos tumores se realiza en base a una historia clínica y examen físico completo estudios radiográficos, tomografía axial computarizada. Ultrasonidos oculares y de anexos para determinar además de tamaños formas la presencia de vascularidad arterial y venoso. Biopsia para definir los tratamientos. Los tratamientos para dichas patologías se basan en cirugías para reseca dichas lesiones y en algunos casos donde se estime pertinente de acuerdo a los hallazgos de invasión o expansión de las lesiones se realizara tratamiento médico como quimioterapia, radioterapia dependiendo la naturaleza del tumor a tratar. Es importante para la población médica en general el conocimiento de dichas patologías para el pronto diagnóstico y tratamiento oportuno.

16C. SÍNDROME METABÓLICO EN PEDIATRÍA. Dr. Guillermo Arturo Villatoro, Endocrinólogo Pediatra, Hospital Materno Infantil, Tegucigalpa.

Se define como un grupo de factores de mayor riesgo para el desarrollo de enfermedad cardiovascular y Diabetes Mellitus tipo 2. El diagnóstico incluye tres o más de los siguientes criterios: glucosa en ayunas mayor o igual a 100 mg/dl, cintura mayor del percentil 90, triglicéridos mayor o igual de 110 mg/dl, colesterol HDL menor de 40 mg/dl y presión arterial mayor de percentil 90. La etiología es multifactorial. No existe prevalencia mundial por la diversidad de criterios. La circunferencia de la cintura se correlaciona con la adiposidad visceral y es un predictor independiente de resistencia a insulina, dislipidemia, hipertensión. La obesidad abdominal es factor "sine qua non" para el diagnóstico de síndrome metabólico. La sensibilidad a la insulina disminuye 30-40% con incremento de 35-40% sobre el peso ideal. Los niños RCIU con rápido incremento de peso en los primeros meses de vida tienen mayor resistencia a insulina, Diabetes Mellitus 2 (DM2), hipertensión arterial y aterosclerosis. La hiperinsulinemia es la manifestación precoz de diabetes mellitus tipo 2. La intoleran-

cia a glucosa se demuestra en 20-25% de los niños y adolescentes obesos. La hipertrigliceridemia es la manifestación más precoz de la dislipidemia. La Adiponectina es un péptido de producción en los adipocitos, está disminuida en los pacientes obesos. Incrementa la sensibilidad a la acción de la insulina. Promueve la oxidación de ácidos grasos y la actividad de la lipo-protein-lipasa. Asociación negativa con el engrosamiento de la íntima y la media a nivel de los vasos. Hígado Graso se presenta en 55-77% de los niños obesos. 24 % tienen esteatohepatitis no alcohólica. Patogenia: Resistencia a insulina y estrés oxidativo, 20% progresa a cirrosis, 30-40% fallecerán por enfermedad hepática. Tratamiento: Alimentación adecuada y estilo de vida saludable. Incremento de la actividad física. Soporte psicológico. Tratamiento farmacológico si es necesario. Tratar cada uno de sus componentes.

17C. PRIMICIAS DEL IMPACTO CON LA INTRODUCCIÓN DE LA VACUNA ANTINEUMOCÓCICA EN EL PAI HONDURAS. Dr. Oscar Gerardo Banegas, Pediatra, Hospital Nacional Dr. Mario Catarino Rivas y Profesor del Post Grado de Pediatría Universidad Nacional Autónoma de Honduras Valle de Sula.

El "Enemigo Público Número Uno" se ha adjetivado para el *Streptococcus pneumoniae*, bacteria Gram positiva lanceolada y con disposición en cadenas, que es capaz de cohabitar con el ser humano desde antes de los seis meses de vida y ser responsable directo de muy buena parte de la morbimortalidad por enfermedades infecciosas invasivas, meningitis y neumonía. Muchas batallas se han librado en contra del neumococo y la guerra aún no termina, antibióticos tradicionales y nuevos, con mejoradas combinaciones y mecanismos de acción sinérgicos siguen encontrando resistencia suficiente entre los más de 40 serotipos. La vacunación por sí misma y en particular con la vacuna conjugada anti neumocócica 7 valente, ha logrado establecer un antes y un después en el control de éstas infecciones; las expectativas planteadas en la era pre vacunal tuvieron un excelente desenlace y aunque como era de esperarse desencadenó nuevos retos y planteó nuevos problemas; su relevante valor ha sido suficiente prueba para que los programas de vacunación nacionales la incorporen como estrategia inmediata. El objetivo de éste escrito es revisar el marco teórico que sustente las primicias y futuros resultados de la evaluación de impacto esperado con la incorporación de la vacuna conjugada anti neumocócica 13 valente al Programa Ampliado de Inmunizaciones en Honduras desde marzo del 2011.

18C. TERAPIA CON INSULINAS DESDE UNA PERSPECTIVA PRÁCTICA EN PEDIATRÍA. Dra. Lesby Espinoza, Endocrinóloga Pediátrica, Hospital Materno Infantil, Tegucigalpa.

La Diabetes Mellitus Tipo 1, es la endocrinopatía más frecuente en la infancia y adolescencia. Es necesario el tratamiento individualizado y adaptado al estilo de vida de cada paciente. Hasta ahora, las insulinas de las que se disponía eran la insulina cristalina y la de acción intermedia (NPH), lo que dificultaba el tratamiento óptimo de la enfermedad. La insulina cristalina, inicia su acción 30 minutos después de su aplicación, con pico a las dos horas y duración de seis horas. Por este motivo, se debe aplicar treinta minutos antes de las comidas

y es necesario tomar hidratos de carbono 2-3 horas después de su administración para evitar hipoglucemias. La NPH, su perfil de acción eficaz es inferior a 12 horas, presenta un pico pronunciado a las 6 horas que incrementa el riesgo de hipoglucemias tardías obligando a un horario muy estricto de comidas y presenta gran variabilidad de acción y absorción, no solo interindividual, sino intra individual, que dificulta mucho su manejo. Con los avances de la genética molecular se han ido incorporando distintos tipos de análogos cuya acción es más predecible que la de sus homólogos. Los análogos de acción rápida presentan un inicio rápido de acción, lo que permite su administración coincidente con las comidas, incluso inmediatamente después, en niños pequeños con ingestas caprichosas tanto desde el punto de vista de horario como de volumen ingerido en relación a lo programado. Su acción rápida disminuye el riesgo de hipoglucemias tardías. Los análogos de acción prolongada han sido ideados para reproducir el patrón fisiológico de la secreción basal continua de insulina en ausencia de picos de máximo efecto. Estas nuevas insulinas han permitido elaborar una nueva estrategia de tratamiento, con una secreción basal durante todo el día y una secreción prandial en respuesta a la ingesta (patrón BASAL-BOLUS).

19C. EMBOLIZACIÓN DE MIOMAS UTERINOS. Dr. Carlos Enrique Rivera Argeñal, Radiólogo Intervencionista, Hospital Escuela, Tegucigalpa.

Mioma uterino es el tumor sólido benigno más frecuente en la pelvis. Se origina de la capa de músculo liso y del tejido conectivo del útero; se presenta con mayor frecuencia en mujeres en edad reproductiva. Hasta un 80% de las pacientes son asintomáticas. Los síntomas que producen son: menorragia, distensión y dolor pélvico, síntomas por compresión vesical y rectal y posible causa de infertilidad, la cual es multifactorial. Existen varias modalidades terapéuticas por lo que es importante una adecuada evaluación ginecológica y realización de estudios de imagen; tomando en consideración el deseo de la paciente para conservar su útero y/o rechazo a una cirugía. La embolización de miomas uterinos inició en Francia en 1995. Años más tarde fue aprobado por la FDA y considerada por el Colegio Americano de Ginecología y Obstetricia como una opción segura y efectiva para mujeres adecuadamente seleccionadas que desean conservar su útero. Es un procedimiento realizado bajo sedación intravenosa en una sala de hemodinamia, en donde, mediante un abordaje percutáneo unilateral de arteria femoral, se embolizan ambas arterias uterinas para lograr una devascularización y posterior involución de los miomas. Está indicada en pacientes sintomáticas idealmente con paridad completa, con útero menor de 24 cms. de longitud, sin interés o interés secundario a posterior fertilidad y con deseos de conservar el útero funcional. En casos de infertilidad, en donde la única causa posible es por miomatosis, la embolización de miomas uterinos está indicada solamente en casos de riesgo elevado por miomectomía. Está contraindicada la embolización de miomas uterinos durante el embarazo, presencia de masas anexiales, sospecha de sarcoma o carcinomas uterinos y en miomas pediculados de ubicación subserosa. Se presenta la preparación, técnica, cuidados postembolización, resultados, complicaciones, reportes de fertilidad posterior a embolización de miomas uterinos y casos clínicos de la experiencia en el país.

20C. SÍNDROME DE TRANSFUSIÓN FETO-FETAL: DIAGNÓSTICO, PRONÓSTICO Y MANEJO. Dr. Pablo Alberto Martínez Rodríguez, Medicina Materno Fetal Perinatología, Hospital Regional del Sur.

Síndrome de transfusión feto-fetal es una complicación exclusiva de los embarazos gemelares monocoriales biamnióticos. Las anastomosis vasculares de la superficie placentaria producen un flujo neto de sangre desde un gemelo (gemelo donador) hacia el otro gemelo (gemelo receptor); produciéndose como consecuencia hipovolemia, anemia e hipotensión en el donador; e hipervolemia, policitemia e hipertensión en el receptor. Para poder sospechar este diagnóstico, se tiene que comenzar con establecer la corionicidad del embarazo gemelar (ver número de placentas, número de bolsas amnióticas, sexos fetales). Una vez establecido esto, se partirá del hecho que el Síndrome de transfusión feto-fetal, es una complicación exclusiva de las gestaciones monocoriales-biamnióticas; por lo tanto habrá una sola placenta, 2 sacos amnióticos y gemelos del mismo sexo. Las características ultrasonográficas que nos permiten sospechar este diagnóstico son polihidramnios y una vejiga fetal distendida en el gemelo receptor u oligohidramnios severo e imposibilidad de identificar la vejiga en el gemelo donador. Si no se realiza un tratamiento adecuado y oportuno los resultados perinatales son invariablemente fatales en la gran mayoría de los casos como consecuencia de parto pretérmino, ruptura prematura de membranas y/o muerte fetal intraútero de ambos gemelos. Las 2 principales opciones de tratamiento son drenajes seriados de líquido amniótico por amniocentesis y la fotocoagulación laser de las anastomosis placentarias por fetoscopia. Los drenajes seriados de líquido amniótico ofrecen solo disminución de la sintomatología materna y no ofrecen una cura definitiva y la tendencia actual es hacia abandonar esta práctica. En cambio con la fotocoagulación laser de las anastomosis placentarias se trata de manera directa y definitiva la génesis del problema, lográndose la conversión a una placenta hemodinámicamente dicoriónica. Con este tipo de terapia se ofrece un pronóstico de supervivencia para ambos fetos cercano al 60% y de que al menos uno sobreviva del 83%.

21C. LO QUE TODO MÉDICO DEBE SABER SOBRE SÍNDROME DE OVARIOS POLIQUÍSTICOS. Dr. Elmer López Lutz, Médico Internista y Dermatólogo, Hospital Escuela, Tegucigalpa.

El Síndrome de Ovarios Poliquísticos es una condición que debuta en la adolescencia y ocurre en el 5 a 8% de las mujeres en edad reproductiva. Es la causa más frecuente de producción excesiva de andrógenos (hiperandrogenismo), siendo la alteración hormonal más común causante de hirsutismo, acné, alopecia y seborrea en la mujer. De causa desconocida, donde intervienen factores hereditarios y no hereditarios, generalmente relacionado a un síndrome metabólico paterno de resistencia a la insulina. Su importancia clínica radica en que está relacionado al síndrome metabólico, a la diabetes con todas sus complicaciones cardiovasculares y metabólicas. Como también a problemas ginecológicos como ser irregularidades menstruales, infertilidad y cáncer de endometrio. Su diagnóstico se realiza con la presencia de por lo menos dos de los siguientes tres criterios (Criterios de Rotterdam): 1. Oligo o anovulación. 2. Signos clínicos o bioquímicos de hiperandrogenismo. 3. Ovarios poliquísticos por ultrasonido. Su tratamiento incluye cambios importantes del estilo de vida

como ser dieta reductiva y ejercicio físico vigoroso, así como tratamiento farmacológico con anticonceptivos orales, antiandrogénicos y metformina entre otros.

22C. CIRUGÍA RADICAL VERSUS CIRUGÍA CONSERVADORA EN EL CÁNCER DE MAMA. Dr. Manuel Maldonado, Cirugía Oncológica, Hospital del Valle, San Pedro Sula.

Los objetivos en el tratamiento de Cáncer en General son obtener control local y prevenir el desarrollo de metástasis. Para el primero se utiliza cirugía y/o Radioterapia y para el segundo la aplicación de medicamentos de acción sistémica conocidos como quimioterapia. En Honduras Cáncer de Mama es la neoplasia maligna cuya incidencia se ha incrementado en la última década, llegando a convertirse en la primera causa de cáncer en el área urbana y mientras las estadísticas mundiales registran más del 60% de los casos arriba de los 60 años, en nuestro país más del 60% de los casos ocurre entre los 30 y 60 años de edad. A finales del siglo XIX se popularizó la Mastectomía Radical Clásica de Halsted. En 1968 la OMS elabora un ensayo que comienza en el Instituto de Tumores de Milán, comparando en pacientes en Estadio I, realizándose en un grupo Mastectomía Radical de Halsted y en el otro grupo, tratamiento conservador que consistió en cuadrantectomía más disección Radical de Axila, seguido de Radioterapia. En el 2002, en NEJM se publican los resultados en USA y en Europa mostrando resultados similares en ambas modalidades de tratamiento, dando inicio formalmente a la era moderna del tratamiento conservado en Cáncer de Mama y aunque algunos estudios favorecen a la Mastectomía en cuanto a menor índice de recidiva local también está suficientemente demostrado que esto es controlable y no afecta la supervivencia global. En conclusión, la cirugía conservadora debe ser oncológicamente correcta, procurando márgenes libre de enfermedad obteniendo resultados estéticamente aceptables o satisfactorios sin comprometer el control local y la supervivencia de la paciente, quien debe ser informada con amplitud sobre sus opciones y decidir libremente cual realizarse, tiene derecho, es su vida.

23C. DIAGNÓSTICO Y MANEJO ACTUAL DE LOS FETOS CON RESTRICCIÓN EN EL CRECIMIENTO INTRAUTERINO. Dr. Pablo Alberto Martínez Rodríguez, Ginecobstetra Perinatólogo, Hospital Regional del Sur.

El crecimiento fetal es el resultado de un proceso complejo en que participan múltiples factores genéticos, endocrinos, epidemiológicos, ambientales. Este proceso puede ser alterado por múltiples factores y tener como consecuencia una disminución en crecimiento fetal. Actualmente es bien sabido que en aquellos fetos que no alcanzan su potencial de crecimiento existen consecuencia a corto, mediano y largo plazo. Prenatalmente la restricción en el crecimiento intrauterino puede anticipar preeclampsia, parto de pretérmino, desprendimiento de placenta, complicaciones intraparto y muerte fetal. En la vida neonatal se asocia a un incremento en la morbilidad y la mortalidad destacando la posibilidad de secuelas como parálisis cerebral, déficit de atención, sordera, convulsiones, coeficiente intelectual bajo. De manera tradicional se ha enfocado de manera indistinta como feto con crecimiento intrauterino restringido todo aquel cuyo peso estimado se encuentre por debajo de la percentil 10. Sin embargo con el

advenimiento de la Flujoimetría Doppler se ha visto que no todos los fetos cuyo peso se encuentra por debajo de percentil 10 están enfermos y esto podría representar solo una imposibilidad para expresar su potencial genético de crecimiento. En cambio cuando el deterioro hemodinámico es de una magnitud tal que produce una afección sistémica severa poniendo en riesgo la supervivencia fetal y que acarrea morbilidad a corto, mediano y largo plazo. Con el advenimiento de la Flujoimetría Doppler este proceso patológico se ha logrado entender; lográndose ahora caracterizar como el deterioro hemodinámico que va experimentando el feto enfermo sigue una secuencia lógica y este no se da al azar, permitiéndonos establecer un plan de vigilancia y llevar a cabo acciones encaminadas a buscar el momento más indicado para el nacimiento.

24C. UTILIDADES DE LA RADIOFRECUENCIA EN EL MANEJO DEL DOLOR CRÓNICO. Dra. Carolina Haylock Loor, Anestesiología, Reanimación y Dolor. Algología y Cuidados Intensivos. Unidad de Ictus, Hospital del Valle, San Pedro Sula.

Radiofrecuencia, es un procedimiento ambulatorio mínimamente invasivo, por medio de una corriente, con alta frecuencia de estímulos que produce termo coagulación en el tejido. Puede ser continua o pulsada. La radiofrecuencia continua se realiza a temperaturas de 65-85°C por 60 a 90 segundos. Y la radiofrecuencia pulsada se considera no lesiva para el nervio porque expone el nervio a altas frecuencias de estímulos de 20 m/seg de duración con períodos de descansos que permiten el enfriamiento del tejido (sin pasar de 42°C). También se genera un campo eléctrico que tiene efecto biológico sobre el tejido involucrado, con pocas complicaciones. Aspectos biomoleculares en cultivos de tejido nervioso organotípicos, la radiofrecuencia pulsada mostró que modula transitoriamente la transmisión sináptica excitatoria, medida por registro neurofisiológicos. Las indicaciones para radiofrecuencia son dolor craneo-facial, dolor cervical crónico, cervicalgia posterior a "whiplash" o latigazo, dolor con origen en columna torácica, dolor de espalda baja, dolor con origen en disco intervertebral, dolor facetario: radiofrecuencia de las ramas mediales del ramus posterior, denervación facetaria, dolor en área sacra y pélvica, síndrome doloroso regional complejo, dolor visceral, dolor con origen en nervios periféricos, dolor intratable por cáncer, espasticidad, neuralgia del trigémino, cefalea en racimo tipo cluster, dolor por cáncer, síndromes dolorosos costopleurales, pancoast, plexopatía lumbosacra, dolor tipo neuropático, incidental, radiofrecuencia pulsada intraarticular, cefalea cervicogénica, cefalea del tercer nervio occipital, neuralgia occipital por artritis reumatoide, dolor lumbar radicular crónico, neuropatía troncal del diabético y otros. La radiofrecuencia es una muy buena alternativa en el manejo del dolor crónico

25C. CÓDIGO ICTUS; A UNA DÉCADA DE LA FORMACIÓN DE LA PRIMERA UNIDAD DE ICTUS DE HONDURAS. Dr. Nelson Chinchilla, Neurología y Epileptología Unidad de Ictus, Hospital del Valle, San Pedro Sula.

La enfermedad vascular cerebral es la segunda causa de discapacidad mundial después del trauma y la enfermedad vascular cerebral junto a la cardiovascular, conforman la primera causa de muerte en el mundo. Basados en esto se fundó la primera Unidad de Ictus de

Honduras en el Hospital del Valle, San Pedro Sula, la cual se ha caracterizado por un manejo multidisciplinario del ictus, ya que cuenta dentro de sus instalaciones con la tecnología y el soporte necesario para diagnosticar y resolver todo tipo de complicaciones; también se ha puesto en marcha campañas poblacionales con un sistema integrado en la costa norte con el denominado Código Ictus el cual implica una serie de medidas secuenciales y tratamientos establecidos según protocolo para el beneficio de estos pacientes y el dato más importante: se anima a los pacientes o a sus familiares para que acudan a la Unidad de Ictus dentro de las primeras tres horas de ocurrido el evento en lo posible (máximo seis horas), es decir en ventana terapéutica. *Protocolo 2011: ABC* por el personal paramédico de rescate y médicos de emergencia. Valoración por el Neurólogo: clasificación del Ictus: isquémico, hemorrágico. Posteriormente se procede al tratamiento conveniente. Estadística de la Unidad de Ictus: más frecuente el ictus isquémico que el hemorrágico, siendo este último más catastrófico y de peor pronóstico. Se han realizado algunas trombólisis con rTPA; dilataciones químicas de vasoespasmos con Nimodipino por cateterismo intraarterial selectivo, con resolución del 90% de los casos. La mortalidad disminuyó en 18 a 46%. En conclusión la existencia de la Unidad de Ictus ha mejorado la supervivencia de estos pacientes, menor cantidad de pacientes discapacitados. Por lo tanto concluimos que es necesaria la creación de estas unidades tanto en sistemas de salud pública como privada.

26C. FACTORES DE RIESGO RELACIONADOS CON APARICIÓN DE NEUMONÍA ASOCIADA A VENTILACIÓN MECÁNICA EN EL HOSPITAL REGIONAL DEL INSTITUTO HONDUREÑO DE SEGURIDAD SOCIAL DE SAN PEDRO SULA. Dr. Oscar Díaz Pineda, Unidad de Cuidados Intensivos, Instituto Hondureño de Seguridad Social, San Pedro Sula.

La neumonía adquirida en el hospital o nosocomial y la neumonía asociada a ventilación mecánica son causas importantes de morbimortalidad a pesar de la mejoría en terapia antimicrobiana, tratamientos de soporte y prevención. Las guías 2005 la asociación americana del tórax y la sociedad americana de enfermedades infecciosas (ATS/IDSA) por sus siglas en inglés; distingue 2 tipos de neumonía: la neumonía nosocomial que ocurre 48 horas o más después de la admisión y que no estaba incubándose al momento de admisión al hospital y la neumonía asociada a ventilación mecánica la que se desarrolla después de 48 a 72 horas de intubación endotraqueal. Ocupa el segundo lugar de las infecciones nosocomiales y la principal causa de muerte por infecciones adquiridas en el hospital, la incidencia oscila entre un 9 y 68% con una mortalidad que va del 33 al 71%. La microbiología de esta infección es principalmente bacteriana en 80 a 90% de los casos, los gérmenes gram negativos se asocian en 50 a 70% de los casos, las causas virales representan alrededor del 10% y las infecciones por hongos menos del 1%. Otro elemento importante en la microbiología es el momento de inicio dividiéndolas en neumonías de aparición temprana que son aquellas que se presentan antes de los primeros 5 días y que están asociadas a gérmenes menos resistente a tratamientos antimicrobianos por el contrario las de aparición tardía aparecen después de 5 días y están asociadas a bacterias multirresistentes. Los factores de riesgo para neumonías asociadas a ventilación mecánica pueden ser originados en el propio

paciente, ambiente y derivados de la atención médica. Entre estos últimos se encuentran aspiración de secreciones secundaria a la posición horizontal supina, uso de protectores gástricos, re intubación o intubación prolongada, uso de agentes paralíticos, cambios frecuentes del circuito ventilatorio, movilización del paciente para procedimientos diagnósticos entre otros. Adicionalmente son importantes los factores propios del paciente que incluyen la presencia de comorbilidades, inmunosupresión y edades extremas de la vida. Durante los últimos 5 años la tasa de incidencia de neumonía asociada a ventilación mecánica en la unidad de cuidados intensivos del hospital regional del Instituto de Seguridad Social ha oscilado entre 6 y 10 episodios de neumonía por 1000 días de ventilación mecánica, sin embargo durante el año 2010 dicha tasa se duplicó sin conocerse los factores de riesgo contribuyentes para la ocurrencia de tal problema.

27C. NUEVOS ANTICOAGULANTES EN EL TRATAMIENTO DE LA FIBRILACIÓN AURICULAR. Dr. Ismael Guzmán, Cardiólogo Internista, Hospital Roosevelt, Guatemala.

La fibrilación auricular es por mucho, la arritmia más frecuente en el mundo. Se estima que el 30% de los pacientes con enfermedad cardiovascular la padecen, si a esto le agregamos que puede aparecer en ausencia de enfermedad cardiovascular. La fibrilación auricular se acompaña de una serie de cambios en la fisiología cardiovascular que redundan en el apareamiento de síntomas acompañándola como la precipitación de síntomas de insuficiencia cardíaca por la caída en el gasto cardíaco que provoca tanto por la desaparición de la contracción auricular, así como por la taquicardia misma que provoca, sin embargo la más temida de las complicaciones de esta arritmia son los fenómenos cardioembólicos por el impacto en la calidad de vida que representa. La prevención de embolias cardíacas debido a fibrilación auricular se puede realizar con antiagregación plaquetaria, sin embargo, este abordaje no es el más apropiado para dicho fin, ya que está bien demostrado que comparado contra warfarina esta última tiene una protección significativamente mejor y fue el estándar en la prevención de los embolias cardíacas por mucho tiempo. Sin embargo el estudio de los nuevos anticoagulantes orales ha demostrado en los últimos 2 años que la utilización de estos medicamentos no requieren monitoreo de los tiempos de coagulación y teniendo tasas de sangrado similares o menores que la warfarina con el uso crónico de las mismas. Los nuevos anticoagulantes disponibles para la prevención de cardioembolias en fibrilación auricular nos abren una ventana de oportunidad brindando igual beneficio en ese rubro con la gran ventaja de evitar la variabilidad de dosis en un mismo paciente como sucede con warfarina y omitiendo la necesidad de realizar tiempos de coagulación para monitoreo del paciente.

28C. TRATAMIENTO DE *HELICOBACTER PILORY* EN AMÉRICA LATINA. Dr. Ricardo Leonel Domínguez, Médico Internista, Hospital Regional de Occidente.

Helicobacter pilory es una bacteria gram negativa que se encuentra la superficie luminal del epitelio gástrico. Aislada por primera vez en 1983 por Warren y Marshall. Induce inflamación crónica de la mucosa. La infección usualmente se adquiere los primeros años de vida y tiende a persistir indefinidamente. La gran mayoría de los pacientes

infectados no tendrán complicaciones clínicas significativas. El IARC/WHO reconoció la infección de HP como causa primaria de adenocarcinoma gástrico, hay 3 casos por cada 10.000 personas infectadas, 1 millón de casos de cáncer gástrico nuevos por año. 3.25 billones de personas infectadas en todo el mundo, 36% y 47% de todos los cánceres gástricos en países desarrollados y en desarrollo respectivamente son atribuibles a *Helicobacter pilory*. Aunque las revisiones y enunciados de consenso publicados en los últimos diez años todavía recomiendan triple terapia, incluyen como advertencia que esta sólo debe ser utilizada si la prevalencia de la resistencia está por debajo de un nivel arbitrario. En la mayoría de los países en los cuales hay datos disponibles el porcentaje de cura real para la triple terapia está entre 50% y 79%. No logran la expectativa de un porcentaje de erradicación de 90% o mayor. En Honduras y América Latina el estudio más grande sobre erradicación de *Helicobacter pilory* fue publicado en The Lancet 2011 y se concluye que triple terapia continúa siendo el manejo de elección en estos países. El problema global de *Helicobacter pilory* debe tener un abordaje multidisciplinario. Con una política nacional de salud clara, basada en estudios locales piloto para establecer resistencia bacteriana. CagA y CYP2C19.

29C. ANTAGONISTAS DE LOS RECEPTORES DE ANGIOTENSINA 2 EN LA PROTECCIÓN. CARDIOVASCULAR. Dr. Ismael Guzmán, Cardiólogo Internista, Hospital Roosevelt, Guatemala.

Al final del siglo XX vimos nacer la clase terapéutica de "Antagonistas o Bloqueadores de Receptores de Angiotensina 2" cuyo nombre fue resumido a ARA2 o BRA2, en el inicio, demostraron su potencia antihipertensiva, sin embargo desde entonces al momento actual se ha acumulado abundante evidencia de los beneficios adicionales al control de la hipertensión que se obtienen con los ARA2. El primer indicio de la protección cardiovascular con los ARA2 fue el estudio LIFE que nos demostró que a iguales descensos de presión arterial se obtuvo una reducción estadísticamente significativa en la incidencia de evento vascular cerebral comparado contra atenolol. Estudios posteriores utilizando otros ARA2 demostraron este beneficio como sucedió en SCOPE, ACCESS, JIKEY Heart, etc., todos los estudios utilizando ARA2 como antihipertensivo demostraron una disminución en la incidencia de diabetes mellitus en promedio del 23% mostrando beneficio al compararlos con clases terapéuticas que incrementaban la incidencia de diabetes como contra drogas con efecto "metabólico neutro" en donde esto fue un punto de evaluación secundario en los estudios, dicho beneficio fue demostrado en un estudio diseñado específicamente para el efecto, el NAVIGATOR donde se demostró una reducción en la incidencia de diabetes mellitus en personas con intolerancia a los carbohidratos, muy importante ya que en la actualidad la Diabetes Mellitus es considerada un equivalente a Enfermedad Arterial Sistémica. Los ARA2 demostraron a través de estudios como RENAAL, IDNT, IRMA, MARVAL, DROP, ORIENT Y ROADMAP, la protección renal que proveen en el paciente con nefropatía diabética teniendo, algunos ARA2 están indicados para el tratamiento de nefropatía diabética. Estudios como VALIANT, CHARM, Val-HEFT, demostraron el beneficio de los mismos en el tratamiento del post infarto del miocardio y de la insuficiencia cardíaca crónica. Recientemente los estudios OLIVUS y MORE demostraron que los ARA2 redujeron la progresión de la aterosclerosis en humanos.

30C. DERMATOLOGÍA EN LA PRÁCTICA CLÍNICA. Dr. Rafael Valle Pinto, Dermatólogo, Hospital de Área, San Marcos de Ocotepeque.

La dermatología es la rama de las ciencias médicas que estudia el órgano más grande del cuerpo, la piel y sus componentes. Un individuo de peso y estatura promedio está cubierto de 1.8 m² de piel y un peso de 4kg. Las funciones de la piel son Protección, termorregulación, sensación, secreción y excreción. En la práctica médica diaria general las dermatosis ocupan un 15% a 20% de las consultas totales. La prescripción dermatológica se basa en el diagnóstico preciso, entender y explicar de modo amplio, detallado y adecuado la naturaleza de la enfermedad, así como el tratamiento, de una manera simple y fácil de comprender. Recordando el sabio aforismo LO PRIMERO ES NO DAÑAR. En dermatología encontramos muchos problemas de diagnóstico y tratamiento de las dermatosis siendo el abuso de los esteroides y la automedicación los más frecuentes. En nuestro país la consulta médica dermatológica en su mayoría es proporcionada por nuestros médicos generales debido a la poca cantidad de dermatólogos existentes en el país por lo cual consideramos la capacitación continua en el aspecto dermatológico de nuestros galenos. En esta conferencia trataremos de abordar algunas dermatosis frecuentes de nuestra zona del occidente.

31C. ANTIBIÓTICOS EN LA PRÁCTICA CLÍNICA. Dr. Nelson Mercadal, Médico Internista, Hospital San Francisco, Juticalpa, Olancho.

El uso de antimicrobianos en la consulta médica es tan frecuente que un alto porcentaje de las prescripciones involucran a algún antibiótico, por lo que es necesario revisar las bases microbiológicas de las enfermedades infecciosas bacterianas. Las bacterias más frecuentes causantes de enfermedades en humanos se clasifican al Gram, como Gram positivas y Gram negativas y estas a la vez como cocos y bacilos mismos que pueden ser aerobios y anaerobios. Además están las espiroquetas, las micobacterias y las bacterias intracelulares obligadas. Las bacterias Gram positivas aeróbicas más asociadas a morbilidad son los *Streptococcus*, *Staphylococcus* y entre los anaerobios los *Clostridium*. Entre los Gram negativos están las especies de la familia *Enterobacteriaceae* (*E. coli*, *Proteus*, *Shigella*, *Salmonella*, *Klebsiella*, *Citrobacter*, *Serratia*, *Enterobacter*) causantes de infecciones nosocomiales graves y algunas adquiridas en la comunidad sobre todo las infecciones urinarias e intestinales. Otros bacilos Gram negativos importantes son: *Pseudomonas* y *Acinetobacter*, responsables de alta mortalidad sobre todo en pacientes de cuidados críticos. El conocimiento de su clasificación al Gram nos permite conocer los antibióticos eficaces para su tratamiento. Los *Streptococcus* suelen ser sensibles a penicilina G, clindamicina y macrólidos, los *Staphylococcus* lo son a las penicilinas sintéticas tipo oxacilina, Vancomicina, clindamicina y linezolid. El metronidazol es por excelencia el antibiótico de elección para infecciones por anaerobios. Por otra parte los Gram negativos de la familia *Enterobacteriaceae* son en su mayoría sensibles a los aminoglucósidos, fluoroquinolonas, penicilinas de tercera generación y cefalosporinas de tercera y cuarta generación. *Pseudomonas aeruginosa* y *Acinetobacter* son sensibles casi solo a carbapenemicos. Las espiroquetas siguen siendo sensibles en su mayoría a penicilina G y las bacterias intracelulares obligadas

(*Clamydias*, *Rickettsias*, *Mycoplasma*, *Ureaplasma*) a tetraciclinas, macrólidos y fluoroquinolonas.

32C. EPILEPSIA: DEFINICIÓN, DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO. Dr. Jorge Alfredo León, Hospital General San Juan de Dios, Guatemala.

La Epilepsia, es definida por la liga internacional contra la epilepsia como una alteración duradera del cerebro que se caracteriza por la predisposición a presentar crisis epilépticas y por las condiciones neurobiológicas, cognitivas, psicológicas y sociales que esta genera. La OMS estima que en el mundo existe 50 millones de personas que padecen epilepsia, 5 millones de ellas viven en Latinoamérica, en los países subdesarrollados la prevalencia de epilepsia es mayor debido a la alta incidencia de condiciones que potencialmente generan un insulto al cerebro, como meningitis, encefalitis, neurocisticercosis, condiciones de atención del parto, etc. En la evaluación de un paciente con epilepsia es necesario considerar al menos dos cosas; la primera es el tipo o tipos de crisis epilépticas que el paciente tiene, en términos generales debe hacerse una división entre las crisis que tienen un origen focal en el cerebro y aquellas que son llamadas generalizadas, esto tiene implicaciones en el diagnósticos y tratamiento; la otra condición a considerar es: ¿que originó la epilepsia?; ya que finalmente las crisis epilépticas constituyen una manifestación o un síntoma de un trastorno subyacente, así podemos tener crisis sintomáticas que son generadas por un daño al cerebro, ejemplo son: epilepsias asociadas a un tumor, cicatriz, sangrado, cisticercosis por mencionar a algunas de ellas. Por otro lado existen epilepsias que no se asocian a alteraciones en los estudios de imagen, suceden por lo regular en personas sanas y tiene un pronóstico en general bueno, estas son llamadas epilepsias idiopáticas y se cree que son debidas a alteración en genes que codifican para la formación de receptores y canales de las neuronas, así que estas neuronas tiene características distintas en las propiedades de despolarización que condicionan la presencia de crisis epiléptica.

33C. MANEJO QUIRÚRGICO DE LA ENFERMEDAD CEREBROVASCULAR. Dr. Tulio P. Murillo, Neurocirujano especialista en enfermedad cerebrovascular, Hospital Escuela e Instituto Hondureño de Seguridad Social.

La enfermedad cerebrovascular ha evolucionado tremendamente en los últimos años en materia de diagnóstico precoz y certero, así como en opciones terapéuticas farmacológicas como quirúrgica. Lo anterior debido al interés que se merece por ser a nivel mundial la tercera causas de incapacidad y muerte después del infarto del miocardio y cáncer. Los procedimientos quirúrgicos que actualmente se practican para resolver los problemas asociados a patología cerebrovascular se dividen en dos grandes grupos: la revascularización y la embolización; la primera orientada a mejorar la perfusión cerebral en pacientes con estenosis previo a llegar a la isquemia irreversible (infarto) y la segunda para corregir situaciones que condujeron a un hemorragia cerebral (aneurismas rotos y malformaciones vasculares como las más frecuentes). Ambas terapias pueden practicarse a través del cateterismo cerebral usando como acceso la entrada desde una arteria periférica para finalmente llegar al sitio del problema

guiando por fluroscopía los catéteres, guías, micro catéteres y micro guías para la colocación de material terapéutico o infusión directa de fármacos (como trombolíticos) para solventar la emergencia. El tratamiento endovascular es una disciplina moderna, de tecnología de punta a nivel mundial que no está disponible en cualquier centro hospitalario a nivel mundial. Afortunadamente en Honduras este tipo de intervenciones ya son parte de una práctica casi rutinaria en centros públicos, privados y seguridad social, con resultados equivalentes a los reportados por los centros de mayor afluencia a nivel mundial. Los procedimientos más comunes practicados son la embolización de aneurismas cerebrales, de malformaciones arterio-venosas y la revascularización por estenosis carotídea y vertebral. Previo al paso terapéutico, todo paciente es estudiado con cateterismo diagnóstico (con substracción) el cual supera en precisión y detalle de imagen a la angiogramografía y angioresonancia para determinar la integridad de las arterias cerebrales.

34C. AVANCES EN EL DIAGNÓSTICO DE LA ENFERMEDAD VASCULAR CEREBRAL. Dr. Carlos Paz Hasslam, Radiólogo, DIAGNOS, San Pedro Sula.

Epidemiología del ictus, es la tercera causa más común de muerte en los EEUU (160,000 muertes por año). 731,000 casos nuevos o recurrentes. 4,6 millones de sobrevivientes. Más de un tercio con discapacidad permanente. Primera causa de morbilidad en EEUU. Se gastan 42 billones de dólares al año en su diagnóstico. Propósito de las imágenes en pacientes con sospecha de ictus: Determinar el tipo de ictus (demostrar si hay hemorragia) y excluir las condiciones que asemejan el ictus, predecir la evolución clínica, diferenciar el tejido infartado del tejido isquémico viable, detección y localización de la oclusión arterial. Terminología: Isquemia Cerebral Crónica, Trastorno Isquémico Transitorio, Infarto Isquémico. Hallazgos por tomografía: Disminución de la atenuación de la sustancia gris 46%, edema tisular 43%, aumento de la atenuación de la arteria trombosada 34%, signo de la cinta insular, hipodensidad del núcleo lenticular, pérdida de la diferenciación de la sustancia blanca de la gris y borramiento de los márgenes de los ganglios basales. Angiotac: Sensibilidad: 83 al 100% y Especificidad: 99 al 100%. Hallazgos por resonancia magnética. Sensibilidad 88 al 95%, especificidad 96 a 100%, Valor predictivo positivo del 98,5%. Angiorm: sensibilidad del 100% y Especificidad del 95%. En conclusión la mayor herramienta diagnóstica es la resonancia magnética, tomografía simple es la primera modalidad en utilizarse, realizar perfusión con angiotac si no hay disponibilidad de resonancia magnética y la angiografía convencional únicamente para trombolisis.

35C. VENTAJAS Y DESVENTAJAS DEL MANEJO ACTUAL DE LA HIPERTROFIA PROSTÁTICA Y EL PROSTATISMO. Dr. Edin Quijada, Urólogo, Hospital Nacional Dr. Mario Catarino Rivas y Clínica Bendaña, San Pedro Sula.

La hipertrofia prostática benigna término que únicamente está relacionado con una condición histológica de la glándula y el prostatismo como manifestación clínica, mejor conocida en la actualidad como, trastornos del tracto urinario inferior. Caracterizado por alteraciones irritativas, obstructivas y postmicciones, dependiente de la edad ya que alrededor del 50% de los varones de 40 años desarrollan la hi-

perplasia, de estos el 30 al 50% desarrollan las manifestaciones clínicas. La vigencia actual de la historia clínica y el examen físico son vitales, junto al antígeno prostático y las características ultrasónicas de la vejiga y próstata, sirven al médico para definir la condición actual y prevenir complicaciones futuras. Las terapias médicas con que se cuentan actualmente desde los clásicos alfa bloqueantes, fitoterapia, inhibidores de la alfa 5 reductasa, antimuscarínicos, los inhibidores de fosfodiesterasa 5 o la combinación de estos. Aunque la medicación es efectiva para evitar la sintomatología clínica, la progresión de la patología continúa. En más del 30% no es efectiva la medicación o pasados seis meses de terapia inicia un descenso de su mejoría. La cirugía se vuelve la elección primaria en estos pacientes, abierta o endoscópica, dependiendo de los hallazgos, la resección endoscópica de la próstata ha demostrado su eficacia en el transcurso del tiempo, pero la hemorragia, infecciones, síndromes de absorción ha forzado a la búsqueda de terapias mínimamente invasivas como el desarrollo del láser holmium o láser verde con menor estadía hospitalaria, menor sangrado y síntomas irritativos postquirúrgicos. Y finalmente el TURIS, la vaporización por plasma que supera todos los anteriores en calidad de eliminación de tejido y lo mínima agresión al paciente.

36C. LA LABOR DE OPERACIÓN SONRISA EN HONDURAS. Dr. Oscar Sarmiento, Cirujano Plástico, Unidad de Operación Sonrisa, Tegucigalpa.

Operación Sonrisa Honduras, es una organización sin fines de lucro, que con el apoyo de sus patrocinadores, brinda gratuitamente tratamiento integral de reparación de fisuras labio-palatinas a pacientes, especialmente niños de familias de escasos recursos, con el equipo médico voluntario, multidisciplinario y altamente calificado, siguiendo los protocolos de Operation Smile Inc, para posibilitar a estos pacientes una vida digna y una inserción plena en la sociedad. **Honduras en Cifras.** Población del país: 7.3 millones; número estimado de niños que nacen anualmente con hendiduras labio-palatinas (1 de cada 500): 317; Población estimada viviendo con hendiduras: 14,653; Primera Misión Médica en Honduras: 1997; Fundación: 1998; Misiones Locales: 18; Misiones Apoyadas Internacionalmente: 15; Pacientes Operados: 2962; Inauguración de la Clínica Integral: Marzo 2006; Consultas realizadas en la Clínica: 16,176; voluntarios médicos y paramédicos: 39; Premios: Hoja de Liquidámbur de Oro, Grado de Gran Caballero; Programas Estudiantiles: Club de Jóvenes Escuela Americana, Club de Jóvenes Escuela Del Campo, Club de Jóvenes Macris School; Grupos de Apoyo: Sonrisas Amigas, Seguimos Sonriendo.

37C. PROTOCOLO DE MANEJO DE TUMORES ÓSEOS. Dr. Juan Carlos Navas, Ortopeda Pediatra y Ortopedia Oncológica, Clínica Ortopédica Especializada, Guatemala.

Los tumores óseos son procesos infrecuentes. La sintomatología y los datos de laboratorio son inespecíficos y es la edad el dato clínico de mayor relevancia. Se pueden manifestar radiológicamente de forma similar a otros procesos no tumorales que es preciso conocer. El abordaje de los tumores óseos se debe de realizar de una forma analítica en la cual cuatro componentes principales – clínico, radiográfico, microscópico y molecular – son considerados para realizar un diagnóstico acertado. Se ha observado que los tumores óseos

son entidades clinicopatológicas las cuales el comportamiento y el potencial biológico son afectados por otros factores clínicos tales como la edad del paciente, localización en un hueso en particular o en una parte del hueso, multicentricidad y asociación con otras condiciones subyacentes. Se explica el protocolo de manejo de tumores óseos para lograr una triada de factores importantes: a. no realizar un tratamiento excesivo de un tumor óseo benigno; b. no realizar un tratamiento insuficiente de un tumor óseo maligno y c. no realizar un abordaje y una toma de biopsia incorrecta, cuando la lesión sugiera la necesidad de tratamiento quirúrgico. Con frecuencia habrá que realizar otras pruebas para completar el estudio: isótopos radiactivos para valorar multiplicidad, tomografía axial computarizada en caso de lesiones situadas en huesos de morfología compleja como la escápula, la pelvis y el esternón, resonancia magnética para valorar convenientemente la extensión tumoral y planificar la cirugía y la biopsia

38C. CASOS CLÍNICOS INTERESANTES DE TUMORES ÓSEOS.

Dr. Juan Carlos Navas, Ortopeda Pediatra y Ortopedia Oncológica, Clínica Ortopédica Especializada; Zona 10, Guatemala.

El salvamento de extremidades se realiza para reseca el tumor y evitar la amputación, mientras se preserva la apariencia de los pacientes y en lo mayor posible el grado de función de la extremidad afectada. El procedimiento es realizado en tumores óseos y sarcomas óseos, pero también se realiza en sarcomas de tejidos blando que afectan extremidades. El salvamento como alternativa a la amputación es utilizada en tumores de crecimiento lento o que aún no han afectado estructuras vasculo-nerviosas, lo cual no permitiría realizar un tratamiento de salvamento. Hace más de 20 años atrás, el tratamiento estándar para pacientes con tumores óseos era la amputación, sin embargo, el salvamento de extremidades ha ido evolucionando de acuerdo a las técnicas diagnósticas y de tratamiento asociado a las mejoras que se han dado con relación a los diferentes tratamientos de quimioterapia neo adyuvante y adyuvante. El tratamiento es multidisciplinario, asociando cirugía, radioterapia y quimioterapia sistémica intensiva; el tratamiento se individualiza en función de factores pronóstico, como: la edad, la existencia de metástasis, la localización y los marcadores genéticos, entre otros. La supervivencia libre de enfermedad global oscila alrededor del 60%. Se presentan algunos casos de tumores óseos tratados con procedimientos de salvamento con auto injertos, así como también, con prótesis tumorales.

41C. USO DEL PARTOGRAMA. Dr. Marlon Ulises Estrada, Epidemiólogo, Centro de Salud con médico y odontólogo y Clínica Materno Infantil Santa María, Valle de Jamastrán, Aldea Santa María, El Paraíso.

El uso del Partograma durante el trabajo de parto puede prevenir el sufrimiento y la muerte. El objetivo del Partograma es evaluar el progreso del trabajo de parto basado en la dilatación cervical. Es una herramienta en que se registra el progreso del trabajo de parto, especialmente velocidad de la dilatación cervical, frecuencia cardíaca fetal, moldeamiento y descenso de la cabeza fetal, contracciones, características del líquido amniótico y signos vitales de la parturienta.

Después de probarlo en estudios metacéntricos en el sureste asiático involucrando a 35,484 mujeres con resultados positivos, la Organización Mundial de la Salud (OMS) recomienda su uso en todas las maternidades, pero que pueden referir a las mujeres con complicaciones a servicios con mayor capacidad resolutive. El Partograma diferencia entre la fase latente del trabajo de parto (dilatación lenta de hasta 2 cm) y la fase activa, durante la cual el cérvix se dilata por lo menos 1 cm por hora. Así, el Partograma es capaz de diferenciar el progreso normal del anormal del trabajo de parto e identificar a aquellas mujeres que probablemente requieren intervención. De esta forma, los proveedores pueden incrementar el trabajo de parto con la administración de oxitocina o en casos extremos de trabajo de parto prolongado u obstruido, practicar una cesárea. En Santa María, a través de la estrategia de Promoción del parto saludable, en la CMI Santa María con atención de partos de bajo riesgo se monitorea el uso del partograma en la atención de los partos. El equipo de Mejora Continua de la Calidad en estos servicios revisó los partogramas de los partos ocurridos para verificar su correcto llenado y la toma de decisiones con base en ellos. Los resultados que se muestran en nuestro centro de salud es que no han ocurrido muertes maternas en los últimos 5 años.

42C. ¿CÓMO DIFERENCIAR ENTRE EL VÉRTIGO CENTRAL DEL VÉRTIGO PERIFÉRICO?. Dr. Lucas Arturo Zelaya Zaldaña, Otoneurologo, Hospital Escuela, Tegucigalpa.

El vértigo es un síntoma sumamente frecuente en la población, con un abordaje poco comprendido para poder identificar su etiología, así como las causas precipitantes y tratamiento adecuado. El objetivo de la evaluación otoneurológica es poder diferenciar los vértigos centrales de los vértigos periféricos y a pesar de los años es una tarea confusa y frustrante para el clínico. La base del estudio es la identificación de los movimientos oculares que permiten explorar el reflejo óculo vestibular y sus alteraciones, los nistagmos con la presencia de síntomas característicos de las diferentes patologías causantes de este molesto síntoma. Los nistagmos vestibulares tienen cuatro características: dirección fija en un plano, presencia de fase rápida y fase lenta, se inhiben con la fijación visual, responden a la ley de Alexander. Las características que se presentan fuera de estas hacen que los nistagmos presentes sean de origen central, agregando las características de afección de pares craneales y problemas de las patologías neurológicas que tienen como común denominador la presencia de vértigo en el paciente. Al poder diferenciar los vértigos centrales de los periféricos se debe de saber que estudios se necesitan realizar para poder llegar a diagnósticos claros. En la mayoría de los casos la imagen por resonancia magnética cerebral es el estudio que permite identificar las patologías centrales. Se presenta en la charla diferentes videos de nistagmos así como los algoritmos clásicos para descartar problemas centrales de periféricos y poder conocer las patologías más frecuentes a tomar en consideración.

43C. LUMBAGO MECANO POSTURAL, MANEJO EN REHABILITACIÓN. Dr. Leonardo Sierra, Fisiatra y Rehabilitación, Unidad de Fisiatría y Rehabilitación Teletón, Tegucigalpa.

El lumbago mecánico postural o inespecífico es un problema de alta prevalencia en la población. Esta patología es benigna y su interés se centra en su elevada frecuencia, repercusión social, laboral y económica. Se realizó una revisión de la clínica, la clasificación de la enfermedad según su evolución y etiología, las señales de alerta en la lumbalgia, criterios para la derivación a cirugía. El diagnóstico e indicación de la radiología convencional, resonancia magnética, gammagrafía, electromiografía y otras pruebas. Se clasifican los tratamientos en 3 tipos: 1. Los tratamientos recomendados: información positiva y tranquilizadora a los pacientes, tratamiento de la lumbalgia aguda con analgésicos y AINES, tratamiento de la lumbalgia crónica con AINES, antidepresivos, Opiáceos, Cirugía, Ejercicio, tratamiento Psicológico (cognitivo conductual), programas multidisciplinarios de rehabilitación, parches de capsaisina, neuroestimulación percutánea. 2. Los tratamientos no recomendados porque no han sido suficientemente evaluados: Corset y cinturones lumbares, corrientes interferenciales, onda corta, termoterapia, electro estimulación medular, ozonoterapia, fármacos anti-factor de necrosis tumoral entre otros tratamientos. 3. Los tratamientos evaluados pero no pueden ser recomendados: acupuntura, masaje, gabapentina, infiltraciones con toxina botulínica. Se puso un énfasis en los manejos que en el campo de la rehabilitación se ha comprobado su eficacia, teniendo en cuenta el nuevo enfoque del tratamiento del lumbago basado en la agrupación de tratamiento según diagnóstico. La importancia de la educación de la población en general para disminuir la prevalencia de la lumbalgia. La aplicación de estas recomendaciones está orientada a mejorar la afectividad, seguridad y eficiencia de la prevención, diagnóstico y tratamiento de la lumbalgia, especialmente en el nivel primario de atención, lo que permitirá un aprovechamiento de los recursos y un mejor pronóstico de los pacientes con un enfoque de prevención.

44C. ENVEJECER CON DIGNIDAD. NO HAY BOTOX PARA EL CEREBRO. Dra. Gía Zanoletti Tostmann, Psiquiatra, Hospital Honduras Medical Center, Tegucigalpa.

El epicentro de la salud mental está dado por el conocimiento, el vínculo social y espiritual y la actividad física que nos determinarán la calidad de vida que vamos a tener. El envejecer con dignidad es asumirse, prepararse para vivir con calidad, es una oportunidad de crecer y consolidar historias, proyectos, tareas personales, familiares y colectivas. Envejecer significa un proceso dinámico, continuo, irreversible, no es otra cosa más que las marcas que el paso de los años dejan sobre una persona. Supone una disminución de la capacidad de adaptación en cada uno de los órganos, aparatos y sistemas, así como de la capacidad de respuesta a los agentes lesivos que inciden en la persona. Como es un ente material, tenemos la ventaja que lo podemos cuidar, consentir y proteger para optimizar nuestras funciones físicas y las que van más allá de lo físico; es decir, aquellas que tienen que ver con el área psicológica y conductual (afectos, emociones y conductas) y el área cognitiva (con la que el cerebro enfrenta el día a día). La manera de prolongar estas funciones es generando lo que se conoce como Reserva Cognitiva que se logra con los circuitos positivos y estos a su vez dependen de las sinapsis negativas y positivas determinadas por las experiencias. La actividad mental idónea para un mejor cerebro es la lectura, si se comparte lo leído con otros (vínculo social), el sexo es otro gran aliado vincula todas las posibilidades perceptivas, dadas por la integración

de lo mental, físico y espiritual. En conclusión: sonría y sea amable con los demás. Le dará un beneficio que repercutirá en su propia salud cerebral, baile, cante, estimulará circuitos cerebrales, cambie de rutinas, alterne perfumes.

45C. INTOXICACIÓN AGUDA POR COCAÍNA. Dr Nelson Mercadal, Medicina Interna, Hospital San Francisco, Juticalpa.

La cocaína es la droga ilícita más utilizada a nivel mundial y es después del alcohol la siguiente causa de visita a la emergencia por intoxicación aguda en Norteamérica. Tiene una excelente absorción a través de mucosas. Se desdobra en tres metabolitos: benzoilecgonina, metil Ester de ecgonina y norcocaína. Actúa bloqueando la recaptación pre sináptica de las bioaminas. Tiene potentes efectos alfa adrenérgicos lo que produce vasoconstricción, el aumento de la serotonina produce euforia, además aumenta las concentraciones de aminoácidos excitatorios como glutamato y aspartato y el bloqueo de los canales de sodio produce efectos anestésicos. En corazón produce intensa vasoconstricción conduciendo a angina pectoris o infarto agudo de miocardio, arritmias y aumento de la presión arterial. En SNC puede producir agitación, convulsiones y hemorragias cerebrales. También puede ocasionar rabdomiolisis, infarto renal y ulcera péptica entre otros. El diagnóstico diferencial incluye hipoglicemia, hipoxia, síndrome de abstinencia a alcohol y sedantes, tormenta tiroidea, hemorragia subaracnoidea, ictus y neuroinfección entre otras. Los exámenes de laboratorio incluyen glucosa, pruebas de función renal y hepáticas, hematología, general de orina, troponinas, CPK, electrocardiograma, radiografía posterior anterior de tórax y tomografía cerebral según los síntomas de presentación. El manejo incluye asegurar vía respiratoria, vías de acceso endovenoso, control de la hipertensión con fentolamina, bloqueadores de canales de calcio y nitroglicerina sobre todo si hay dolor torácico y aspirina. El diazepam es la piedra angular en el manejo de la intoxicación aguda, ya que controla las descargas adrenérgicas y serotoninérgicas que provocan agitación, convulsiones y dolor torácico. Nunca deben usarse betabloqueantes en la intoxicación aguda. El cateterismo y la trombolisis deben considerarse en el paciente individual.

46C. ATENDIENDO LAS NECESIDADES DE NUESTROS SERES QUERIDOS QUE VIVEN CON VIH-SIDA. Dr. Manuel Aguilar Cruz, Hospital Evangélico, Siguatepeque.

La pandemia de VIH-SIDA sigue creciendo, en diciembre 2010 ONUSIDA reportaba 34 millones de PVVS, todas con necesidades de atención de diferente índole, tratamiento antirretroviral y en muchos casos hospitalización, desbordando en algunos países los agobiados sistemas de salud y los pocos hospicios. Es necesario reforzar la educación a pacientes, familiares y comunidad para brindar cuidados básicos en el hogar que es lo mejor por él: apoyo de familiares y amigos, comodidad, reducción de la tensión y costos de atención, recobrándose de las enfermedades asociadas con mayor rapidez y con el TAR la mayoría pueden llevar una vida activa por años necesitando hospitalizarse solo en momentos críticos. Esta puede darse por un proveedor de cuidados de salud, voluntario o familiar entrenado, el cual es monitoreado por personal de salud profesional, que maneja el diagnóstico y actividades de tratamiento además educa, entrena y asiste a ese proveedor en la continuidad del cuidado para

satisfacer las necesidades del paciente, considerando la integridad del ser humano en los aspectos físico, psíquico, emocional, social y espiritual y tener el impacto necesario. De allí este manual, donde revisamos aspectos generales de transmisión del virus, bioseguridad básica y cuidados en esas áreas. En la física: higiene personal y del medio ambiente, nutrición, ejercicio y protección de infecciones. Psicoemocional: qué hacer al diagnosticarse la infección, cómo afrontar diferentes reacciones y algunas consecuencias directas del virus. Social: relaciones interpersonales, aspectos financieros, legales y otros. Espiritual: algunos de los pensamientos del paciente y cuáles las respuestas que Dios. Al final el TAR, aspectos para adherencia, señales de proximidad y muerte, los cuidados que debe tener el cuidador. Se acompaña de referencias bíblicas pertinentes.

47C. LA PROMOCIÓN DE SALUD A TRAVÉS DE LOS MEDIOS DE COMUNICACIÓN. Dr. Oscar Gerardo Banegas, Pediatra, Hospital Nacional Dr. Mario Catarino Rivas, San Pedro Sula

En el 2012 se cumple la primera década del programa televisivo Por la Salud de los Niños, que el Capítulo Valle de Sula de la Asociación Pediátrica Hondureña y C. B. C. Canal 6 transmiten semanalmente para "poner al Pediatra al alcance de los televidentes". Por la Salud de los Niños; nace y se desarrolla en el contexto real de que muy buena parte de la cultura moderna se transmite a través de los medios informativos y multimedia cada vez más avanzados, mejorando el acceso a la información y teniendo implicaciones no siempre positivas para la salud. La comunicación para la salud tiene como objetivola comunicación de la ciencia la que puede ser científica o pública. Abarca varias áreas que incluyen la educación, el periodismo sanitario, la comunicación interpersonal, la abogacía por la salud, la comunicación dentro de las organizaciones, la comunicación sobre riesgos, la comunicación social y el marketing o mercadeo social. En Honduras no existe regulación para éste tipo de comunicación en salud. Las cosas no terminan con lo planteado; pues también existen dichos espacios en manos de maquinarias mercadotécnicas patrocinando mensajes de promoción de salud con el único interés de comercializar sus productos y servicios. La efectiva promoción de la salud produce cambios en los determinantes de la salud. El reto está planteado y la tarea bien definida, los protagonistas somos todos: para los asociados al Capítulo Valle de Sula y para los directores de C. B. C., sólo queda la satisfacción de ser un reflejo fiel de buenas intenciones consecuentes con las mejores recomendaciones y los más altos intereses de hacer un uso correcto de los medios de comunicación social en la promoción de la salud.

48C. ACTUALIZACIÓN EN LA PREVENCIÓN DE CÁNCER DE CÉRVIX. Dr. Elmer Turcios, Ginecólogo-Oncólogo, Hospital San Felipe, Tegucigalpa.

El cáncer cérvico-uterino sigue siendo el segundo cáncer femenino más frecuente a nivel mundial. Es el único de los cánceres humanos que puede atribuirse actualmente a una infección; la infección producida por el virus del papiloma humano. En América Latina, 1 de cada 1000 mujeres de 35 a 55 años de edad padece cáncer cervical, y a nivel mundial un total de 8.7 millones de casos nuevos, 3.3 millones procedían de países desarrollados y 5.4 millones de las naciones

en vías de desarrollo. Los factores de riesgo más importantes para el desarrollo de cáncer cérvico-uterino son vida sexualmente activa temprana y múltiples compañeros sexuales. En la actualidad se ha asociado cáncer cérvico-uterino a una infección de transmisión sexual frecuente el VPH, siendo el factor de riesgo mas importante la infección por el VPH, se ha demostrado el ADN del VPH está presente en 99.7% de los casos de cáncer cérvico-uterino. Se han caracterizado más de 100 tipos de VPH y aproximadamente 40 son capaces de afectar tracto urogenital. El VPH 16 y 18 son extraordinariamente carcinogénico y son responsables del 70% del cáncer cérvico-uterino. Métodos de detección: citología cervical, colposcopia, DNA-VPH test: PCR y biopsia. Vacunación profiláctica: Actualmente existen 2 vacunas para la prevención del cáncer cérvico-uterino, la tetravalente con los VPH tipos 6, 11, 16, 18 y la bivalente con los serotipos 16 y 18 se ha demostrado en diversos estudios su eficacia y seguridad actualmente indicada en un rango de edad de 9 - 45 años y actualmente ya se encuentra su aprobación en varones. La vacuna previene cáncer cervical. Cáncer vulvar y vaginal y para lesiones de bajo grado cervical, vulvar, y vaginal y las verrugas genitales además se espera que la vacuna tenga un gran impacto en cáncer ano genital.

49C. INFECCIONES POR BACTERIAS EN PIEL. Dr. Cándido Ulises Mejía, Dermatólogo, Hospital Nacional Dr. Mario Catarino Rivas, San Pedro Sula.

Las bacterias involucradas son especies de Estafilococos o Estreptococos y se denominan piodermitis. Hay dos tipos de impétigo: ampoloso y no ampoloso. El ectima es una infección más profunda que el impétigo producida también por estreptococos, estafilococos o la asociación de ambos. Se inicia como un impétigo pero se extiende a la dermis dando lugar a la formación de una costra gruesa seca. Se acompaña de linfadenitis regional. La foliculitis, furúnculos y antrax son un conjunto de infecciones que afectan al folículo piloso con formación de abscesos y casi siempre debidas a *Staphylococcus aureus*. Las infecciones de tejidos blandos son la erisipela y celulitis; la erisipela es una infección localizada en la dermis mientras que la celulitis es más profunda, con afectación del tejido celular subcutáneo. El germen causal más frecuente es el estreptococo beta hemolítico del grupo A. La linfangitis aguda se trata de una inflamación de los vasos linfáticos, que suele iniciarse en zonas acrales de extremidades y se extiende de manera proximal. La fascitis necrotizante se trata de una urgencia médica, con infección de evolución rápida que llega a la fascia muscular. Entre los síndromes por toxinas estafilocócicas y estreptocócicas tenemos: síndrome del shock toxico: Fiebre $\geq 38.9^{\circ}\text{C}$, Hipotensión, afectación funcional de al menos 3 órganos o sistemas, Exantema maculopapular escarlatíniforme pruriginoso, más intenso alrededor de la infección de origen. Edema generalizado, sin fóvea, más intenso en cara, manos y pies. Erisipeloides una infección causada por *Erysipelothrix rhusiopathiae* o insidiosa, el agente etiológico del "mal rojo del cerdo" o eritrasma está producido por el *Corynebacterium minutissimum*. Queratólisis punctata (queratólisis plantar sulcatum), en su patogenia están implicados varios gérmenes, entre ellos el *Dermatophilus congolensis*, *Streptomyces*, el *Micrococcus sedentarius* y el *Corynebacterium*. En las infecciones cutáneas por pseudomonas tenemos la foliculitis por *P. aeruginosa* ectima gangrenoso se asocia a una bacteriemia por intertrigo.

RESÚMENES DE TRABAJOS LIBRES

TL (Trabajo Libre)

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

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

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

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

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

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

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

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

4TL. ENFERMEDAD DE KAWASAKI. SERIE DE CASOS.

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

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

5TL. MICETOMA TORÁCICO EN UN PACIENTE PEDIÁTRICO.

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

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

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

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

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

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

7TL. ASPIRACION DE CUERPOS EXTRAÑOS EN PEDIATRÍA.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

ÍNDICE POR AUTOR

Aguilar, M	46C	Maldonado, M	22C
Aleman, G	17C	Maradiaga, E	26TL, 27TL
Alger, J	9C, 13TL, 26TL, 27TL	Martínez, PA	20C, 23C
Álvarez, R	23TL	Matute, M	26TL, 27TL
Antúñez, H	5TL	Medina, M	6TL
Baccara, J	8C, 39C	Mejía, CU	49C
Banegas, OG	17C, 47C	Mercadal, N	31C, 45C
Bogantes, J	16TL	Miller, E	20TL 28TL
Bu, J	11C	Montoya, C	10TL
Buekens, P	26TL, 27TL	Munguía, A	24TL
Bustamante, N	27TL	Murillo, T	33C
Cafferata, M	26TL, 27TL	Nativi, P	2TL
Casco, G	26TL	Navas, JC	37C, 38C
Chinchilla, N	10C, 25C	Núñez, A	5TL
Ciganda, A	26TL, 27TL	Ortega, J	7TL
Claudino, C	10TL	Palencia, H	9TL
Cunha de Santis, G	8C	Paz H, C	34C
De Melo, V	8C, 40C	Peñaranda	9C, 14C
Del Cid, J	26TL	Quijada, E	35C
Díaz, O	26C	Ramírez, FA	25TL
Domínguez, R	28C	Rivera, C	13C, 19C
Espinoza, CG	18TL	Rivera, M	2TL
Espinoza, L	18C, 29TL	Rodríguez, FJ	4TL
Erazo, K	1TL	Rodríguez, G	3C, 6C
Estrada, M	41C	Rodríguez, H	11TL
Ferrary, ML	2TL	Rodríguez, JR	22TL
Fortín, C	1C	Sandoval, NJ	9C
Gallegos, C	14TL, 16TL	Sarmiento, O	36C
Guillen, K	16TL	Sierra, L	43C
Guzmán, I	27C, 29C	Somoza, F	15TL, 17TL
Hall M, J	14TL, 16TL	Sorto, G	16TL
Hall R, J	14TL, 16TL	Suazo, O	2C
Haylock, C	10C, 24C	Turcios, E	48C
Henríquez, J	26TL, 27TL	Valladares, C	26TL, 27TL
Hernández, M	6TL, 8TL	Valle, RE	30C
Interiano, M	12TL	Velásquez, A	20TL, 28TL
Jovel, LE	8TL	Velásquez, X	4C
Lara, L	12C	Villacorta, J	6TL
Lemus, N	21TL	Villatoro, GA	16C, 29TL
León, J	32C	Young, C	19TL
Licona, T	3TL	Zanoletty, G	44C
López, B	27TL	Zelaya, LA	42C
López, E	21C	Zúniga, C	26TL, 27TL
Luque, MT	2TL, 5TL	Zúñiga, M	27TL
Maldonado, C	5C, 15C		

**LV CONGRESO MÉDICO NACIONAL
DR. GUILLERMO PEÑA ZELAYA**

**DESAFÍOS DE LA PRÁCTICA MÉDICA EN EL SIGLO XXI.
IMPLICACIONES MÉDICO LEGALES**

**HOTEL COSTA MAR
11 AL 14 DE JULIO 2013**

**Pre-Congreso..... Lps. 500
Congreso..... Lps. 2500
Otros..... Lps. 2000**

COMITÉ ORGANIZADOR

Presidente: Dr. Elmer Guerrero
Vicepresidente: Dr. Carlos Morales
Secretaria: Dra. Heidy Wong
Tesorero: Dr. Melvin Macías
Fiscal: Dra. Gliriam Zúñiga
Vocal 1: Dr. Kathia García
Vocal 2: Dra. Nelly Hernández

COMITÉS:

Comité Científico:

Dra. Aylin García
Dr. Carlos Morales
Dr. Marco Matamoros
Dr. Roberto Valenzuela

Comité de Propaganda:

Dr. Roberto Bustillo
Dr. Ángel Flores
Dr. Carlos Roberto Aguilera
Dra. Ivis Andrade

Comité Social:

1. Dra. Doris Altamirano
2. Dra. Dolores Hernández
3. Dra. Katia García
4. Ana Velásquez

**Comité de Transporte
y Alojamiento:**

Dr. Oslin Zúñiga
Dra. Marlen Medina
Dra. Karen Budde

Comité de Logística:

1. Dr. Obdulio García
2. Dra. Ada Ruth Sánchez
3. Dr. Adolfo Canales
4. Dra. Alda Benavides

INSTRUCCIONES PARA LA PREPARACION DE RESÚMENES (CONFERENCIAS Y TRABAJOS LIBRES) DEL CONGRESO MÉDICO NACIONAL (COMENAC) PARA SER INCLUIDOS EN EL SUPLEMENTO DE LA REVISTA MÉDICA HONDUREÑA DEL AÑO 2013

Lea las instrucciones antes de comenzar a llenar el formato del resumen, revise ejemplos publicados en el suplemento de la Revista Médica Hondureña del año anterior, ya que las instrucciones se actualizan anualmente (en el ejemplar del suplemento del Congreso Médico Nacional, si no lo tiene, los puede obtener en www.colegio-medico.hn o www.bvs.hn) o comuníquese con el comité científico del COMENAC o la oficina de la Revista Médica Hondureña en la sede del Colegio Médico de Honduras, Tegucigalpa. Los resúmenes de las Conferencias Magistrales y Trabajos Libres aceptados para presentación, serán publicados en el Suplemento del Congreso Médico Nacional, el cual pasa a ser parte de la Revista Médica Hondureña, **la cual esta indizada internacionalmente** por lo que es indispensable que todos los expositores se apeguen a las instrucciones al momento de escribir y enviar el resumen, en cuanto a formato y tiempo, **no se aceptarán resúmenes que no cumplan con los requisitos señalados.**

1. Lea atentamente la información que se le solicita abajo. Escoja el tipo de trabajo. Si es una **Conferencia** (magistral, plenaria, simposium, mesa redonda, foro, panel, etc.) o **Trabajo Libre** (Científico, Clínico y Experiencia).
2. Proporcione los datos que se le piden: Nombre del expositor, dirección postal, datos de la ciudad, Teléfono/FAX, Correo-Electrónico. Marque las ayudas audiovisuales de acuerdo a sus necesidades.
3. Escriba el cuerpo del Resumen. Utilice letra tipo Arial, tamaño 12, interlineado simple. El Resumen debe tener una extensión máxima de **300 palabras**. Comience por el **Título** de la Conferencia o Trabajo Libre, continúe con una nueva línea con los **Autores** (subraye el nombre del Expositor), y en otra línea, no debe faltar la especialidad y las respectivas **Instituciones**. En otra línea comience el **Cuerpo del Resumen** el cual debe contener las secciones descritas a continuación.
4. **Cuerpo del Resumen.** Debe ser escrito según el tipo de presentación, conferencia o trabajo libre. Si tiene dudas favor abóquese al comité científico, antes de comenzar a escribirlo.
 - **Conferencias:** Texto sin subtítulos.
 - **Trabajo Libre Científico:** texto dividido en los siguientes subtítulos de forma continúa: Antecedentes, Objetivo(s), Materiales y Métodos, Resultados y Conclusiones/Recomendaciones.
 - **Trabajo Libre Clínico:** texto dividido en los siguientes subtítulos: Antecedentes, Descripción del caso/serie de escasos (criterios clínicos, epidemiológicos, laboratorio, manejo y desenlace), Conclusiones/Recomendaciones.
 - **Trabajo Libre de Experiencia:** texto dividido en los siguientes subtítulos: Antecedentes, Descripción de la experiencia, Lecciones aprendidas.
5. **Los Trabajos Libres deben ser originales, es decir no publicados.** Pueden ser Trabajos Científicos (Observacionales o Experimentales), Trabajos Clínicos (Caso Clínico o Serie de Casos) y Experiencias (Salud Pública o Educativas). A continuación se describe brevemente cada categoría.

Trabajos Científicos

Cuentan con un diseño metodológico. **Estudios Observacionales:** 1) Descriptivos (Transversales, por ejemplo los de Prevalencia; Longitudinales, por ejemplo los de Incidencia) y 2) Analíticos (Casos y Controles, Cohortes). **Estudios Experimentales:** Ensayos Clínicos, Ensayos Experimentales.

Trabajos Clínicos

Describen uno o más casos 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.

Trabajos de Experiencia

Describen experiencias de salud pública o académicas. Pueden incluir evaluaciones de programas, intervenciones y/o proyectos en prevención, control y/o rehabilitación. Esta modalidad incluye aquellas experiencias exitosas e innovadoras en el ámbito institucional y/o comunitario.

Los Trabajos Libres deben someterse a un proceso de arbitraje. Los Resúmenes deben contener información que ha sido considerada importante por el Comité Científico. **La observación de las recomendaciones arriba anotadas aumentará la probabilidad de que su Resumen sea aceptado para presentación en el Congreso.** Puede utilizar el Formato de Resumen contenido en este documento o una fotocopia del mismo. Envíe el Resumen (original y una copia, más un CD) vía Correo Postal o Correo Electrónico a la dirección que se indicará posteriormente.

RESUMEN DE TRABAJOS LIBRES Y CONFERENCIAS

CATEGORÍA DEL TRABAJO (Marque con una X la categoría correspondiente)

- Trabajo científico
- Trabajo o caso clínico
- Experiencia en salud pública
- Conferencia

TÍTULO DEL TRABAJO O CONFERENCIA

DATOS DEL O LOS(AS) AUTORES

Nombre
Grado académico
Institución afiliada

DATOS DEL EXPOSITOR

Nombre completo
Correo electrónico
Teléfono fijo y móvil
Grado académico
Institución afiliada

CUERPO DEL RESUMÉN (NO MÁS DE 300 PALABRAS)

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

TRABAJO CIENTÍFICO

Título, autores, instituciones. Luego comience a escribir el resumen estructurado o dividido en: Antecedentes, Objetivo(s), Materiales y Métodos, Resultados y Conclusiones/Recomendaciones.

TRABAJO CLÍNICO

Título, autores, instituciones. Luego comience a escribir el resumen estructurado o dividido en: Antecedentes, Descripción del caso/serie de casos (cuadro clínico, epidemiológicos, estudios, manejo y evolución) Conclusiones/Recomendaciones

EXPERIENCIA DE SALUD PÚBLICA

Título, autores, instituciones. Luego comience a escribir el texto estructurado o dividido en: Antecedentes, Descripción de la experiencia, lecciones aprendidas.

CONFERENCIA

Título, autores, instituciones. Luego comience a escribir el texto no estructurado o sea sin subtítulos, debe incluir la información relevante que se presentará en la conferencia.

FECHA LÍMITE PARA ENTREGA DE RESÚMENES: 31 DE MARZO DE 2013

PATROCINADORES

ASHOPHARMA

SILANES

UNIPHARM

BAYER

ABBOTT

STEIN

COMPAÑÍA MC

FARSIMAN

FINLAY

DIAGNOS

FERRER

MENARINI

ROTTA