

RESÚMENES DE TRABAJOS LIBRES

1TL. CARCINOMA DE CÉLULAS TRANSICIONALES EN CÉRVIX: REPORTE DE CASO. Lysien Ivania Zambrano,¹ Selvin Zacarías Reyes García,¹ Edgardo Murillo Castillo.²¹Doctor en Medicina y Cirugía, Egresados de la UNAH, Profesor Titular I de la Unidad de Investigación Científica, FCM UNAH; ²Patólogo, Profesor Titular IV, Facultad de Ciencias Médicas (FCM), UNAH.

Antecedentes: Cáncer de cuello uterino fue, es, y continua siendo factor de morbi-mortalidad en todo el mundo, principal causa de muerte en mujeres, siendo mayor este en los países en vías de desarrollo. América Latina presenta cerca de 40 mil decesos anuales. Las neoplasias del cérvix son descritas por primera vez desde 1930 en Europa, la primera revisión de casos de células transicionales en cérvix fue realizada por Mash en 1952, pero hasta 1995 Saavedra y Young describen la histología, la cual tiene un comportamiento muy agresivo, y muy similares con los tumores uroteliales de vejiga. La OMS clasifica en 3 grupos: Carcinoma papilar predominantemente escamosas, Carcinoma papilar predominantemente transicionales, Carcinoma papilar escamo-transicionales. **Descripción del Caso Clínico:** Paciente femenina de la séptima década de la vida, procedente de Francisco Morazán, ama de casa, casada, alfabeta, quien fue referida de su centro de salud al Hospital General San Felipe por detectarse en citología realizada NIC I, se realiza colposcopia observándose lesión en radio de 3-5 acetoblanquecina, se toma biopsia cérvix, reportando neoplasia maligna de células escamosas con posibilidad de invasión no evaluable en la muestra, se sospecha Carcinoma epidermoide de cérvix en Estadio Clínico I B1, por lo cual se ingresa con el plan de Histerectomía Abdominal Total (HAT) radical Piver III. Con la cual se realizó el diagnóstico final de Carcinoma de células transicionales invasor del cuello uterino sin lesión en lecho, ganglios, ni margen quirúrgico. **Conclusiones/Recomendaciones:** Hay muy pocos casos de este tipo de Carcinoma documentados en la casuística nacional. Es importante realizar el proceso diagnóstico completo ante cualquier lesión inicial. A pesar de que este tipo de Carcinoma es agresivo, si su diagnóstico es a tiempo tienen buen pronóstico, como se obtuvo en este caso.

2TL. CARCINOMA PAPILAR INVASOR DE MAMA: A PROPÓSITO DE UN CASO. Dr. Edgardo Murillo Castillo,¹ Dra. Lysien Ivania Zambrano,² Dr. Selvin Zacarías Reyes García.²¹Patólogo, Facultad de Ciencias Médicas, Universidad Nacional Autónoma de Honduras; ²Doctor en Medicina y Cirugía, Egresados de la UNAH, Profesor Titular I de la Unidad de Investigación Científica, FCM UNAH.

Antecedente: Los carcinomas papilares de la mama son neoplasias malignas que presentan un conjunto de características especiales, tanto en su morfología como en su conducta biológica. Es poco frecuente (1-2%) de neoplasia de mama e invade formando estructuras papilares predominantemente, Se presenta en mujeres en la sexta a octava décadas de la vida, mayor edad que para otros tipos de carcinoma, no tiene preferencia racial establecida. En el

50% de los casos con centrales y existe secreción a través del pezón hasta en el 34%. El tamaño suele oscilar entre 2-4 cms. Son lesiones que con frecuencia mamográfica y macroscópicamente no impresionan de malignidad. **Descripción del caso Clínico:** Femenina de 75 años, con historia de 7 meses de evolución de presentar masa en mama derecha, en cuadrante superior externo, móvil, bordes definidos, no dolorosos, no adenopatías axilares, se le realiza aspirado por aguja fina que reporta hiperplasia ductal florida, se maneja a paciente por consulta externa con nuevos controles, 2 años después se le encuentra dos masas en misma mama, una de 5.5x3 cm, la otra de 2.5x2.5cm, no dolorosas, consistencia dura. Se le realiza biopsia incisional la que reporta Carcinoma Papilar con áreas de componente solido, invasor en cuadrante superior externo. **Conclusiones/ Recomendaciones:** La presencia de masa residual es un dato que nos debe orientar a la presencia de neoplasias malignas de mama, siendo el seguimiento muy importante para detectar en estadios tempranos la temible fatalidad del cáncer.

3TL. PRINCIPALES FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A LA MORTALIDAD MATERNA EN LA REGIÓN DE EL PARAÍSO, HONDURAS, 2010 – 2012. Dra. Gilma Nereyda Murillo Figueroa. Médico Salubrista, Región de Salud Departamental N° 7, El Paraíso.

Antecedentes: La Mortalidad Materna constituye un serio problema de Salud por la cantidad de muertes cada año. Tanto nacional como Departamental. La Retención Placentaria y Shock Hipovolémico son las principales causas; lo que me motiva realizar este trabajo para lograr reducir al máximo esta mortalidad. **Objetivo General:** Identificar los principales factores de riesgo que contribuyeron a la Mortalidad Materna en el departamento de El Paraíso, periodo 2010 - 2012. **Material y Método:** Se realizó un estudio descriptivo, retrospectivo, del 100 % de muertes maternas entre 2010-2012, utilizándose fichas vigilancia epidemiológica, IVM – 3, fichas investigación comunitaria. El procesamiento, análisis, e interpretación de datos se vaciaron en tablas, gráficos, obteniéndose porcentajes y tasas. **Resultados:** 19 defunciones maternas investigadas en 2010; en 2011: 11 y 5 en 2012. La tasa fue de 171, 99 y 35 x 100,000 NV, respectivamente. Grupo etario afectado 15 – 24 años. Según Estado Civil: 2010 unión libre (26%), 2011 casadas y unión libre con 36%, 2012 unión libre (60%). Mortalidad 2010: mujeres Escolaridad Primaria Completa (37%), Analfabeta (26%), Primaria Incompleta (27%) 2011, 2012 Primaria completa (60%). 2010 se Ignoraba uso de Anticonceptivo 68%, 2011 54% no Planificaba, 2012 100% no planificaba. 2010: 37% presentaba Antecedentes Patológicos y 37% no presentaba, 2011 no presentaba Antecedentes 73%, 2012 no presentaba antecedentes. Antecedentes Obstétricos 2010: 53%, 2011: 73% y 2012 80% eran múltiparas. 2010 las muertes ocurrieron durante el Parto 47%, 2011 45% y 2012 fueron durante Parto y puerperio 40%. 2010: recibió Control Prenatal 47%, en Unidades de Salud (63%); 2011: 73%, en unidades de salud 64%. 2012: 80%, Unidades de Salud 60%. 2010 Parto fue Comunitario (74%);

2011 Institucional (54%), 2012 institucional (60%). Causa Básica de muerte: Retención Placentaria (37%) 2010, 27% 2011, 40% 2012. Clasificación de la Causa: Directa 63%, 2011 81% y 2012 60%. Municipios, presentaron fallecidas, Danlí 26% (tasa107) en 2010, 27% (tasa 64) 2011 y 40% (tasa 43) en 2012. Presentando la mayor Tasa San Antonio de Flores en el 2010 de 724 x 100,000 NV, en el 2011 San Matías Tasa = 1724 x 100,000 NV, 2012 Soledad tasa=397 x 100,000 NV. **Conclusiones/ Recomendaciones:** Existe en el departamento una Tasa de Mortalidad Materna mayor a la de País. Las Muertes ocurrieron en Mujeres Jóvenes, sin Métodos de Planificación, y de causa directa. El Comité de Mortalidad sea más funcional. Garantizar Parto Institucional.

4TL. ALARGAMIENTOS OSEOS Y CORRECCION DE LAS DEFORMIDADES ANGULARES EN LOS MIEMBROS INFERIORES.

Vernon S. Hernández Villela. Ortopeda Traumatólogo, Especialista en Reconstrucción de las Deformidades en Extremidades Inferiores, Hospital Regional de Occidente, Santa Rosa de Copán.

Antecedentes: La finalidad de la especialidad de alineación y alargamientos Óseos en extremidades inferiores, es la atención de los pacientes pediátricos y adultos que presentan deformidades Oseas angulares, acortamientos óseos, que pueden ser de tipo congénito o adquirido ya sea por secuelas de fracturas, enfermedades infecciosas como osteomielitis, artritis séptica, tumorales, degenerativas o de cualquier otra índole. Estos pacientes al ser evaluados clínicamente, y con un análisis adecuado de su patrón de marcha, se le deben realizar estudios de radiología panorámica y de reconstrucción tridimensional para encontrar los lugares anatómicos precisos donde se encuentran los Coras de las deformidades Oseas que posteriormente van a requerir una osteotomía correctiva. La cirugía reconstructiva de miembros inferiores es una especialidad relativamente joven que inicio en Baltimore USA en el año 2000 siendo su pionero el Dr. Dror Paley y desde entonces ha tomado un importante auge en el tratamiento de las deformidades congénitas y adquiridas que padecen algunas personas, ya que utilizando técnicas mínimamente invasivas y con la ayuda de fijadores externos de corrección multiplanos, se logran realizar muchas cirugías en un mismo tiempo quirúrgico y terminar de corregir la deformidad en forma progresiva en el postoperatorio por la versatilidad del implante que permite hacer modificaciones durante el curso del tratamiento.

Descripción de la experiencia: Desde el año 2008 comienzo a realizar los primeros procedimientos de corrección utilizando esta técnica en el hospital de occidente en pacientes programados selectivamente. Durante este tiempo se han intervenido pacientes con Deformidades angulares y Discrepancia en miembros inferiores, pacientes con deformidades congénitas o adquiridas por traumas, infecciones entre otros, logrando incorporarlos rápidamente a la sociedad y evitar la formación de lesiones permanentes muchas veces irreversibles que producen una discapacidad mayor al paciente.

Lecciones aprendidas: La cirugía reconstructiva nos proporciona una valiosa herramienta más para poder mejorar la calidad de vida y funcionalidad de los pacientes con deformidades incapacitantes en sus extremidades, además nos ofrece una tratamiento quirúrgico mínimamente invasivo, tolerable y de pronta recuperación e incorporación a la sociedad.

5TL. EXPERIENCIA INSTITUCIONAL EN TRASPLANTE RENAL, SAN PEDRO SULA, HONDURAS. Dr. Edin Quijada. Cirujano Urologo, Servicio de Urología Hospital Del Valle y Urocentro, San Pedro Sula, Honduras.

Antecedentes: El trasplante renal es un reflejo claro del trabajo en equipo, donde se cambia radicalmente la calidad de vida del paciente sometido a este procedimiento. Con nuestro equipo de trasplante multidisciplinario en la zona norte, se realizaron 25 procedimientos en el periodo del 2005-2013 en un hospital privado de San Pedro Sula. **Descripción de la Experiencia:** Se han practicado 25 trasplantes renales en igual número de pacientes todos vivos relacionados, por el mismo equipo quirúrgico, en una institución privada en el periodo del 2005 al 2013 inclusive. Las edades oscilaron entre los 18 a los 58 años con una media de 36 años. Se utilizó un esquema inmunosupresor triasociado, azatioprina, prednisona y ciclosporina en el 65,5% de los casos y azatioprina más prednisona en 33,5%. Con un seguimiento de (50-3 meses). Encontrando las causas más frecuentes de insuficiencia renal crónica la glomerulonefritis crónica y causas no determinadas. La técnica quirúrgica se realiza en forma simultánea para la nefrectomía y el implante, la isquemia fría en general ha sido menor de 10 minutos, la técnica de implante se realiza colocando el riñón en fosa iliaca contralateral y anastomosis de vena y arteria a las iliacas. El implante ureteral se realiza con técnica lynch-gregorie 85 y politano en menos 15% de los casos. Con una distribución de sexo del receptor femenino 70% de los casos y 30% hombres. El Rechazo agudo se presento en 5 casos, dos con pérdida renal y tres manejados con medicación, logrando recuperar la funcionalidad de una manera aceptable. Dos muertes una donante y un receptor por insuficiencia vascular severa y shock hipovolémico. El Linfocelo en 3% de los casos como complicación urológica y necrosis del implante ureteral en el 1%. Sobrevida del implante con media de seguimiento a los tres años es de 75%. **Lecciones Aprendidas:** Son 7 años de trabajo lento ya que no se cuenta con apoyo estatal, todos los casos son a nivel privado, lo que representa un costo económico importante, pero hay muchas metas que superar sobre todo por la diferencia en la calidad de vida de nuestros pacientes. Además se ha demostrado ampliamente que es más barato trasplantar a un paciente que mantenerlo en diálisis.

6TL. EXPLORACION LAPAROSCÓPICA DE LA VIA BILIAR: EXPERIENCIA EN EL HOSPITAL REGIONAL DEL NORTE, INSTITUTO HONDUREÑO DE SEGURIDAD SOCIAL, 2012-2013. Dr. Lennyn Alvarenga. Cirujano General, Departamento de Cirugía, Instituto Hondureño de Seguridad Social, San Pedro Sula, Honduras.

Antecedentes: Desde 1989 se reporta la colecistectomía por vía laparoscópica, con la realización de colangiografía transoperatoria y exploración de la vía biliar común. Actualmente la técnica laparoscópica es preferida sobre la técnica abierta para realizar la colecistectomía, pero con la exploración de vía biliar en nuestro país continuamos haciéndola por la vía abierta. En Julio 2012 las autoridades del IHSS dotaron al Hospital Regional del norte con equipo moderno para cirugía laparoscópica avanzada, con la cual se

puede realizar de forma segura este procedimiento. No encontramos publicaciones sobre otros colegas que estén realizando este procedimiento por vía laparoscópica. **Descripción de la Experiencia:** Desde septiembre del 2012, iniciamos a captar pacientes que pudieran beneficiarse con este abordaje en el Instituto Hondureño de Seguridad Social en San Pedro Sula, sometiendo a 12 pacientes a este procedimiento, todas ellas del sexo femenino, ya con el diagnóstico de coledocolitiasis confirmado por colangio resonancia magnética. 1 caso (8%) se convirtió a procedimiento abierto por falla de los instrumentos quirúrgicos. De los 11 que se logró hacer exitosamente, solo a 1 (9%) fue necesario realizar coledocotomía y colocación de tubo en T, el resto se realizó de forma transcística (91%). Solo 1 caso (9%) se reoperó por coledocolitiasis residual. El tiempo hospitalario posterior al procedimiento quirúrgico fue de 1 día en los 11 pacientes que se operaron de forma laparoscópica, y de 4 días en la que se realizó el procedimiento abierto. No tuvimos morbilidades postoperatorias en ningún caso. **Lecciones aprendidas:** la exploración de la vía biliar por laparoscopia es un procedimiento que se puede realizar de forma segura, disminuyendo los días de hospitalización y eliminando grandes cicatrices a los pacientes.

7TL. PRÁCTICAS DE ESTILO DE VIDA SALUDABLE EN LAS DOCENTES DE LA ESCUELA DE ENFERMERÍA DE LA FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS, UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE HONDURAS. Dra. Johana Guicel Bermúdez Lacayo. Especialista en Medicina Interna, Especialista en Dermatología Clínica, Msc Salud Pública, Gerente Nacional de Docencia e Investigación del Instituto Hondureño de Seguridad Social, Docente Titular III FCM UNAH. Fátima Xiomara Osorio, Estudiante Tercer Año de Enfermería UNAH; Nubia Etelvina Díaz Arrazola, Medico General, Hospital Militar; Dania Virginia López Velásquez, Medico General Hospital Escuela.

Antecedentes: Estilo de vida es el conjunto de comportamientos, actitudes y valores protegen de enfermedades crónicas no transmisibles, que representan las principales causas de mortalidad tanto en adulto. **Objetivo:** Describir las prácticas de estilos de vida saludables de las docentes de la Escuela de enfermería de la Facultad de Ciencias Médicas de la UNAH en el periodo comprendido entre el 10 de septiembre al 15 de octubre del año 2012. **Sujetos y Métodos:** se incluyeron todas (42) las Licenciadas en enfermería docentes de la escuela de enfermería de la Facultad de Ciencias Médicas. Se definió Estilo de vida es el conjunto de comportamientos, actitudes y valores que no solo previenen y protegen de enfermedades de enfermedades crónicas no transmisibles. **Resultados:** De total de la muestra, 70% tiene más 41 años, 97% sexo femenino, 83% tiene de 1 a 3 hijos, 57% de las docentes el realizar materiales didácticos les genera stress laboral, 40% tiene IMC en mayor a 29, el 50% ha ganado de peso en los últimos 4 años, 37% mantiene el peso de los últimos 4 años, 58% consume vitaminas como suplemento nutricional, 50% lleva al trabajo alimentos que prepara. Apenas el 13% consume ensaladas, el 40% consume frutas. 43% a veces realiza ejercicio y de estas solamente 14% va al gimnasio, 20% no realiza ningún tipo de ejercicio, 20% pasee en su tiempo libre. 80% ponen

en práctica medidas de bioseguridad. En 70% la religión es importante en su vida y en un 53% la religión influye en su autocuidado. **Conclusiones/ Recomendaciones:** Que las docentes no lleven un estilo de vida saludable representan un problema adicional, no solo para su salud sino también para sus estudiantes. Tienen mayor posibilidad de practicar medidas preventivas y tener un mayor éxito en la enseñanza de promoción de la salud. Es necesario desarrollar investigaciones que midan determinantes biológicos, psicológicos, sociales y culturales de estilos de vida en los docentes de la escuela de enfermería y de medicina.

8TL. LEISHMANIASIS VISCERAL EN ADULTO CON VIH – SIDA EN HONDURAS. Lysien Ivania Zambrano,¹ Selvin Zacarías Reyes García,¹ Elsa Palou,^{2,4} Jackeline Alger,^{1,3,4} Walter Pacheco,⁵ Heidy Pérez,⁶ Norma Solorzano.⁷ ¹Unidad de Investigación Científica, Facultad de Ciencias Médicas, (FCM) UNAH; ²Coordinación General de Postgrados FCM UNAH; ³Servicio de Parasitología, Departamento de Laboratorios Clínicos, Hospital Escuela; ⁴Instituto de Enfermedades Infecciosas y Parasitología Antonio Vidal; ⁵Clínica Dirección General de Tránsito, ⁶Clínica Baxter, ⁷Instituto Nacional Cardiopulmonar (INCP); Tegucigalpa, Honduras.

Antecedente: El Programa Nacional de Prevención y Control de la Enfermedad de Chagas y Leishmaniasis informó 1,309 casos de leishmaniasis en el período 2006-2007; de estos, 9 casos correspondieron a Leishmaniasis Visceral (LV). En Honduras, LV no se informa en adultos. Aquí presentamos un caso de LV en un adulto coinfectado con VIH-SIDA atendido en el INCP en 2008-2009. **Descripción del Caso Clínico:** Paciente femenina, 25 años de edad, procedente del Municipio de Comayagua y referida de Hospital Regional por presentar dolor abdominal difuso de 10 días de evolución que no respondía a tratamiento. La paciente era conocida por VIH-SIDA bajo tratamiento antirretroviral desde 2 años atrás. Fue ingresada en el INCP con historia de dolor abdominal que comenzó de forma insidiosa, con predominio en el cuadrante superior derecho, irradiándose hacia la región lumbar. Además informó fiebre de tres días de evolución, de inicio súbito, que no remitió desde su inicio, acompañada de escalofríos y diaforesis profusa, náuseas y vómitos. Al examen físico se encontró a la palpación superficial y profunda dolor en todo el abdomen, con hipersensibilidad en epigastrio. Se identificó hepato-esplenomegalia cuyas dimensiones en ultrasonografía fueron en longitud 20 y 22.3 centímetros, respectivamente. Se realizaron diferentes estudios (Hemograma, Química sanguínea, Hematozoario, BAAR). El diagnóstico se estableció mediante la observación microscópica de amastigotes de *Leishmania* spp. en frote de aspirado de médula ósea coloreado con Giemsa. Además se contó con un resultado positivo de prueba rápida Kalaria Detect Test. Fue tratada con anfotericina B convencional por 35 días con buena evolución clínica. **Conclusiones/ Recomendaciones:** Se documenta por primera vez un caso de LV en adulto viviendo con VIH-SIDA en Honduras. Se presume *L. chagasi* como agente causal, debido a resultado de la prueba rápida. Es necesario investigar LV en adultos inmunosupresos, aun en presencia de prueba rápida negativa.

9TL. PREVALENCIA Y MORTALIDAD POR ENFERMEDAD CEREBRO VASCULAR Y FACTORES ASOCIADOS EN LA POBLACIÓN DEL DEPARTAMENTO DE COMAYAGUA, 2006 - 2010.

Manuel Sierra,^{1,2} Lysien Ivania Zambrano,² Selvin Zacarías Reyes García,² Adda Vanessa Sirias Baca,³ Marco Tulio Medina,⁴ Elizabeth Paguada Canales.² ¹PhD en Epidemiología; ²Unidad de Investigación Científica, Facultad de Ciencias Médicas, Universidad Nacional Autónoma de Honduras; ³Postgrado Neurología FCM UNAH; ⁴Coordinador Postgrado Neurología FCM UNAH.

Antecedentes: La ECV es una de las patologías que tiene gran impacto a nivel nacional e internacional. De acuerdo con la OMS, ECV ocupa el segundo lugar entre las causas más comunes de mortalidad a nivel mundial y el tercer lugar en los países más desarrollados. **Objetivo:** Contribuir al conocimiento sobre el impacto la morbi-mortalidad de la ECV para influir en políticas públicas que contribuyan a disminuir el riesgo y el impacto de dicha enfermedad en la población del departamento de Comayagua. **Material y Métodos:** El estudio se basa en el método progresivo de vigilancia mundial de ECV de la OPS/OMS, usando encuesta de población y hospitalarias e instrumentos de vigilancia y seguimiento estandarizados para obtener datos que puedan ser comparables en el tiempo y entre distintos países. **Tipo de estudio:** transversal descriptivo. **Resultados:** En el estudio se incluyeron 5,412 casas y un total de 25,711 personas de los cuales el 55,5 % (14,277) fueron mujeres y el 45,5 % fueron varones (11,434). El 48,6% (12,511) de las personas en el estudio correspondían a la edad entre los 19 a los 49 años. En relación a los resultados de la aplicación del instrumento 1, La tasa de presentación de algún signo focal definitivo fue de 16.8 por 1,000 habitantes y la tasa de presentación de algún signo focal inespecífico fue de 26.9 por 1,000 habitantes. Del total de casos sospechosos detectados se confirmaron 15 casos de ECV en personas mayores de 19 años para una prevalencia acumulada de: 0.9 x 1,000 habitantes (95% IC: 0.04 x 1000 – 1.4 x 1000). Diez casos refirieron historia de hipertensión arterial. **Conclusiones/ Recomendaciones:** La HTA es el principal factor de riesgo para desarrollar ECV y es un factor modificable que puede ser sujeto de intervenciones por parte de la Secretaría de Salud.

10TL. TRANSMISIÓN DE LA MALARIA EN UTILA, ISLAS DE LA BAHÍA, HONDURAS, AGOSTO 2012.

Eric Garges,¹ Jackeline Alger,^{2,4} Jorge Garcia,^{3,4} Randi Ramos,⁵ Marta Medina,⁶ Ricardo Aviles,⁷ Miguel Quintana,⁸ Jim Harrison.⁹ ¹Preventive Medicine Residency Program, U.S. Army Institute of Public Health, Silver Spring, MD; ²Unidad de Investigación Científica, Facultad de Ciencias Médicas (FCM), UNAH, Tegucigalpa; ³Servicio de Parasitología, Departamento de Laboratorios Clínicos, Hospital Escuela Universitario, Tegucigalpa; ⁴Instituto de Enfermedades Infecciosas y Parasitología Antonio Vidal, Tegucigalpa; ⁵Cesamo Utila; ⁶Región Departamental de Salud de Islas de la Bahía, Roatán; ⁷Elemento Médico, Fuerza de Tarea Conjunta Bravo, Comayagua; Honduras; ⁸US Army Public Health Command Region-South, San Antonio, Texas; ⁹US Army Public Health Command-West, Fort Lewis, Washington.

Antecedentes: En los últimos años, Islas de la Bahía se ha ubicado entre los cinco departamentos con mayor transmisión de malaria en

Honduras (2007-2011, IPA 9.6-16.5). Los casos se han identificado en Roatán y Guanaja. En 2010-2012 en Utila se identificaron tres casos importados, dos por *Plasmodium vivax* (Mosquitia y Roatán) y un caso fatal por *P. falciparum* originado en Africa. **Objetivo:** Describir características poblacionales y entomológicas relacionadas a transmisión de malaria en Utila. **Métodos:** En agosto 2012, se realizó encuestas parasitológica y entomológica con visita casa a casa en vecindarios y predios seleccionados por conveniencia. Previo consentimiento informado verbal, se entrevistó a cada participante y se realizó examen físico dirigido. Se tomó muestra de sangre por punción dactilar para pruebas de diagnóstico rápido (PDR), diagnóstico microscópico y papel filtro para posterior análisis molecular. Adicionalmente, se realizó encuesta entomológica para evaluar el riesgo de la presencia de vectores competentes, colectando mosquitos adultos y larvas. **Resultados:** Se examinaron 62 muestras de sangre, todas negativas por PDR y microscopía. Se identificaron larvas y adultos de *Anopheles*, *Aedes* y *Culex* en extensos criaderos próximos a vecindarios, en establos y en campo abierto. Se observó barreras inadecuadas en puertas y ventanas y escaso uso de mosquiteros. Parte de la población está constituida por trabajadores temporales (construcción, comerciales del sexo), turistas y por residentes que han retornado a la isla después de trabajar en zonas endémicas. **Conclusiones/ Recomendaciones:** Aunque actualmente no hay transmisión de malaria en Utila, las características de la población humana y vectorial favorecerían la transmisión e instalación de un brote. Se recomienda realizar acciones para disminuir la tasa de picadura así como fortalecimiento de la capacidad local de detección temprana y tratamiento oportuno de casos. *Estudio financiado parcialmente US Army Center for Health Promotion, San Antonio, Texas, Estados Unidos de América.*

11TL. SECUENCIA POTTER: ENFERMEDAD INCOMPATIBLE CON LA VIDA.

Dr. Mario Hernández,¹ Dr. Samuel Santos.² ¹Médico Residente 3er año Postgrado de Pediatría UNAH VS HNMCR HRN Instituto Hondureño Del Seguro Social, HLMV; ²Neonatólogo Pediatra Jefe de la Sala Neonatos HNMCR.

Antecedentes: En 1946, la Dra. Edith Potter (pionera de la patología perinatal) acuñó el termino de síndrome de Potter (secuencia Potter) para describir las características faciales de los bebés con agenesia renal bilateral. La agenesia renal bilateral se estima que ocurre en aproximadamente 1 de 5000 fetos y es responsable del 20% de los casos de secuencia Potter. **Descripción Caso Clínico:** El presente caso clínico trata de una madre con 18 años de edad, primigesta, que inicia su control prenatal y al momento de realizar su examen ultrasonográfico, este reporto: embarazo de 19 semanas de gestación y agenesia del riñón derecho. Posteriormente en siguientes controles prenatales; bajo vigilancia ultrasonográfica se confirman los siguientes diagnósticos ultrasonográficos: embarazo de 36 semanas de gestación, agenesia renal derecha, displasia renal fetal izquierda, escoliosis, oligohidramnios severo, hipoplasia pulmonar severa, Secuencia Potter y retardo del crecimiento intrauterino. Por lo que a sus 37 semanas de embarazo por ultrasonido, nace producto único pélvico con evidentes fascias de secuencia Potter. Este caso clínico resume, fisiopatología, epidemiología, manifestaciones clínicas, diagnósticos de imagen, diagnósticos dife-

renciales y todo lo relacionado con nuestro paciente. **Conclusiones / Recomendaciones:** El propósito o finalidad de este caso clínico tan interesante e impactante, es para que conozcamos más acerca de estas patologías genéticas que muchas veces pasamos por alto por no conocer de manera adecuada la evolución natural de cada enfermedad. Cabe mencionar el uso adecuado de recurso de imagen en esta ocasión el del ultrasonido, para detectar estas enfermedades y así de esta manera concientizar a los padres del mal pronóstico de sus hijos con estas anomalías. A todos los médicos luego de conocer y comprender un poco la fisiopatología de esta enfermedad, se tiene claro que se le puede ofrecer a cada paciente, aunque sepamos cual va a ser curso natural de esta enfermedad.

12TL. ENFERMEDAD DE JARABE DE ARCE. Dra. Tania Soledad Licon Rivera. Pediatra, Departamento Ciencias Morfológicas, FCM UNAH.

Antecedentes: La enfermedad de orina olor a Jarabe de Arce es un error innato del metabolismo, origen hereditario autosómico recesivo, por defecto del complejo enzimático deshidrogenasa de a-cetoácidos, acumulándose los aminoácidos; valina, isoleucina y leucina VIL. Puede presentarse rechazo a la alimentación seguida de encefalopatía aguda los primeros días de vida, hay formas más leves que pueden tener presentación inicial en edades mayores. Existen cinco formas clínicas; clásica (neonatal), intermitente, intermedia, respondedora a tiamina, deficiencia en la subunidad E3. El objetivo del tratamiento es normalizar rápidamente las concentraciones plasmáticas de los aminoácidos VIL y eliminar los cetoácidos, especialmente a- cetoisocaproico causante de descompensación metabólica y daño neurológico. **Descripción del caso:** Lactante menor, tres meses, falla de medro, vómitos frecuentes y rechazo a la alimentación desde primera semana de vida, tratado por alergia a la proteína de leche de vaca y ERGE. Historia de cinco días de tos húmeda, fiebre y disnea. Deterioro clínico, status convulsivo, inestabilidad hemodinámica y respiratoria ingresándose en UCIP. Laboratorialmente: acidosis metabólica severa con anión gap aumentado, cetonuria (+++), citoquímica de LCR normal, TAC cerebral normal, IRM importante atrofia cortical. Se realizó tamiz metabólico: negativo. Se refirió al servicio de endocrinología, realizándose estudios genéticos que revelaron el diagnóstico, la base del tratamiento ha sido dieta baja en proteínas y su evolución satisfactoria. **Conclusiones / Recomendaciones:** Recién nacido o lactante tratado por reflujo gastroesofágico y/o alergia a la proteína de la leche de vaca, y que no mejora a pesar de su tratamiento; sospechar error innato del metabolismo, y realizarle tempranamente pruebas laboratoriales de esa manera su pronóstico será menor. Realizar tamiz metabólico ampliado a todo recién nacido y las interconsultas correspondientes en este tipo de pacientes.

13TL. DIAGNOSTICO DE LA TUBERCULOSIS EN EL NIÑO INFECTADO POR VIH. Dr. Sergio Quintanilla. Médico Residente de Segundo Año, Postgrado Pediatría, Universidad Nacional Autónoma de Honduras en el Valle de Sula.

Antecedentes: El resurgimiento mundial de la tuberculosis ha sido impulsado por la aparición del VIH, siendo el Sida el mayor factor

de riesgo identificado para la progresión de la Tuberculosis, la cual es la principal infección oportunista en los niños VIH positivos. El diagnóstico de la tuberculosis infantil es generalmente un reto. La presentación clínica en los niños VIH positivos depende del grado de inmunosupresión celular subyacente: si la inmunosupresión es leve a moderada las manifestaciones clínicas, radiológicas e histopatológicas y la reactividad a la tuberculina no difieren de los niños VIH negativos. Si la inmunosupresión celular es severa la tuberculosis se caracteriza por localización extra pulmonar y desimación, manifestaciones clínicas y radiológicas atípicas, negatividad a la tuberculina, ausencia de granulomas en las muestras histopatológicas, y baciloscopías negativas. **Descripción del caso:** Masculino de 16 años, diagnóstico de VIH con inmunosupresión severa en Tratamiento Antirretroviral, ambos padres VIH positivos con tratamiento antifímico 5 años antes, con historia de fiebre persistente y tos con expectoración de remisión espontánea. Ingresó en Hospital Regional del Progreso para estudio de fiebre prolongada de 2 meses, realizando diferentes exámenes sin llegar al diagnóstico. Refenido para continuar estudios. Evaluado en consulta externa del Centro de Atención Integral del Hospital Mario Rivas, donde se realiza valoración integral, se solicitan estudios de laboratorio y de imagen. Por Tomografía Computarizada (TAC) se diagnosticó Tuberculosis Pulmonar; se manejó de forma ambulatoria con Antifímicos y ARV, además de terapia psicológica y nutricional, con evolución satisfactoria. **Conclusiones / Recomendaciones:** La tomografía computarizada de tórax resulta especialmente valiosa en el estudio de las adenopatías hiliares y mediastínicas ya que las de la tuberculosis por la necrosis caseosa suelen tener la zona central más atenuada que la periferia hecho que rara vez ocurre en las de otras causas como la infección por *Mycobacterium Avium* complex, los linfomas o las infecciones bacterianas o fúngicas.

14TL. MORTALIDAD EN EL CENTRO DE ATENCION INTEGRAL DE PEDIATRIA VIH/SIDA, HOSPITAL NACIONAL DR. MARIO CATARINO RIVAS. Dra. Susann Fabiola Galo. Residente Segundo año Postgrado Pediatría, Universidad Nacional Autónoma Honduras Valle de Sula.

Antecedentes: El VIH es la principal causa mundial de morbilidad y mortalidad pediátrico, con aproximadamente 700,000 casos nuevos cada año. La OMS y el Programa de Naciones Unidas sobre VIH/SIDA lanzó un programa para proporcionar a países subdesarrollados tratamiento para 3 millones de personas con VIH (10% eran niños). Latinoamérica y el Caribe lograron 68% de cobertura y el acceso a terapia antirretroviral dió como resultado la reducción de cinco veces la mortalidad y altas tasas de supervivencia de niños (hasta 90%) a la edad adulta. En el año 1999 la infección avanzada por el VIH fue la primera causa de muerte en nuestro hospital y en el año 2000 fue la segunda causa de mortalidad en estos años no disponíamos de antirretrovirales. En julio del año 2003 iniciamos el tratamiento antirretroviral por parte del programa de VIH/Sida de la secretaria de salud. **Objetivo:** Conocer las causas de muerte e indicadores de mal pronóstico de niños con Tratamiento con Antirretrovirales en el CAI Pediátrico del Hospital Nacional Mario Catarino Rivas. **Métodos:** Estudio descriptivo- transversal que resume los casos clínicos de niños con VIH fallecidos en los últimos 10 años. El

análisis se realizó con frecuencias, porcentajes y medidas de tendencia central. **Resultados:** Se consignaron 67 muertes y la mortalidad fue igual en ambos sexos, el 89% tenía desnutrición severa, el 90% correspondían a la categoría C3, La mediana de edad al diagnóstico fue de 8 años y 14 años al fallecer. La mortalidad fue en promedio 8 pacientes por año en los primeros 5 años y 6 por año en los años siguientes, en el año 2012 la mortalidad fue del 2% de toda la cohorte, 42% eran huérfanos de padre y madre, el 72% falleció en los primeros 12 meses de inicio del tratamiento, el 70% recibía el esquema de primera línea de antirretrovirales **Conclusiones / Recomendaciones:** El tratamiento con antirretrovirales ha disminuido la mortalidad y prolongado la vida en los niños(as) infectados por el VIH. La tuberculosis es la primera causa de muerte seguida de las infecciones oportunistas. Los factores predictivos negativos fueron la Categoría C3 y la falta de adherencia al tratamiento, la desnutrición severa, el diagnóstico tardío, y la orfandad. Los primeros meses de tratamiento son mayor riesgo de mortalidad cuando se asocia a inmunosupresión severa al inicio del tratamiento.

15TL. SÍNDROME DE SILVER-RUSSELL CON HERENCIA LIGADA A X. CASO CLÍNICO. Carlos Luis Tróchez. Médico Residente de Segundo Año Posgrado De Pediatría Universidad Nacional Autónoma de Honduras en el Valle de Sula,

Antecedentes: El síndrome de Russell-Silver es una enfermedad hereditaria y congénita, presente desde el momento del nacimiento. Se considera una enfermedad rara por su escasa frecuencia, pues existe un caso por cada 100.000 niños nacidos. Afecta por igual a los dos sexos. La primera descripción fue realizada por Henry Silver en 1953, un año después Alexander Russell publicó una serie de 5 casos, por lo que se aceptó el término de Russell-Silver o Silver-Russell para nombrar la afección. La mayor parte de los casos descritos son esporádicos y no existen antecedentes familiares. La transmisión hereditaria es heterogénea y no sigue un patrón único. Se han encontrado diversas anomalías cromosómicas en los afectados, pero ninguna específica. En algunos casos la herencia va ligada al cromosoma X. **Presentación de caso:** Paciente masculino de 5 años de edad producto del quinto embarazo hijo de madre VIH positiva que es diagnosticado positivo por VIH categoría C3 al examen físico se observa aspecto triangular de la cara, maxilar inferior pequeño, frente amplia y boca ancha con ambas comisuras labiales dirigidas hacia abajo. La talla/edad está bajo percentil 3, se evidencia asimetría corporal con hemihipotrofia de todo hemicuerpo derecho. No hay retraso mental. Estudios hormonales se le realizó determinación de la edad ósea que corresponde a 3 años, encontrándose también distintas edades óseas en ambos hemicuerpos son normales. Se maneja con endocrinólogo y ortopedistas. El manejo de la infección por el VIH es satisfactoria en los 3 años de tratamiento antirretroviral con carga viral no detectable y CD4 sin inmunosupresión inmunológica. **Conclusiones / Recomendaciones:** No se ha encontrado ninguna relación entre la infección por el VIH y el Síndrome de Silver-Russell. Los niños infectados por el VIH presentan enfermedades y síndromes clínicos como el resto de niños no infectados.

16TL. SÍNDROME DE RECONSTITUCIÓN INMUNE DESPUES DEL INICIO DE TERAPIA ANTIRRETROVIRAL: LINFADENITIS POR BACILO DE CALMETTE-GUÉRIN. REPORTE DE CASO.

Dra. Cintia Alejandra Falck Fuentes. Médico Residente Segundo año, Postgrado Pediatría Universidad Nacional Autónoma de Honduras en el Valle de Sula.

Antecedentes: El síndrome inflamatorio de reconstitución inmune (SIRI) es un desorden inmunológico en pacientes que inician TARGA y se define como una respuesta inmune exagerada a un antígeno latente durante la recuperación del sistema inmune, describe un grupo de síndromes clínicos que ha sido comúnmente observado en infecciones micobacterianas (TBC y M.A.I. diseminado) Toxoplasmosis cerebral, Criptococosis y otras infecciones oportunistas. Ocurre generalmente en los primeros tres meses tras el inicio del tratamiento. **Presentación de caso:** Lactante femenina de 15 meses de edad procedente de La Ceiba, Atlántida; madre desconocía el diagnóstico durante el embarazo y dio lactancia por 3 meses, siguiendo esquema de vacunación establecido por el programa ampliado de vacunación y aplicó BCG. Ingresó a hospital privado en La Ceiba, a los 7 meses por Neumonía Grave. En esa institución se realizó diagnóstico de inmunodeficiencia adquirida VIH+ categoría clínica C3, con una carga viral en ese momento de 2,500,000 de copias, CD4+: 45cel e Inicio terapia antirretroviral con AZT, 3TC, EFV y fue referida a este centro. En Mayo del 2012 se encuentra adenomegalia axilar izquierda, supraclavicular y en cuello haciéndose el diagnóstico de BCGítis. Tratada con isoniacida por 6 meses; se diagnosticó Síndrome de reconstitución Inmune, en base a una carga viral para VIH no detectable y el aumento de las cifras de CD4+: 490cel posterior al inicio de tratamiento ARV. **Conclusiones/ Recomendaciones:** La vacuna de BCG puede dar complicaciones tipo BCGítis en los niños(as) infectados por VIH y puede ser la manifestación clínica del SIRI después del inicio del TARGA cuando hay inmunosupresión severa. El SIRI es una entia clínica que es diagnosticada con dificultad, ya que produce un importante "agravamiento paradójico" de la clínica que presentan los pacientes.

17TL. PREVALENCIA DE ASMA BRONQUIAL EN POBLACIÓN ESCOLAR DE EN LAS COMUNIDADES GARÍFUNAS DE TRAVESÍA Y BAJAMAR, CORTESs, HONDURAS, AÑO 2010.

Dr. Edwin Francisco Herrera. Master en Genética Humana, Universidad Católica de Honduras, San Pedro Sula.

Antecedentes: El asma bronquial es un padecimiento de las vías aéreas que afecta una gran proporción de la población en edad escolar en el mundo. El resultado natural es la inasistencia a clases de parte del afectado, además de representar un alto costo para los padres y a la salud pública en general. **Objetivo:** El objetivo principal del presente trabajo fue determinar la prevalencia del asma bronquial en la población infantil de 5 a 13 años de edad de las comunidades garífunas hondureñas de Bajamar y Travesía. **Población y métodos:** En el año 2010, se encuestaron casa por casa 109 niños en la comunidad de Travesía, y 196 en Bajamar. Los encargados legales contestaron las preguntas del cuestionario del ISAAC (*The International Study of Asthma and Allergies in Childhood*), el cual ha

sido ampliamente validado para estudios de prevalencia. Se definió como asmático todo niño que a criterio del padre o encargado padeciera de asma, y que además hubiera presentado por lo menos un ataque de asma en los últimos 12 meses. **Resultados:** A pesar de haber utilizado respuestas positivas a dos preguntas del cuestionario del ISAAC para determinar la prevalencia, se encontraron valores altos en ambas comunidades: 23.9% en Travesía y 40.3% en Bajamar, para un valor global de 34.4%. Interesantemente, entre los asmáticos se encontró un ligero pero significativo aumento de sujetos mezclados (hijos de un padre garífuna y el otro ladino) en relación a los controles no asmáticos (χ^2 y Test Exacto; $P < 0.05$). **Conclusiones / Recomendaciones.** Las comunidades estudiadas presentan una prevalencia superior a otras poblaciones reportadas en la literatura revisada, evidencia de la presencia de factores genéticos y/o ambientales contribuyentes. La predisposición al asma bronquial en niños garífunas podría verse aumentada por la contribución de variantes genéticas de susceptibilidad propias de poblaciones indoamericanas.

18TL. MASAS ABDOMINALES EN PEDIATRÍA. Dr. Giovanni Humberto Marie Aguilar. Hospital Mario Catarino Rivas, Servicio de Cirugía Pediátrica.

Antecedentes: Son todas aquellas lesiones que son de localización intra-abdominales o retroperitoneal hasta en un 90%, y un 50% suelen ser de comportamiento maligno lo que representa altas tasas de mortalidad por diagnósticos inoportunos o tardíos; todas las masas abdominales son de resolución quirúrgica; el diagnóstico y tratamiento de los tumores abdominales ha sufrido cambios significativos en los últimos años y un mejor pronóstico puede esperarse con la detección temprana y el tratamiento oportuno. **Caso 1:** paciente femenina de dos años la cual acude por detección de una masa a nivel de epigastrio detectada hace 2 meses por su médico de cabecera, la cual era móvil no dolorosa de bordes lisos adherida a planos profundos, se le realizan estudios de imagen los cuales revelan que hace cuerpo con la vía biliar, se decide resolución quirúrgica encontrándose un quiste gigante de colédoco. **Caso 2:** paciente de 6 años con historia de 3 meses de dolor abdominal tipo sordo generalizado, sin irradiación que se asocia a masa abdominal de crecimiento rápido por lo que fue llevada al centro hospitalario en donde se refirió para estudio, las imágenes determinaron que se trató de una quística supra vesical sin septos ni calcificaciones, los laboratorios reportaron una alfa feto proteína positiva; el hallazgo quirúrgico fue de una masa quística de origen en ovario y el patólogo reportó teratoma maduro. **Conclusiones/Recomendaciones:** Un evento que a pesar de ser de fácil detección para el clínico se vuelve un reto, pues es una carrera contra el tiempo ya que una detección precoz y oportuna puede ser la diferencia entre la vida o la muerte para nuestros pequeños.

19TL. TRASTORNO OBSESIVO COMPULSIVO EN EL ADOLESCENTE. Dr. Mauricio Orellana Folgar. Psiquiatra/Medicina Psicosomática, Hospital Bendaña, San Pedro Sula.

Antecedentes: El trastorno obsesivo compulsivo (TOC) es una enfermedad mental crónica y debilitante en la población infantil, afectando

a cerca del 2-3% de la población infantil y adolescente mundial. Este trastorno es sub diagnosticado y sub tratado en este grupo de pacientes, ya que la "secretividad" es la característica de este trastorno. Los pacientes se esfuerzan por ocultar sus pensamientos y sus rituales, por lo que parece que tienen un control voluntario sobre ellos, por esto el diagnóstico se retrasa meses y en ocasiones años. Los padres lo identifican solo en 0.3 % de los casos. El TOC se define como la presencia de pensamientos y/o rituales percibidos como desagradables, que interfieren con el funcionamiento global del individuo y genera marcada angustia. **Descripción de casos:** femenina de 17 años, con historia de tratamiento con psicología desde hace un año, por tristeza y problemas de comunicación, persiste fatiga, hipersomnia vespertina, insomnio intermitente, fatiga, tristeza continua más días de la semana que no, minusvalía, Clinimetría: HAM-D: 20, HAM-A: 32, Escala de Riesgo Suicida: 4 Impresión Diagnóstica (IDx): Distimia, Tratamiento (Tx): sertralina; evolución no satisfactoria, Sintomatología identificada 5 meses después: tricotilomanía, dermatilomanía, onicofagia, incumplimiento en tareas, ella manifiesta que no logra terminarla ya que la carga académica es excesiva, Clinimetría: YBOCS: 36, Diagnóstico: TOC tipo mixto severo, Episodio depresivo; Estudios: IRM cerebral: normal, EEG: normal, QQ sanguínea: normal, Tx: Risperidona 2 mg, valproato de magnesio 800 mg, clomipramina 150 mg, paroxetina de liberación controlada 72.5 mg, clonazepam 0.5 mg ocasional, psicoterapia cognitivo conductual intensiva para TOC. **Caso 2:** Masculino 10 años, inquieto, inatento, desordenado, onicofagia, con parpadeo excesivo al estar ansioso, ideas de homosexualidad, lavado de manos excesivo, imágenes y pensamientos intrusivos que le generan vergüenza, "carraspeo de garganta". Clinimetría: C-YBOCS: 37 IDx: TOC tipo mixto/ Trastorno por Tics mixto. Tx: fluoxetina 40 mg, risperidona 1 mg, TCC. **Conclusiones / Recomendaciones:** El TOC es comorbido con Tics 30%, depresión 26%, déficit de atención e hiperactividad 10%. El tratamiento ideal es la terapia cognitivo conductual pero se acepta el uso de ISRS en dosis altas, y en ocasiones es mandatorio el uso de estos con otros psicofármacos.

20TL. CAPACITACION CON MANUAL "ATENDIENDO LAS NECESIDADES DE NUESTROS SERES QUERIDOS QUE VIVEN CON VIH-SIDA" 2007 A JUNIO 2013. Dr. Manuel Aguilar Cruz. Médico General, Hospital Evangélico, Siguatepeque.

Antecedentes: El aumento de PVVS en Honduras y el mundo hace necesario reforzar su educación, la familiar y comunitaria para cuidados básicos en casa, donde reciben el apoyo familiar y de amigos, comodidad, reducción de detención y costos, se recobran de enfermedades asociadas con mayor rapidez y con el TAR permite llevar una vida activa por años necesitando hospitalizar-se solo en momentos críticos. Esta puede darse por un proveedor de cuidados de salud, voluntario o familiar entrenado, monitoreado por personal de salud profesional, que maneja el diagnóstico y tratamiento, educa, entrena y asiste a es proveedor en la continuidad del cuidado para satisfacer las necesidades del paciente, considerando su integralidad como ser humano: física, psicoemocional, social y espiritual, de allí la razón de este manual. **Descripción de la experiencia:** Del 2007 a junio 2013 se ha capacitado a 233 personas=37% PVVS, familiares, voluntarios, 34% personal técnico local, nacional e in-

ternacional y 29% líderes de diferentes congregaciones de fe, en 29 municipios de 9 departamentos del país, además presentado en varias jornadas, congresos médicos nacionales e internacionales y por programas radiales y televisivos regionales. Revisamos Aspectos Generales: transmisión viral y bioseguridad. Área física: higiene personal, del hogar, nutrición, ejercicio y protección de infecciones. Psicoemocional: qué hacer al diagnosticar-se la infección, diferentes reacciones y cómo afrontarlas. Social: relaciones interpersonales, aspectos financieros, legales. Espiritual: algunos pensamientos del paciente y las respuestas que Dios da. Concluimos con el TAR, muerte y los cuidados del cuidador. Acompañados de referencias bíblicas pertinentes. **Lecciones Aprendidas:** Coordinar esfuerzos para extender la visión y atención integral de nuestros pacientes en todos niveles para lograr un impacto real en la salud.

21TL. PROYECTO DE REESTRUCTURACIÓN ADMINISTRATIVA COLEGIO MÉDICO DE HONDURAS. Karla Griselda Guerra Quiñonez. Maestría en Dirección Empresarial orientación en Gerencia Hospitalaria, Hospital Militar, Tegucigalpa.

Antecedentes: Las instituciones deben estar bien organizadas estructuralmente para afrontar los desafíos y poder lograr posicionamiento en la sociedad. El Colegio Médico de Honduras (CMH) nace para cubrir las necesidades de los agremiados y de la sociedad hondureña, mediante la ley orgánica la compromete a velar por la calidad en servicio de salud. Hoy cuenta con una estructura organizacional que atiende las necesidades de aproximadamente siete mil agremiados y de aproximadamente ocho millones de hondureños. Es por ello que la investigación identifico el área que conlleva un impacto en la reestructuración administrativa para un mejor manejo institucional. **Objetivos:** 1. Formular un plan estratégico institucional, 2. Establecer los niveles jerárquicos funcionales para la organización, 3. Diseñar un organigrama eficiente para el departamento de recursos humanos, 4. Relacionar la necesidad del departamento de recursos humanos con el desempeño eficiente colaboradores. **Materiales y métodos:** Se realizó un estudio descriptivo exploratorio (no existe estudio que analice la estructura organizacional del CMH), mediante métodos de observación científica, inductivo y analítico. **Resultados:** 1. La institución carece de estrategia institucional clara., 2. La Gerencia realiza funciones operativas que corresponden a niveles de puestos medios, el trabajo de los diferentes departamentos es centralizado, 3. El desempeño de los empleados no puede ser cuantificado si no se cuenta con un manual de puestos donde se describa los objetivos específicos de cada puesto, actualmente no se puede auditar el desempeño de cada área, 4. Se carece de códigos de ética y conductuales actualizados para los empleados, esto favorece a malas conductas al interior de la institución. **Conclusiones /Recomendaciones:** 1. Debe iniciarse con establecer una estrategia institucional, 2. Recomendamos considerar la creación del departamento de recursos humanos, 3. Se recomienda que para la toma de decisiones, la consecución de las metas y fines institucionales, la organización cuente con un marco regulatorio que dé seguridad y confianza a los agremiados; esto solamente se logrará con una gestión de cambio que fortalezca las conductas éticas de los miembros.

22TL. HEMOFILIA EN MUJER: PORTADORA SINTOMÁTICA. Dr. Mario Hernández. Médico Residente 3er año, Postgrado de Pediatría, UNAH Valle de Sula; HNMCR.

Antecedentes: La hemofilia ocurre en uno de cada 5,000 nacimientos de varones. La hemofilia A, una deficiencia de factor VIII (FVIII), y la hemofilia B, una deficiencia de Factor IX (FIX), con frecuencia se heredan como trastornos recesivos ligados al cromosoma sexual (cromosoma X). Las mujeres, que tienen dos cromosomas X, solo pueden padecer hemofilia si heredan dos copias anormales del gen, lo cual es extremadamente raro. Con más frecuencia son portadoras heterocigotas de la enfermedad (es decir, tienen una copia anormal y una copia normal del gen) y por lo general resultan inafectadas o solo levemente afectadas por síntomas hemorrágicos. Las portadoras generalmente tienen concentraciones adecuadas (> 60%) de FVIII o FIX para controlar hemorragias. No obstante, las concentraciones de factor de coagulación varían de una portadora a otra debido a la lyonización, en la que la expresión de uno de los dos cromosomas X es suprimida de manera aleatoria. La concentración promedio de factor de coagulación en portadoras de hemofilia es 50% de la normal, consistente con la supresión exacta del 50% de cada cromosoma X (uno afectado y el otro normal). **Descripción del caso Clínico:** Se trata de paciente femenina, 15 años de edad, con historia de presentar menorragia desde su menarquia; concomitantemente inicia con dolor en miembros inferiores lo que la imposibilita en ocasiones a deambular de forma adecuada, llevándola incluso a múltiples hospitalizaciones, por lo que se decide realizar estudios de laboratorio para determinar etiología de estos hallazgos clínicos mencionados. Al recibir resultados de laboratorio, dentro de los factores de coagulación; reporto una disminución significativa del factor VIII, por lo que se diagnostica inmediatamente a nuestra paciente con Hemofilia A, iniciando su tratamiento con Factor VIII, con una indiscutible mejoría clínica. **Conclusiones/Recomendaciones:** El presente caso clínico trata de una patología poco frecuente en mujeres, por lo que a toda paciente con antecedentes de hemorragia, traumatismos, dolor articular; se debe realizar una historia clínica adecuada con antecedentes personales patológicos y familiares y así determinar en qué momento realizar estudios de laboratorio como ser los factores de coagulación para descartar esta patología que también la podemos encontrar en mujeres.

23TL. ESTUDIO MULTICÉNTRICO SOBRE TRANSMISIÓN CONGÉNITA DE *TRYPANOSOMA CRUZI*: RESULTADOS PRELIMINARES DE HONDURAS. Jackeline Alger,¹⁻³ Jaime H. del Cid,⁴ Benjamín López,⁵ Norma Bustamante,⁵ Jorge García,^{2,3} María Luisa Matute,⁶ Christian Valladares,⁶ Concepción Zúñiga,^{3,7} María Luisa Cafferata,⁸ Alvaro Ciganda,⁸ Pierre Buekens.⁹ ¹Unidad de Investigación Científica, Facultad de Ciencias Médicas (FCM), UNAH, Tegucigalpa; ²Servicio de Parasitología, Departamento de Laboratorios Clínicos, Hospital Escuela Universitario, Tegucigalpa; ³Instituto de Enfermedades Infecciosas y Parasitología Antonio Vidal, Tegucigalpa; ⁴Región Departamental de Salud de Intibucá, La Esperanza; ⁵Región Departamental de Salud de Santa Bárbara, Santa Bárbara; ⁶Laboratorio Nacional de Vigilancia de la Salud MOH, Tegucigalpa; ⁷Programa Nacional de Prevención y Control de la Enfermedad de

Chagas y Leishmaniasis MOH, Tegucigalpa; ⁸UNICEM, Montevideo, Uruguay; ⁹Tulane University, Nueva Orleans, Estados Unidos de América.

Antecedentes: Estudio multicéntrico sobre transmisión congénita de *Trypanosoma cruzi* que propone reclutar 13,000 mujeres en México, 10,000 en Argentina y 7,500 en Honduras. Los sitios en Honduras incluyen Hospital Enrique Aguilar Cerrato, La Esperanza, Intibucá, y Hospital Santa Bárbara Integrado, Santa Bárbara. **Objetivos:** Según el 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. **Métodos:** Se miden anticuerpos anti-*T. cruzi* utilizando dos tipos de pruebas rápidas en sangre de cordón umbilical; si al menos una es positiva, se identifican niños infectados mediante análisis parasitológico en sangre de cordón y a las 4-8 semanas, y seguimiento serológico al decimo mes. **Resultados:** De mayo 2011 a enero 2013, en Honduras se reclutaron 6,022 (41.6%) mujeres elegibles de un total de 14,458 nacimientos en ambos sitios de estudio. Se identificaron 215 (3.6%) nacimientos con al menos una prueba rápida positiva en sangre de cordón, 127/2,681 (4.7%) Intibucá y 88/3,341 (2.6%) Santa Bárbara. De las mujeres seropositivas, 69 (32.1%) eran <25 años de edad, 51 (23.7%) eran primíparas, 17 (7.9%) tenían edad gestacional ≤ 37 semanas; 47 (21.9%) recién nacidos tenían un peso al nacer <2,500 gramos. De las seronegativas, 2,842 (49.9%) eran <25 años de edad, 1,748 (30.7%) eran primíparas, 583 (10.2%) tenían edad gestacional ≤ 37 semanas; 480 (8.4%) recién nacidos tenían un peso al nacer <2,500 gramos. En Intibucá, el peso al nacer <2,500 gramos fue tres veces más frecuente en las madres seropositivas ($p < 0.01$). **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.*

24TL. CARACTERÍSTICAS DEL CONGRESO MEDICO NACIONAL 2003 – 2012. Jackeline Alger,¹⁻³ Nelly Sandoval,^{3,4} Xenia Velásquez.^{5,6} ¹Unidad de Investigación Científica, Facultad de Ciencias Médicas, Universidad Nacional Autónoma de Honduras, Tegucigalpa; ²Servicio de Parasitología, Departamento de Laboratorios Clíni-

cos, Hospital Escuela Universitario, Tegucigalpa; ³Consejo Editorial Revista Médica Hondureña; ⁴Departamento de Patología, Hospital Escuela Universitario, Tegucigalpa; ⁵Servicio de Dermatología, Departamento de Medicina Interna, Hospital Escuela Universitario, Tegucigalpa; ⁶Centro Nacional de Educación Médica Continua (CENEMEC), Colegio Médico de Honduras.

Antecedentes: El Congreso Médico Nacional (COMENAC) es el evento científico nacional del área de la salud más importante del país, realizado anualmente en la segunda semana de julio con el fin de, entre otros, divulgar avances tecnológicos y científicos con énfasis en aquellos con impacto en la salud pública, estimular y fortalecer el trabajo científico, propiciar relaciones culturales, gremiales y científicas. Desde sus inicios en 1934, el COMENAC ha desarrollado 56 ediciones. **Objetivos:** Describir las características del COMENAC en el periodo 2003-2012. **Materiales y Métodos:** Revisión de información contenida en suplemento COMENAC y artículos de Revista Médica Hondureña (2003-2012), base datos CENEMEC y Comité Organizador. Se analizó ciudad sede, número de actividades científicas desarrolladas (curso pre-congreso, trabajos libres, conferencias magistrales, simposio, otros), profesores extranjeros y asistentes. **Resultados:** Durante estos 10 años, los principales hitos en la organización del COMENAC fueron la introducción de otras ciudades sede, promoción para que el congreso se centrara en presentación de trabajos libres y la elaboración de una memoria del congreso como suplemento de la Revista Médica Hondureña, incluyendo resúmenes de conferencias y trabajos libres (desde 2003). Además de las cuatro ciudades rotatorias Tegucigalpa, Choluteca, San Pedro Sula y La Ceiba, se incluyó Santa Rosa de Copan (2006), Siguatepeque (2009) y Puerto Cortés (2013). En el periodo se presentó un promedio de 64 conferencias (10-116), 31 trabajos libres (15-50), 4 cursos pre-congreso (3-5), 7 profesores extranjeros (4-10, datos disponibles n=6) y 1500 participantes inscritos (1400-1900, datos disponibles n=5). **Conclusiones/Recomendaciones:** El COMENAC demuestra un desbalance, favoreciendo las conferencias magistrales orientadas a actualización de temas. Es necesario fortalecer la presentación de trabajos libres que proporcionen datos locales y permitan apoyar la actualización de temas prioritarios nacionales para mejoramiento del sistema nacional de salud y formación de recurso humano. Las actividades educativas implementadas por CENEMEC pueden apoyar dicho fortalecimiento.