Rev Med Hondur 2013; 81 (1) S1-54

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

Revista MEDICA Hondureña

ISSN 0375-1112

Vol. 81, (Suplemento No. 1)
2013 pp. S1-54

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 Médica Hondureña

Revista MEDICA Hondureña

ISSN 0375-1112

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

Fundada en 1930

Vol. 81, (Suplemento No. 1)
2013 pp. S1-54

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 2011-2013

CUERPO EDITORIAL

DIRECTORA
Nelly Janeth Sandoval Aguilar

EDITOR ADMINISTRATIVO
Xenia J. Velásquez

SECRETARIA
Mázlova Lutxely Toledo

COMITÉ EDITORIAL
Héctor Escalante
Nancy Corina Matute
María Félix Rivera
Mario Ramos Marini
Silvana Varela
Adolfo E. Lizardo

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.

© 2009. 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

LVI CONGRESO MÉDICO NACIONAL

Dr. Guillermo Peña Zelaya

Desafíos de la Práctica Médica en el Siglo XXI

Hotel Costa Mar

Puerto Cortés, Honduras, Centro América

09 al 12 de julio de 2013

CONTENIDO

ORGANIZACIÓN DEL CONGRESO

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

BIENVENIDA

Mensaje de la Presidenta del Centro Nacional de Educación Médica Continua CENEMEC....7
Mensaje de bienvenida del Presidente del Comité Organizador....8
Mensaje de bienvenida del Presidente del Comité Científico....9
Palabras de inauguración del Presidente del Colegio Médico de Honduras, con motivo del LVI Congreso Médico Nacional....10

Reseña Biográfica Dr. Guillermo Peña Zelaya (Q.D.D.G)....11

PROGRAMA CIENTÍFICO

Cursos pre-congreso....13
Conferencias y trabajo libres....18
Programa de la ceremonia inaugural....24
Programa de ceremonia de clausura....25
Programa socio-cultural....25

RESÚMENES

Resumen de conferencias pre-congreso....26
Resúmenes de conferencias magistrales....31
Resúmenes de trabajo libres....41

ÍNDICE POR AUTOR....50

INFORMACIÓN SOBRE EL LVII CONGRESO MÉDICO NACIONAL 2014....51

INSTRUCIONES PARA LA PREPARACIÓN DE RESÚMENES (CONFERENCIAS Y TRABAJOS LIBRES) DEL CONGRESO MÉDICO NACIONAL PARA SER INCLUIDOS EN EL SUPLEMENTO DE LA REVISTA MÉDICA HONDUREÑA DEL AÑO 2014....52

INSTRUCCIONES PARA ENVIAR RESÚMENES DE TRABAJOS LIBRES Y CONFERENCIAS AL COMENAC 2014....53

PATROCINADORES....54

ORGANISMO DE GOBIERNO DEL COLEGIO MÉDICO DE HONDURAS (CMH)

PERIODO 2012 – 2014

JUNTA DIRECTIVA

De pie de izquierda a derecha

Dr. Carlos Guerra	Tesorero
Dr. Haroldo López	Secretario de acción social y laboral
Dr. Naun Lemus	Vicepresidente
Dr. Elmer Said Mayes	Presidente
Dr. Carlos Maldonado	Secretario de colegiaciones
Dr. Héctor Guerra	Vocal

Sentadas

Dra. Carolina Ayestas	Secretaria de actas y correspondencia
Dra. Xenia J. Velásquez	Presidenta del Centro Nacional de Educación Médica Continua CENEMEC
Dra. Carmen Peralta	Fiscal

COMITÉ ORGANIZADOR DEL LVI CONGRESO MÉDICO NACIONAL

Presidente:	Dr. Elmer Guerrero	
Secretaria:	Dra. Kathia GarcÍa	
Tesorero:	Dr. Jimmy Salinas	
Comité Científico:	Dr. Marco Matamoros (Presidente)	
	Dra. Aylin GarcÍa	Dra. Karen Cruz
	Dra. Iveth Arzu	Dra. Norma MartÍnez
	Dra. Karla Cruz	Dr. Carlos Lizandro Morales
	Dr. Roberto Valenzuela	Dr. Alvaro Julián Fúnez
	Dra. Keren Serrano	Dra. Ana Graciela Jiménez
Comité Social y Cultura:	Dra. Dolores Hernández (Presidente)	
	Dra. Irma Brocato	Dra. Glirian Garcia
	Dra. Rita Sambulá	Dra. Ana Velásquez
	Dra. Reina Gutiérrez	Dra. Karen Bude
Comité de Logística:	Dr. Obdulio García (Presidente)	
	Dra. Ada Ruth Sánchez	Dra. Agda Benavides
	Dra. Heidy Wong	Dr. Nahún Larios
	Dr. Roberto Bustillo	Dra. Ada Velásquez
	Dra. Nelly Ramírez	Dr. Douglas Saavedra
Comité de Publicidad:	Dr. Jorge Mejía (Presidente)	Dr. Oslin Zúniga López
	Dr. Melvin Macias	Dra. Yensi Manzanares
	Dr. Victor Ochoa	Dra. Nelly Hernández
	Dr. Carlos Aguilera	

MENSAJE DE LA PRESIDENTA DEL CENTRO NACIONAL DE EDUCACIÓN MÉDICA CONTINUA (CENEMEC)

Una vez más el Colegio Médico de Honduras apoyado por el Centro Nacional de Educación Médica Continua CENEMEC realiza el evento científico más importante de Honduras, el Congreso Médico Nacional (COMENAC). Puerto Cortés es nuestro punto de encuentro, para la LVI edición de este extraordinario encuentro científico, que se realizó por primera vez en la ciudad de Tegucigalpa en el año 1934, se nombró inicialmente como Jornadas Médicas y desde 1962 se le denominó Congreso Médico Nacional, este año lleva como tema central "DESAFÍOS EN LA PRÁCTICA MÉDICA EN EL SIGLO XXI".

Es la primera vez en la historia de este Congreso Médico, que Puerto Cortés tiene el honor de ser el anfitrión y organizador, confiamos que será todo un éxito con el apoyo de los sectores importantes de esta ciudad principalmente el comercio, la industria manufacturera la construcción y los diversos atractivos turístico con que cuenta esta ciudad puerto, entre estos sus cálidas playas, diversos restaurantes, bellos hoteles y sus hospitalarios habitantes. Así mismo, su éxito no sería posible sin la ayuda de su Comité Organizador, quienes han trabajado incansablemente, para que sea digno de todos los médicos hondureños.

A pesar de que el país atraviesa tiempos difíciles, se ha realizado un gran esfuerzo, para lograr realizar con enorme entusiasmo, disposición y capacidad para brindarles un evento de alta calidad científica y cultural. Enhorabuena para el comité organizador del LVI Congreso Médico Nacional, quienes a pesar de ser la primera vez que organizan un evento de tal envergadura han hecho una gran labor, colmada de cordialidad y al mismo tiempo con autoridad científica y un espíritu alegre y emprendedor. Termino, dándole gracias a Dios por brindarme la oportunidad de pertenecer a la actual Junta Directiva, por tener a mi cargo una Secretaría dedicada a la educación científica del gremio y por todo lo que he aprendido en estos 2 Congresos Médicos bajo mi gestión.

DRA. XENIA JACQUELINE VELÁSQUEZ
Presidenta del Centro Nacional de Educación Médica Continua

MENSAJE DE BIENVENIDA DEL PRESIDENTE DEL COMITÉ ORGANIZADOR

Estimados Colegas:

Es grato dirigirme a ustedes por este medio, en el marco del LVI Congreso Médico Nacional 2013 "Dr. Guillermo Peña Zelaya" que tenemos la dicha de celebrar por primera vez después de muchos intentos de luchar porque se realice en esta ciudad. Para los médicos de Puerto Cortés es un placer y nos llena de gran emoción y orgullo tener la oportunidad este año de recibirlos y organizar este evento de amplia trayectoria en la comunidad médica y científica nacional e internacional, esperamos les resulte productivo y satisfactorio desde el punto de vista social, académico y cultural. Y es por eso que en calidad de presidente del comité organizador quiero garantizarles que se ha puesto el máximo esfuerzo y empeño para que este evento sea un éxito y llene todas sus expectativas.

En esta ocasión se ha decidido dedicar este congreso al Dr. Guillermo Peña Zelaya, quien a pesar de ya no encontrarse físicamente con nosotros dejo su huella a través del tiempo en nuestra ciudad. Hombre que como ser humano logro ser Médico, Mentor, Diputado, Alcalde, Rotario y hasta fue uno de los fundadores del honorable Colegio Médico de Honduras (00039). No se puede dejar de destacar su participación activa en la construcción del hospital de área en esta ciudad. El Dr. Peña fue un médico de generaciones que con su calidad humana y don de servicio enseño el apostolado de la medicina.

Finalmente agradezco a todas las personas, especialmente a los colegas del comité organizador, que de una y otra forma han colaborado en la realización del mismo y a ustedes quien con su presencia dan realce a dicho evento.

DR. ELMER ADALID GUERRERO LÓPEZ
Presidente del Comité Organizador

MENSAJE DE BIENVENIDA
DEL PRESIDENTE DEL COMITÉ CIENTÍFICO

El ser un profesional de la medicina lleva implícito un alto grado de responsabilidad ética, moral, académico, servicio a la comunidad y especialmente a nuestros pacientes. En Puerto Cortés por primera vez, el colegio Médico de Honduras, la Revista Médica Hondureña y el Centro Nacional de Educación Médica Continua, nos brindan la valiosa oportunidad de contar en los auditorios con honorables expositores e invitados especiales para ser parte de una jornada extensa con temas variados para optimizar nuestra labor diaria en las unidades de salud.

El tema, desafíos en la práctica médica en el siglo XXI, está orientado para que en forma permanente, prolongada y a largo plazo desafiemos el conocimiento científico y cada uno de nosotros siga explorándolo para ser de la investigación una pasión un arte una obligación, por eso en estos temas de modalidad varias que hemos preparados todos los del comité científico, a quien agradezco por apoyo, interés y dedicación, va orientado a sembrar en cada uno de los asistentes, el interés de seguir investigando y publicando sus trabajos, para que esto sea una norma en el pre-grado, post-grado y en el trabajo cotidiano de nuestra digna profesión. Por eso a todos los colegas que hoy comparten su trabajo científico y su experiencias las cuales disertaran durante el desarrollo de nuestro congreso médico nacional no solo le decimos gracias si no que a ellos nuestra admiración y respeto.

Y por último, lo más importante de nuestra educación médica continua es que todos nuestros conocimientos adquiridos vayan a beneficiar con eficacia y eficiencia, con respeto, con ética, con amor y con vocación de servicio que nos lleven a buscar la solución correcta en los problemas de nuestros pacientes sus familiares que hoy necesitan de nosotros. Por eso colegas gracias a todos disfruten de esta fiesta científica de nuestra hospitalidad y de vuestra ciudad muchas gracias.

DR. MARCO MATAMOROS
Coordinador Comité Científico

PALABRAS DE INAUGURACIÓN DEL PRESIDENTE DEL COLEGIO MÉDICO DE HONDURAS, CON MOTIVO DEL LVI CONGRESO MÉDICO NACIONAL "DR. GUILLERMO PEÑA ZELAYA"

En nombre de la Junta Directiva del Colegio Médico de Honduras, deseo este día dar la más cordial bienvenida a todos participantes en este LVI Congreso Médico en la ciudad e Puerto Cortes. El Colegio Médico de Honduras, como responsable de impulsar actividades de educación médica continua, promover y fomentar todas las actividades de capacitación y formación, que conllevan a mantenerse actualizado en las diferentes áreas del conocimiento médico, considera que el aspecto académico ha sido siempre el baluarte de la profesión médica, con la finalidad de mantener el nivel y la calidad del servicio médico a nuestros pacientes.

Por otro año más entonces, nos place en realizar a través de este comité organizador; el acontecimiento de educación médica contínua más importante del año en nuestra república: nuestro Congreso Medico Nacional donde, se renueva el compromiso con la excelencia educativa, la investigación y la formación del médico Hondureño y donde la ciencia es la protagonista. Desde el último congreso médico en Santa Rosa de Copán, donde se juramentó este comité organizador, se plantearon retos a la calidad del congreso y sus presentaciones. Les ha tocado, entonces seleccionar las ponencias y brindar a cada participante, una ventana de expresión, hacia la persecución del objetivo noble de poner el conocimiento al servicio de todos nosotros. De nuevo, la excelencia en su programa ha sido el objetivo más importante del Congreso Médico Nacional, en esta bella ciudad de Puerto Cortés. Queremos agradecer al comité organizador por tan decidido esfuerzo. Por igual, queremos destacar además muy especialmente la asistencia y cooperación de todos conferencistas invitados de más allá de nuestras fronteras, que de forma desinteresada contribuyen a la educación y formación continua de los médicos hondureños; y que han dejado sus lugares de residencia, para celebrar este evento y disfrutar de la tradicional hospitalidad catracha; plasmada en las sonrisas de hombres, mujeres y niños habitantes de nuestros anfitriones de este año 2013, la ciudad costera de Puerto Cortés, que se engalana y exhibe su máximo esplendor para recibirnos a todos. Agradecemos a las autoridades quienes -sin su colaboración- no hubiera sido posible el desarrollo de este evento.

A todos los asistentes a este magno evento de la educación médica continua, gracias por su presencia y atención, espero que puedan disfrutar su estancia y que los conocimientos contribuyan a enriquecerlos cada vez más para el engrandecimiento de la disciplina médica nacional.

Es de esta forma entonces que me permito dar por inaugurado este evento magno de la Educación Médica Continua en nuestro país. Salud colegas.

Dr. Elmer Mayes
Presidente Colegio Médico de Honduras

RESEÑA BIOGRÁFICA

DR. GUILLERMO PEÑA ZELAYA (Q.D.D.G)

DR. GUILLERMO PEÑA ZELAYA. (1923-1997)

Un hombre que actuaba congruente con sus valores y principios, integracionista, predicador con ejemplos, médico que amaba su profesión, ciudadano de bien. Agradeció toda su vida la formación académica y hospitalidad que recibió de esa nación hermana mientras estudiaba en la Escuela de Medicina de la Universidad de El Salvador, que fundara el hondureño Don Juan Fernández Lindo y Zelaya, y siempre se sintió orgulloso de sus maestros, de sus compañeros, del personal auxiliar y demás seres humanos con gran vocación de servicio en el Hospital Blun de la capital cuscatleca, donde hizo su residencia e internado.

Uno de los fundadores del Colegio Médico de Honduras, Peña Zelaya (CMH 00039) ejerce su vocación de servicio como Director del Centro de Salud Dr. Alonso Moncada Córdova, Capitán Médico de Puerto y de la Escuadra Naval del Atlántico; y especial orgullo sentía por el cargo de Comandante Honorario que como Médico pro bono por tres décadas le confirió el Cuerpo de Bomberos. Médico de la 105 Brigada de Infantería del Ejército de Honduras en el conflicto de 1969 con la Guardia de El Salvador, que no con el pueblo salvadoreño. Ejerció la medicina general en su ciudad costera, con énfasis en medicina de niños. Apoyaba su práctica con una vasta experiencia y permanente actualización en congresos y estudios de literatura médica. El hombre que se definía con humildad como médico de pueblo tuvo también otras facetas: servidor público, hacendado, promotor de mejoramiento de hatos ganaderos y cultivos de cítricos, amigo de sus amigos sobre todo, y mucha cooperación con grupos campesinos de la zona. Esos campesinos le hicieron Diputado, Maestro de Biología en el colegio local Frakflin Delano Roosevelt, consideraba un alto honor haber sido docente de una juventud brillante, la prueba es que esas generaciones de porteños han enaltecido a su ciudad de origen como buenos profesionales de Tegucigalpa a Harvard, y de California a Massachusetts.

Siendo alcalde Municipal de Puerto Cortés en 1974 lideró, con una comuna que integró con miembros de ambos partidos, el inicio de obras de infraestructura como el canal de alivio de aguas retenidas y el relleno del ahora densamente poblado barrio llamado Pueblo Nuevo. Reconstruyó el Mercado Central, construyó la Avenida más amplia de Puerto Cortés, y ordenó el sistema de Tesorería, obras que permitirían una mejora en la administración del desarrollo y en la salud de la comunidad, realizadas con limitado presupuesto,

que complementó al obtener el apoyo de otras municipalidades e instituciones que creyeron en la importancia de sus objetivos; la tarea más difícil y más humana que le tocó enfrentar desde el gobierno local, gracias a su equipo de trabajo con rapidez de respuesta y buen manejo de recursos, fue la gran tragedia nacional ocasionada por el Huracán Fifí, participando activamente no solamente en las tareas de su Municipio sino también en las obras de rescate y rehabilitación en la zona de alto impacto del fenómeno (Omoa, caseríos de montaña El Merendón, y aldeas destruidas los ríos Cuyamel y Chachahuala en la llanura costera contigua al fronterizo rio Motagua).

Muchos años después la Corporación rectorada por el Dr. Marlon Lara, otro Alcalde que dejó trascendente huella en Puerto Cortés, y miembro del partido contrario al del homenajeado honró la trayectoria ciudadana de quien dio medio siglo de servicio a la población porteña, y cuatro días antes de su muerte, al recién remodelado corazón de la ciudad se le bautizó oficialmente con el nombre de Parque Central Dr. Guillermo Peña Zelaya. Diputado por Cortés durante el período 1986-1990, culmina con este cargo electivo una larga carrera de servicio a su comunidad y su país, siendo el único diputado de oposición en presidir una Comisión Legislativa, la de Salud. Siempre reconoció abiertamente que del Congreso, y del honesto Presidente del Ejecutivo, Ingeniero Azcona, la Comisión recibió todo el respaldo necesario para hacer bien su trabajo. Su participación como legislador se refleja en aportes al Código Sanitario, la ley que concede a los puertos mayores el 4% del ingreso de la Empresa Nacional Portuaria, y la ley especial presupuestaria que permitió la construcción del Hospital de Área de Puerto Cortés, esos trabajos con sus compañeros diputados fueron sus principales y más significativos involucramientos directos como legislador. En lo referente a la ley sanitaria, fue trascendente y positiva la orientación que la Comisión de Salud recibió de sus homólogos en México, continuando una tradición de cooperación mutua que no debe interrumpirse nunca entre tan hermanas naciones.

Presidente de su club Rotario y en 1959 Gobernador del Distrito Rotario 424 que comprendía Centroamérica, Panamá y Belice, cargo que ejerció con responsabilidad y compromiso, y al lado de su mejor compañera, su esposa Carmen Cabús, recorrió el Distrito difundiendo el espíritu Rotario, estrechando lazos entre naciones, y construyendo amistades que agradeció toda su vida. Con su amigo Ricardo Reyes Cerrato, otro imbatible convencido y practicante de la verdadera vocación de servicio, fundador de la Empresa Nacional Portuaria, gustaban leer y darle la razón a Federico Amiel, quien con un pensamiento de validez imperecedera sentenció: ''Si la vida no te coloca en el lugar que nos corresponde sino cuando hayamos muerto o nunca tal vez, ese es asunto suyo. Tu deber es actuar como si la vida fuera justa, como si los hombres fueran buenos y como si la Patria fuera agradecida''.

A su sepelio llegaron cientos de personas, entre ellos sus amigos de toda la vida e hijos y nietos de esos amigos de las aldeas garífunas de Travesía y Bajamar en el Caribe hondureño, donde desde niño y junto a ellos aprendió a disfrutar las faenas de pesca y a quienes compensó la enseñanza y cariño sirviendo como médico y consejero, lo que le hizo acreedor a que le llamaran en su lengua ''Surusia Peña'' (el sanador, el mago). Trabajó en su clínica hasta poco antes de morir, rodeado por la mujer que amó, su familia y sus muchos amigos y pacientes. Un jueves 26 de noviembre partió a reunirse con sus antepasados en Olancho y Yuscarán (región desmembrada del extenso Olancho “el Jalisco de Honduras''), tierra de sus padres Adolfo Peña Navarro y Trinidad Zelaya Zelaya de Peña, y como ellos, siempre llevó en el corazón a Lepaguare y el Cerro de Montserrat.

Hoy sus hijos Adolfo, Guillermo, Fernando, Carmen y Mario no pueden sino estar agradecidos con la vida por el padre al que tuvieron la suerte de conocer, de tener como ejemplo, de ser el libro en el cual aprendieron a vivir.

PROGRAMA CIENTÍFICO DEL LVI CONGRESO MÉDICO NACIONAL 2013
PUERTO CORTÉS

CP: Conferencia de Pre-congreso

MARTES 9 DE JULIO DE 2013
HOTEL COSTA MAR, SALÓN ROSA UNO

CURSOS PRE-CONGRESO

ÉTICA MÉDICA

HORA	CÓDIGO	TEMA / EXPOSITOR
MODERADOR: Dr. Marco Matamoros		
8:00 8:10		Palabras del Presidente del CMH / Dr. Elmer Mayes.
8:10 8:20		Palabras de la Presidenta de CENEMEC / Dra. Xenia Jacqueline Velásquez.
8:20 8:30	**Inauguración**	
8:30 9:00	1CP	Ética y la investigación científica / Dra. Xenia Jacqueline Velásquez
9:00 9:20	**Receso**	
9:20 9:50	2CP	El médico y los colegas / Dra. Carolina Fortín
9:50 10:00		**Preguntas y respuestas**
10:00 10:10	3CP	Ética y rasgos de personalidad / Dr. Emiliano Pacheco
10:10 10:20	**Receso**	
10:20 10:50	4CP	Ética y salud pública / Dra. Carmen Peralta
10:50 11:20	5CP	Ética entre el médico y la sociedad / Dr. Carlos René Maldonado
11:20 11:30	**Preguntas y respuestas**	

PROGRAMA CIENTÍFICO DEL LVI CONGRESO MÉDICO NACIONAL 2013
PUERTO CORTÉS

HOTEL COSTA AZUL

PRE CONGRESO DE ESCRITURA Y PUBLICACIÓN DE ARTÍCULOS BIOMÉDICOS

CP: Conferencia de Pre-congreso

MARTES 9 DE JULIO DE 2013
HOTEL COSTA MAR SALON ROSA DOS

Revista Médica Hondureña (RMH))
http://www.bvs.hn/RMH/html/revista.html
http://www.colegiomedico.hn/RMH/html/revista.html

HORA	CODIGO	TEMA / EXPOSITOR
MODERADOR: Glirian García		
08:00	**Inscripción**	
08:30		Bienvenida. Objetivos del Curso./ Dr. Héctor Escalante, Consejo Editorial RMH
08:35	6CP	Reseña histórica de la Revista Médica Hondureña./ Dra. Nelly Sandoval, Consejo Editorial RMH
08:55		Empezando y estructurando su artículo. Resultados, cuadros y figuras./ Dr. Héctor Escalante, Consejo Editorial RMH
09:30		Materiales y/o sujetos y Métodos / Dr. Héctor Escalante, Consejo Editorial RMH
10:00	**Receso**	
10:30	7CP	Integridad científica y protección de sujetos humanos en la investigación / Abogada Roxana Lescano, Programa de Investigación, Unidad Naval Médica de Investigación, Perú
11:30	8CP	Publicación biomédica en revistas internacionales en idioma inglés. / Dr. Kevin Knoop, Buque Hospital COMFORT, Estados Unidos de América
12:30	**Receso**	
13:30		Introducción / Dra. Jackeline Alger, Consejo Editorial RMH
14:00		Discusión / Dra. Jackeline Alger, Consejo Editorial RMH
14:30		Título, resumen, bibliografía y palabras clave / Dra. Nelly Sandoval, Consejo Editorial RMH
15:00	**Clausura**	

PROGRAMA CIENTÍFICO DEL LVI CONGRESO MÉDICO NACIONAL 2013

PUERTO CORTÉS

CP: Conferencia de Pre-congreso

MARTES 9 DE JULIO DE 2013
HOTEL VILLAS DEL SOL, SALÓN GERMAN ENG

PRE - CONGRESO

DESASTRES NATURALES

HORA	CÓDIGO	TEMA / EXPOSITOR
MODERADOR: Dr. Roberto Valenzuela		
8:00- 11:00	9CP	Asistencia humanitaria en desastres naturales / Dr. Michael Owens
11:00 – 12:00	10CP	Cuidado post operatorio de las amputaciones; experiencia en guerras / MAJ D'Alleyrand
R e c e s o		
MODERADOR: Dra. Nelly Ramírez		
12:30 - 13:30	11CP	Lesiones traumáticas en ortopedia para medicina de atención primaria - MAJ D'Alleyrand
13:30 - 14:30	12CP	Traumas y/o lesiones oculares. Dr. Kevin Knoop
14:30 – 15:30	13CP	Capacidades del Buque Hospital COMFORT. Dr. Kevin Knoop
15:30 – 16:30	14CP	Obstrucciones inusuales en el tubo torácico: un estudio de casos de ascariasis / Dra. Rosa Abbott
16:30 – 17:30	15CP	Seguridad en los hospitales. Dr. Robert N. Olisa

PROGRAMA CIENTÍFICO DEL LVI CONGRESO MÉDICO NACIONAL 2013
PUERTO CORTÉS

C: Conferencia

MIÉRCOLES 10 DE JULIO DE 2013
HOTEL COSTA AZUL, SALON UNO

TALLERES

MANEJO ESENCIAL DEL DOLOR

HORA	CODIGO	TEMA / EXPOSITOR
MODERADOR: Dra. Karen Cruz		
08:00-09:15		Bienvenida perspectiva local pre-test / Dra. Claudia Álvarez
09:15-09:30		Introducción / Dra. Claudia Álvarez
09:30-09:45	1C	¿Qué es dolor? / Dra. Alejandra Hernández W.
09:45-10:00	2C	¿Por qué debemos tratar el dolor? / Dra. María Elena Mariona
10:00-10:15	3C	Clasificación del dolor / Dr. José Humberto Camacho
10:15-10:45	**R e c e s o**	
10:45-11:15	4C	Fisiología y patogenia / Dra. María Eugenia Interiano
11:15-11:35	5C	Tratamiento del dolor (Aspectos generales) / Dra. María Eugenia Interiano
11:35-11:55	6C	Fármacos analgésico / Dra. Ena Barahona
11:55-12:30	7C	Obstáculos en el tratamiento del dolor / Dra. Zaida Zúniga
12:30-13:30	**Lunch Box**	
13:30-14:00	8C	Abordaje básico en el manejo del dolor / Dra. Claudia Álvarez
14:00-15:00	9C	Discusión de casos / Dra. Alexandra Shelton, Dra. Xenia Castillo

PROGRAMA CIENTÍFICO DEL LVI CONGRESO MÉDICO NACIONAL 2013
PUERTO CORTÉS

C: Conferencia

MIÉRCOLES 10 DE JULIO DE 2013
HOTEL COSTA AZUL, SALON DOS

TALLER

TALLER DE VÍA AÉREA Y PRINCIPIOS BÁSICOS DE RESUCITACIÓN CARDIOPULMONAR

HORA	CÓDIGO	TEMA / EXPOSITOR
MODERADOR: Dra. Karen Cruz		
8:00-08:30		Inscripción al pre-congreso
08:30-09:00	10C	Introducción al manejo de la vía aérea / Dra. Geraldina Gross
09:00-09:30	11C	Anatomía de la vía aérea / Dra. Sidonia Suazo
09:30-10:00	**Receso**	
10:00-10:30	12C	Aditamentos para manejar la vía aérea / Dr. José Rolando Díaz
10:30-11:00	13C	Intubación orotraqueal / Dra. Tania Romero
11:00-12:00	14C	Práctica sobre el manejo de la vía aérea / Dra. Geraldina Gross, Dra. Sidonia Suazo, Dr. José Rolando Díaz, Dra. Tania Romero.
12:00-13:00	**Almuerzo**	
13:00-14:00	15C	Práctica para conocer los aditamentos de vía aérea e intubación orotraqueal / Todos los instructores

PROGRAMA CIENTÍFICO DEL LVI CONGRESO MÉDICO NACIONAL 2013
PUERTO CORTÉS

C: Conferencia TL: Trabajo Libre

MIÉRCOLES10 DE JULIO DE 2013
HOTEL COSTA MAR SALON ROSA UNO

MÓDULO DE GINECOLOGÍA

HORA	CÓDIGO	TEMA / EXPOSITOR
MODERADOR: Dr. Roberto Valenzuela		
8:00-8:20	16C	Virus del papiloma humano. Enfoque clínico de su comportamiento biológico/ Dr. José Manuel Claros
8:20-8:50	17C	Vacuna contra VPH. Diseño, resultado y uso racional/ Dr. José Manuel Claros
8:50-9:05	1TL	Carcinoma de células trancisionales en cérvix, presentación atípica/ Dra. Lysien Zambrano
9:05-9:30	18C	Estudio y manejo de las lesiones escamosas intraepiteliales de bajo grado/ Dr. José Manuel Claros
9:30-10:00	19C	Tratamiento de las lesiones de alto grado/ Dr. José Manuel Claros
10:00-10:30		**R e c e s o**
MODERADOR: Dra. Iveth Arzu		
10:30-11:00	20C	Cáncer de mama/ Dr. Manuel Maldonado
11:00-11:15	2TL	Carcinoma papilar invasor de mama/ Dr. Selvin Sacarías Reyes
11:15-11:45	21C	Sexo y embarazo/ Lic. Manuel Orellana
11:45-12:00	3TL	Mortalidad materna en el departamento de El Paraíso, Honduras/ Dra. Gilma Nereyda Murillo
12:20-13:20		**R e c e s o**
MODERADOR: Dr. Jimmy Salinas		
13:30-14:00	22C	Diagnóstico, predicción y tratamiento del parto pretérmino: un abordaje práctico e integral /. Dr. Pablo Martínez
14:00-14:30	23C	Enfoque actual de trastornos hipertensivos durante el embarazo/ Dr. Pablo Martínez
14:30-15:00	24C	Histerosalpingografía virtual: modalidad emergente en la medicina reproductiva/ Dr. Kennet Ricardo Palao Varela

PROGRAMA CIENTÍFICO DEL LVI CONGRESO MÉDICO NACIONAL2013
PUERTO CORTÉS

C: Conferencia TL: Trabajo Libre

MIÉRCOLES 10 DE JULIO DE 2013
HOTEL COSTA MAR, SALON ROSA DOS

MÓDULO DE CIRUGÍA

HORA	CÓDIGO	TEMA/EXPOSITOR
MODERADOR: Dra. Ana Mejía		
8:00 – 8:30	25C	Magnitud real de las lesiones en quemaduras por electricidad / Dr. Guillermo Peña
8:30 – 9:00	26C	Cambio actual en el tratamiento de la migraña. El significativo beneficio de la tóxina botulínica / Dr. Guillermo Peña
9:00 - 9:30	4TL	Alargamientos óseos y corrección de las deformidades angulares en los miembros inferiores / Dr. Vernon Hernández
10:00-10:30		**R e c e s o**
MODERADOR: Dra. Norma Martínez		
10:30-11:00	5TL	Trasplante renal: experiencia institucional / Dr. Edin Quijada
11:00-11:30	6TL	Exploración laparoscópica de la vía biliar / Dr. Lennyn Alvarenga
11:30-12:00	27C	Cirugía metabólica de la diabetes / Dr. Álvaro Funez
12:00-13:00		**R e c e s o**
MODERADOR: Dr. Álvaro Fúnez		
13:00-13:30	28C	Manejo actual de lesiones causadas por mordeduras de serpiente / Dr. Marco Molina Soto
13:30-14:00	29C	Marcadores tumorales: apoyo diagnóstico de tomografía axial computarizada / Dr. Manuel Maldonado
14:00-14:30	30C	Exenteracion pélvica por cáncer/ Dr. José Naun Lemus Fuentes
14:30-15:00	31C	Manejo inicial de paciente con trauma múltiple / Dr. Luis Membreño

PROGRAMA CIENTÍFICO DEL LVI CONGRESO MÉDICO NACIONAL 2013
PUERTO CORTÉS

C: Conferencia TL: Trabajo Libre

JUEVES 11 DE JULIO 2013
HOTEL COSTA MAR, SALÓN ROSA UNO

MÓDULO DE MEDICINA INTERNA

HORA	CÓDIGO	TEMA/EXPOSITOR
MODERADOR: Dr. Jimmy Salinas		
8:00 – 8:20	32C	Manifestaciones cutáneas en paciente obeso / Dra. Johana Bermúdez
8:20 – 8:40	7TL	Prácticas de estilos de vida saludable en las docentes de la Escuela de Enfermería de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional Autónoma de Honduras./ Dra. Johana Bermúdez.
8:40 – 9:00	8TL	Leishmaniasis visceral en adultos con VIH – SIDA en Honduras/ Dr. Selvin Reyes
9:00 – 9:20	9TL	Prevalencia y mortalidad por evento cerebro vascular y factores asociados en la población del departamento de Comayagua 2006 – 2010/ Dra. Lysien Zambrano.
9:20 – 9:40	33C	Genómica del asma en comunidades étnicas de Honduras. / Dr. Edwin Francisco Herrera
9:40 – 10:00	34C	Indicaciones de cápsula endoscópica/ Dra. Susana Pineda.
10:00 – 10:30		**Receso**
MODERADOR: Dr. Carlos Morales		
10:30 – 11:00	35C	Seguridad de los esteroides tópicos / Dr. Candido Mejía
11:00 – 11:20	36C	Conocimiento y prácticas sobre manejo de desechos sólidos, tienen los trabajadores de áreas específicas del Hospital Gabriela Alvarado / Dr. Marlon Estrada
11:20 – 11:40	37C	Estrategia de atención primaria/ Dr. Engels Alexis Sandoval
11:40 – 12:00	10TL	Transmisión de la malaria en Utila, Islas de la Bahía, Honduras, agosto 2012/ Dra. Jackeline Alger
12:00 – 13:00		**Receso**
MODERADOR: Dr. Carlos Morales		
13:00 – 13:20	38C	La ozoonterapia como opción terapéutica de salud en Honduras y Latinoamérica/ Dr. Lisandro Valle
13:20 – 14:00	39C	Multiresistencia bacteriana en bacterias GRAM positivas y GRAM negativas/ Dr. Emilio Barrueto
14:00 – 14:30	40C	Utilidad de pruebas no invasivas en cardiología/ Dr. Max Aguilar
14:30 – 15:00	41C	Síndrome cardiorenal / Dr. Evandro Valladares
15:00 – 15:40	42C	Guía clínica para manejo del pie diabético. Normas de atención intrahospitalaria. / Dr. José Dalio Gómez Jereda

PROGRAMA CIENTÍFICO DEL LVI CONGRESO MÉDICO NACIONAL 2013
PUERTO CORTÉS

C: Conferencia TL: Trabajo Libre

JUEVES 11 DE JULIO DE 2013
HOTEL COSTA MAR, SALÓN ROSA DOS

MÓDULO DE PEDIATRÍA

HORA	CÓDIGO	TEMA / EXPOSITOR
MODERADORES: Dr. Elmer Guerrero / Dra. Rita Sambulá		
8:00 – 8:20	43C	Convulsiones febriles / Dr. Mario Velásquez.
8:20 – 8:40	44C	Manejo de paciente traqueotomizado / Dr. Roberto Tinoco.
8:40 – 9:00	45C	Oftalmología en la práctica médica / Dr. Carlos René Maldonado
9:00 – 9:20	46C	Fibrosis quística / Dr. Omar Mejía.
9:20 – 9:40	11TL	Secuencia Potter / Dr. Mario Hernández.
9:40 – 10:00	12TL	Enfermedad de jarabe de Arce / Dra. Tania Licona
10:00 – 10:30	**Receso**	
MODERADORES: Dra. Dolores Hernández / Dra. Irma Brocato		
10:30 – 10:50	13TL	Diagnóstico de tuberculosis en niños infectados por VIH. / Dr. Sergio Quintanilla.
10:50 – 11:10	14TL	Mortalidad en el centro integral de pediatría VIH-SIDA Hospital Nacional Doctor Mario Catarino Rivas. / Dra. Susana Fabiola Galo.
11:10 – 11:30	15TL	Síndrome de Silver – Russell con herencia ligada a cromosoma X / Dr. Carlos Luis Tróchez Wong.
11:30 – 11:50	16TL	Síndrome de reconstitución inmune después del inicio de terapia antirretroviral / Dra. Cinthia Alejandra Falck Fuentes.
11:50 – 13:00	**Receso**	
MODERADORES: Dra. Glirian García / Dra. Karen Bude		
13:00 – 13:20	17TL	Prevalencia de asma bronquial en población escolar en la comunidad garífuna de travesía. / Dr. Edwin Francisco Herrera.
13:20 – 13:40	18TL	Masas abdominales en pediatría / Dr. Jovany Mary.
13:40 – 14:00	47C	Vacuna de meningococo / Dr. Oscar Ponce

PROGRAMA CIENTÍFICO DEL LVI CONGRESO MÉDICO NACIONAL 2013
PUERTO CORTÉS

C: Conferencia TL: Trabajo Libre

VIERNES 12 DE JULIO DE 2013
HOTEL COSTA MAR, SALON ROSA UNO

MÓDULO DE MEDICINA Y MISCELÁNEAS

HORA	CÓDIGO	TEMA/EXPOSITOR
MODERADOR: Dra. Norma Martínez		
8:00-9:00	48C	Aspectos médico legales en Ginecología y Obstetricia/ Dr. Dennis Castro Bovadilla
9:00-10:00	49C	Manejo de expediente clínico como evidencia legal/ Dr. Dennis Castro Bovadilla
10:00-10:30		**Receso**
MODERADOR: Dr. Karla Cruz		
10:30-10:45	19TL	Trastorno obsesivo compulsivo en el adolescente/ Dr. Mauricio Orellana
10:45-11:15	50C	Manifestaciones cutáneas de enfermedades sistémicas / Dr. Xenia Jacqueline Velásquez
11:15-12:00	51C	Indicaciones de resonancia magnética cerebral. Cuándo, Cómo y Porqué./ Dr. Carlos Paz H.
12:00-13:00		**Receso**
MODERADOR: Dra. Karen Cruz		
13:00-13:30	52C	Uso de tutor externo tipo ILIZAROV para la corrección de deformidades osteoarticulares/ Dr. José Avilés Irías
13:30-13:45	53C	Uso de cirugía múltiple en tratamiento de pacientes espásticos/ Dr. José Aviles Irías
13:45-14:00	20TL	Atendiendo las necesidades de nuestros seres queridos que viven con VIH-SIDA Dr. Manuel Aguilar Cruz
14:00-14:15	21TL	Proyecto de reestructuración administrativa Colegio Médico de Honduras / Dra. Karla Griselda Guerra Quiñónez
14:15-14:40	54C	Insulinizacion Temprana / Dra. Onix Arita
14:40 – 15:00	55C	Actualizaciones en el manejo de la Hipertensión / Dr. Enrique Samayoa

PROGRAMA CIENTÍFICO DEL LVI CONGRESO MÉDICO NACIONAL 2013
PUERTO CORTÉS

C: Conferencia TL: Trabajo Libre

VIERNES 12 DE JULIO DE 2013
HOTEL COSTA MAR, SALÓN ROSA DOS

MÓDULO DE PEDIATRÍA Y MISCELANEAS

HORA	CÓDIGO	TEMA / EXPOSITOR
MODERADOR: Dra. Norma Martínez		
8:00 – 8:20	22TL	Hemofilia en mujer: Portadora sintomática / Dra. Roxana Martínez
8:20 – 8:40	56C	Diagnóstico temprano de cáncer infantil / Dra. Ligia Fu Carrasco.
8:40 – 9:00	57C	Retinoblastoma en Honduras / Dra. Ligia Fu Carrasco.
9:00 – 9:20	58C	Programa Nacional de reanimación cardio pulmonar / Dra. Martha Matamoros
9:20 – 9:40	59C	Probióticos en pediatría / Dra. Martha Matamoros.
9:40 – 10:00	60C	Uso de fórmulas infantiles / Dra. Sandra Rivas.
10:00 – 10:30	**Receso**	
MODERADORES: Dra. Ana Velásquez / Dr. Obdulio García		
10:30 – 10:50	61C	Abordaje del sangrado digestivo bajo / Dra. Sandra Rivas.
10:50 – 11:10	23TL	Transmisión congénita de trypanosoma crusy / Dra. Jackeline Alger.
15:20 – 16:00	24TL	Características del Congreso Médico Nacional de Honduras 2003 – 2012 / Dra. Jackeline Alger.
11:30 – 12:00	62C	Retinopatía en el prematuro / Dr. Carlos René Maldonado.
12:00 – 13:00	**Receso**	
MODERADORES: Dr. Oslin Zuniga / Dra. Reina Gutiérrez		
13:00 – 13:20	63C	Hipoacusias en niños / Dr. Lucas Zelaya.
13:20 – 13:40	64C	Actualidad en Agufenos / Dr. Lucas Zelaya.
13:40 – 14:00	65C	Protocolo del manejo de la crisis asmática en niños / Dr. Omar Mejía Reyes.
14:00 – 14:20	66C	Protocolo de manejo de la neumonía en niños adquiridas en la comunidad / Dr. Omar Mejía Reyes.

PROGRAMA DE LA CEREMONIA INAUGURAL

MARTES 09 DE JULIO 2013, 19:00 HORAS
LUGAR: RESTAURANTE EL DELFIN, PUERTO CORTÉS

- Maestro de Ceremonia
  Dr. Marco Matamoros

- Integración de la mesa principal
  Representante de la Secretaría de Salud Pública
  Lic. Allan David Ramos: alcalde municipal
  Dr. Elmer Mayes: presidente Colegio Médico de Honduras
  Dra. Xenia J. Velásquez: presidenta del Centro Nacional de Educación Médica Continua CENEMEC
  Dr. Elmer Guerrero: presidente Comité Organizador del COMENAC 2013
  Dr. Jimmy Salinas: subdelegado Colegio Médico de Honduras de Cortés
  Dr. Guillermo Peña: representante del homenajeado

- Invocación a Dios y minuto de silencio
  Dra. Glirian García
- Himno nacional
- Palabras de bienvenida
  Dr. Elmer Guerrero, presidente de comité organizador del COMENAC 2013
- Palabras de inauguración del LVI Congreso Médico Nacional
  Dr. Elmer Mayes, presidente Colegio Médico de Honduras
- Palabras del alcalde municipal de Puerto Cortés
  Lic. Allan David Ramos
- Palabras del representante de la Secretaría de Salud Pública
- Reseña Biográfica del Dr. Guillermo Peña Zelaya y Homenaje
  Sra. Carmen Peña, hija del homenajeado, homenaje por sub-delegación médica de Puerto Cortés
- Brindis en Honor al Dr. Guillermo Peña (QDDG)
- Cóctel de bienvenida

PROGRAMA DE CEREMONIA DE CLAUSURA

VIERNES 12 DE JULIO DEL 2013, 19:00 HORAS
LUGAR: COSTA MAR SALON ROSA

- **Maestro de ceremonia**
  Dra. Dolores Hernández Casco

1. Entrega de Premios a los 5 mejores trabajos libres durante el LVI Congreso Médico Nacional Dr. Marco Aurelio Matamoros "Presidente del Comité Científico"
2. Presentación y juramentación del comité organizador del LVI Congreso Médico Nacional a realizarse en la ciudad de La Ceiba, 2014
3. Palabras de despedida por el Dr. Elmer Guerrero, presidente del Comité Organizador del LVI Congreso Médico Nacional 2013.
4. Palabras de Clausura del Dr. Elmer Sady Mayes, Presidente del Colegio Médico de Honduras.

PROGRAMA SOCIO-CULTUTAL				
FECHA	HORA	LUGAR	EVENTO	VESTUARIOS
Martes 9 de Julio	19:00	Restaurante El Delfín	Coctel de Bienvenida	Semi-Formal
Miércoles 10 de Julio	19:00	El Malecón	Noche Típica	Informal
Jueves 11 de Julio	19:00	Playa Municipal La Coca-Cola	Noche de Playa Blanca	Informal (Blanco)
Viernes 12 de Julio	20:00	Hotel Costa Mar	Fiesta de Gala	Formal

RESÚMENES DE CONFERENCIAS

RESÚMENES DE CONFERENCIAS PRE-CONGRESO

1CP. ÉTICA E INVESTIGACIÓN CIENTÍFICA. Dra. Xenia Jacqueline Velásquez Montoya**,** Especialista en Dermatología**,** Presidenta CENEMEC, Junta Directiva Colegio Médico de Honduras.

La medicina es básicamente experimental, no es una ciencia exacta como la matemáticas y la física Inclusive algunos tratamientos más ampliamente aceptados necesitan ser investigados y valorados para determinar si son eficaces. La investigación médica indaga una gran variedad de otros factores de la salud humana, incluidos la epidemiología, la investigación de sistemas de salud, la sociología, la antropología médicas, la medicina legal y la ética médica. Es de suma importancia un conocimiento básico de los métodos de investigación para lograr una práctica médica competente La participación en investigación es una experiencia de mucha importancia para el médico teniendo la cautela de reconocer problemas potenciales para ser evitados. Primero, la función del médico en la relación médico-paciente es distinta de la función del investigador en la relación investigador-participante en la investigación, incluso si el médico y el investigador son la misma persona. La responsabilidad principal del médico es la salud y el bienestar del paciente, mientras que la del investigador es la generación de conocimientos, los que pueden contribuir o no a la salud y bienestar del participante en la investigación. El interés del médico por obtener estos beneficios a veces puede entrar en conflicto con el deber de proporcionar al paciente el mejor tratamiento disponible. También puede haber un conflicto con el derecho del paciente de recibir toda la información necesaria para tomar una decisión totalmente informada sobre participar o no en una investigación. Los principios básicos de la ética de investigación establecen que toda Investigación médica en seres humanos debe ser revisada y aprobada por un comité de ética independiente antes de realizarla.

5CP. ÉTICA ENTRE EL MÉDICO Y LA SOCIEDAD. Carlos René Maldonado, Médico Especialista En Oftalmología, Colegio Médico De Honduras.

La medicina es una profesión. El término “profesión” tiene dos significados distintos que están estrechamente relacionados: 1) una ocupación que se caracteriza por la dedicación al bienestar de los demás, altos estándares morales, un conjunto de conocimientos y experiencia y un alto nivel de autonomía. 2) La “profesión médica” puede significar la práctica de la medicina o los médicos en general. El profesionalismo médico no incluye solamente la relación entre un médico y su paciente, También implica una relación con la sociedad. Esta relación se puede caracterizar por un “contrato social” en el que la sociedad otorga a la profesión privilegios, incluidos la exclusiva y un alto grado de autorregulación, es más bien una actividad social que algo estrictamente individual. En un contexto de gobierno y organización corporativa y de financiamiento Cuando los médicos tienen responsabilidades ante sus pacientes y ante terceros y cuando dichas responsabilidades son incompatibles, se encuentran en una situación de “doble obligación”. Los terceros que exigen obligación o lealtad del médico incluyen los gobiernos, empleadores aseguradores, oficiales militares, policía, personal de prisiones y familiares. Aunque el Código Internacional de Ética Médica de la AMM estipula que “El médico debe a sus pacientes toda su lealtad”, por lo general se acepta que en casos excepcionales el médico tenga que poner los intereses de otros por sobre los del paciente. La base de la globalización es el reconocimiento de que las personas y las sociedades son cada vez más interdependientes. Si un médico no reconoce y no trata una enfermedad altamente contagiosa en un país, esto puede tener efectos devastadores en los pacientes de otros países. Por esta razón, las obligaciones de los médicos van más allá de sus pacientes e incluso de sus comunidades y naciones.

6CP. CURSO PRE-CONGRESO SOBRE ESCRITURA Y PUBLICACIÓN DE ARTÍCULOS BIOMÉDICOS EN EL CONGRESO MÉDICO NACIONAL: 10 AÑOS DE EXPERIENCIA. Héctor Escalante, Nelly Sandoval, Jackeline Alger. Consejo Editorial, Revista Médica Hondureña.

En el año 2003 se reglamentó que en cada Congreso Médico Nacional se desarrollara un curso pre-congreso sobre escritura y publicación de artículos biomédicos. A diez años de impartirlo, es necesario reflexionar sobre su desarrollo. Desde su inicio, el curso se ha impartido con el objetivo de fomentar la práctica de la escritura y publicación de artículos científicos en revistas biomédicas, con énfasis en la publicación en la Revista Médica Hondureña (http://www.bvs.hn/RMH/html/revista.html). Adicionalmente a los temas que incluyen el proceso de escritura y publicación y cada una de las secciones de un artículo científico, se realiza una reseña histórica de la Revista Médica Hondureña y sus lineamientos e instrucciones para autor en cada una de las secciones revisadas. Se espera que al final del Curso los participantes cuenten con conocimiento básico sobre 1) los índices bibliográficos nacionales e internacionales y las normas internacionales para publicación en revistas biomédicas; 2) como preparar un artículo científico original y otras formas de publicación (caso clínico, artículo de revisión, artículo de opinión); y 3) el análisis crítico de la literatura biomédica. Sin embargo, reconocemos que este tipo de capacitaciones más bien teóricas, tiene limitaciones y debería complementarse con talleres que permitan trabajar un artículo el cual debería estar listo o casi listo para su publicación al final del taller. Aunque por razones logísticas este tipo de actividad debe limitarse, es necesario desarrollarlas para seguir fortaleciendo e impulsando la publicación científica. Es necesario realizar alianzas estratégicas con las sociedades y asociaciones médicas y con CENEMEC. Este año además de los temas básicos del pre-congreso se contara con la aportación de dos conferencias sobre temas que van enriqueser el mismo, como ser integridad científica y protección de sujetos humanos en la investigación y la publicación biomédica en revistas internacionales en idioma ingles a ser impartida por invitados expertos extranjeros.

7CP. INTEGRIDAD CIENTÍFICA Y PROTECCIÓN DE SUJETOS HUMANOS EN LA INVESTIGACIÓN. Dra. Roxana Lescano, Abogada, Centro de Investigación de Enfermedades Infecciosas de la Marina de los EEUU, Perú.

A medida que los países en vías de desarrollo participan cada vez más en estudios de investigación internacionales, nos enfrentamos a nuevos desafíos. Dos desafíos importantes son fortalecer la protección de los participantes humanos en la investigación y mantener a la investigación libre de inconducta científica para poder enfrentar el escrutinio público y reafirmar la confianza pública en la ciencia. Asegurar la protección de los participantes humanos en la investigación es una labor integral que va más allá de la aplicación de los principios bioéticos a la discusión activa de la ética de la investigación genética y los biobancos, y presta especial atención a los recursos adecuados, la capacitación práctica y el apoyo institucional a la actividad de la investigación en conjunto. Abordar el tema de la integridad científica, como parte de la capacitación académica e institucional proporciona una herramienta para prevenir la inconducta y es esencial para mantener nuevas generaciones de investigadores productivas y en cumplimiento con los estándares internacionales. El Centro de Investigación de Enfermedades Tropicales de la Marina de los Estados Unidos (NAMRU-6) a través de su Programa de Mentoría, realiza un esfuerzo sin costo que sirve para guiar y poner a disposición herramientas para enviar a los investigadores novatos señales claras de lo que es aceptable y lo que no lo es. La creación de capacidades mediante la capacitación de investigadores nuevos en ciencia y en integridad en la investigación es esencial para la preparación de futuros investigadores, con un énfasis en ciencia así como en integridad. Con el fin de establecer colaboraciones con la comunidad bioética en Honduras, se compartirá la experiencia de la Red Peruana de Comités de Ética en Investigación (REDCEI) como un ejemplo de buenas prácticas en una época de escasos recursos económicos para capacitación y contratación de personal.

Scientific Integrity and Protection of Human Subjects in Research

As the developing world becomes more and more engaged in international research, we are faced with new challenges, two of the most important ones being strengthening the protection of human subjects and keeping the research effort free from scientific misconduct to withstand public scrutiny and ensure the public trust in science. A description of what constitutes research integrity and how noncompliance affects the scientific enterprise will be provided. These challenges derive from cultural, linguistic, institutional and political differences and need to be addressed from various aspects.

Ensuring the protection of human subjects is an all encompassing task that ranges beyond the application of the bioethical principles to the active discussion of the ethics of genetic research and biobanks, and pays particular attention to adequate resources, hands-on training and institutional support to the research enterprise, as a whole.

Approaching scientific integrity, as part of academic and institutional training, provides a tool to prevent misconduct and is essential to keep cadres of new researchers productive and compliant with international standards. The experience of NAMRU-6 Peru and their Mentoring Program, a no-cost effort to mentor and make available tools to sending junior researchers clear signals of what is acceptable and what is not.

Capacity building in the form of training new investigators in science and in research integrity is essential for the preparation of future researchers, with an emphasis on science as well as integrity. What type of capacity building programs are needed in resource-limited countries?. In the hopes of building collaboration ties with the bioethics community in Honduras, the experience of the Peruvian IRB Network will be shared, as an example of best practices in an era of limited funding for training, personnel and other resources?

8CP. INTERNATIONAL BIOMEDICAL JOURNALS PUBLISHED IN ENGLISH, Dr. Kevin Knoop, Medical Corps, United States Navy.

Publication of a biomedical article or research paper is a significant investment of time and energy. Despite the many types of academic publications, the requirements and issues for publication are similar. Armed with this knowledge, participants will be better prepared to write and submit their scholarly works for publication. This presentation will discuss the standards and practices for publication in biomedical journals. Participants will be guided through published guidelines from the International Committee of Medical Journal Editors with anecdotes from the speakers publication experience. Specific areas that will be discussed include Authorship, Peer Review, Conflicts of Interest and Copyright Issues (Protection of Human Subjects and Animals in Research is addressed in a separate presentation). Additionally, specific elements of preparing the manuscript for submission and sending the submission will be discussed. Participants will have the opportunity to ask questions about the publication process. Also, 'Tips for Writers' from an experienced publicist from a major publishing company will be presented.

Dr. Knoop completed Emergency Medicine (EM) residency at University of Cincinnati, then served at Naval Medical Center Portsmouth, Virginia as EM Program Director and Director of Professional Education responsible for oversight of the institutions 14 medical and dental residency programs. He has authored more than 40 publications and four EM textbooks. Currently assigned as Commanding Officer of USNS COMFORT Medical Treatment facility (hospital).

8CP. PUBLICACIÓN BIOMÉDICA EN REVISTAS INTERNACIONALES EN IDIOMA INGLÉS. Dr. Kevin Knoop. Buque Hospital COMFORT, Estados Unidos de América.

La publicación de un artículo biomédico o de un trabajo de investigación es una inversión considerable de tiempo y energía. A pesar de los muchos tipos de publicaciones académicas, las necesidades y problemas para su publicación son similares. Armado con este conocimiento, los participantes estarán mejor preparados para escribir y enviar sus trabajos académicos para publicación. Las normas y prácticas para publicación en revistas biomédicas incluyen aspec-

tos para escribir el manuscrito y aspectos para someter el manuscrito a publicación. Las directrices del Comité Internacional de Editores de Revistas Médicas (ICMJE, http://www.icmje.org/) incluyen entre otros, temas como autoría, revisión por pares, conflictos de intereses, problemas de derechos de autor y protección de sujetos humanos y animales en la investigación. Aspectos críticos en la preparación de artículos incluyen la preparación del manuscrito para ser sometido y la acción de someter el manuscrito. La experiencia adquirida por un editor de una compañía editorial importante es útil para proporcionar "consejos para autores". Asimismo, la experiencia adquirida como autor, expresada en anécdotas interesantes, también es útil de compartir con la audiencia. Se espera que esta conferencia provea las bases para la publicación biomédica en revistas internacionales en idioma inglés.

9CP. HADR CONFERENCE ABSTRACT. Michael Owens

Part 1: Case based ICS

Using a case-based disaster scenario that is common to the region (e.g. earthquake, hurricane) the concepts of the Incident Command System and how they are practically applied to the host nation's infrastructure are reviewed. By using a common scenario someone will be put into the role of the Incident Commander and will designate individuals to fill supportive roles in order to fulfill the functions and duties required to respond to the disaster. The moderator will maintain flow and discussion by playing the roles of supporting international agencies and the press to stimulate questions and conversations regarding how and who will fill roles within the context of an ICS response structure. As the discussion progresses and duties are assigned the PowerPoint diagram of an ICS command structure will be introduced. This PowerPoint will not be applied until the practical applications of the various roles are played out in the scenario to reinforce understanding and local relevance.

Part 2: International HADR support agencies

A discussion of the various international support agencies and organizations and what roles the fill will be discussed within the context of the nation's DR infrastructure. Organizations such as USAID, the UN Cluster system, DMATs, DARTs, UNICEF, etc. and their abilities and roles will be discussed. The goal if for the audience to understand their capacities and how they fit into and are expected to "support" the local DR infrastructure.

Part 3: Ethics and Lessons Learned

Issues and lessons learned from past small and large as well as local and internationally recognized disasters regarding topics such as: 1) Food distribution, 2) Water, 3) Donations, 4) Volunteers, 5) Standard of Care, 6) Dealing with the dead, 7) Political Motivations, 8) Standards of care, etc. will be reviewed and discussed among the audience to illicit debate and discussion regarding how to deal with some of these expected issues in HADR response. The goal is for the audience to consider local and national cultural issues when considering how to deal with these difficult but expected ethical conflicts in a DR scenario

Part 4: Disaster Cycle and/or Recovery epidemic response

Depending on time and audience focus and expertise another case scenario for a DR response during the recovery phase will be addressed. Ideally an Incident Commander will coordinate a public health investigation into a potential cholera outbreak within a refugee camp post disaster. The audience will play the role of the camp by handing out cards that contain symptoms on a specific designated day. The IC will survey the camp, create a case definition, and conduct a public health investigation. This will generate a random GIS plot as well as outbreak curve that will stimulate discussion on how to investigate and manage post disaster recovery issues. If time allows, a brief discussion on the intricacies of the disaster cycle (prevention, preparation, response, recovery) and the unique characteristics of each phase will be covered. If time is running short a discussion on the disaster cycle will be the focus versus the table top outbreak scenario.

12CP. TRAUMATIC EYE INJURIES. Captain Kevin Knoop, Medical Corps, United States Navy

In this lecture, participants will review eye anatomy, ocular examination techniques and important eye injuries. A practical approach to traumatic eye injuries that identifies priorities in management and minimizes further injury will be discussed. Evaluation, visual diagnosis from photographic findings of eye pathology due to trauma, and treatment of eye injuries by the emergency physician will be reviewed. Indications for referral and sight saving ocular procedures will be discussed where appropriate. Specific eye injuries addressed in this lecture include: globe perforation, intraocular foreign body, eyelid trauma, orbital compartment syndrome, corneal abrasion, and corneal foreign body. Procedures discussed include emergency visual acuity testing, globe protection, Seidel's test, corneal foreign body removal and lateral canthotomy. Special discussion on the role of bedside ocular ultrasound will be included.

Dr. Knoop completed Emergency Medicine (EM) residency at University of Cincinnati, then served at Naval Medical Center Portsmouth, Virginia as EM Program Director and Director of Professional Education responsible for oversight of the institutions 14 medical and dental residency programs. He has authored more than 40 publications and four EM textbooks. Currently assigned as Commanding Officer of USNS COMFORT Medical Treatment facility (hospital).

12CP. LOS TRAUMAS Y/O LESIONES OCULARES. Captain Kevin Knoop, Medical Corps, United States Navy

En esta conferencia, los participantes podrán examinar la anatomía del ojo, las técnicas de exploración ocular y las lesiones oculares importantes. Se realizará una discusión sobre los traumas y/o las lesiones oculares para poder identificar las prioridades durante el proceso y manejo de casos donde puedan existir lesiones oculares y de esta forma poder minimizarlos. Se presentarán una serie de revisiones de evaluaciones y diagnósticos en las cuales se mostrarán fotografías de patologías del ojo debido a traumas, y se revisarán los procedimientos médicos realizados en la sala de emergencia.

También se realizarán recomendaciones para realizar ahorros en los procedimientos oculares, dependiendo de cuál sea la situación. Entre las lesiones oculares que se discutirán específicamente en esta conferencia se encuentran: la perforación del globo, los cuerpos extraños intraoculares, los traumas palpebrales, el síndrome de compartimento orbital, las abrasiones cornéales, y los cuerpos cornéales extraños. Entre los procedimientos a discutirse se encuentran: las pruebas de emergencia de la agudeza visual, la protección del globo, la prueba de Seidel y las extracciones en el área corneal y de la cantotomía lateral de cuerpos extraños. Para finalizar, se realizará una discusión especial sobre ultrasonidos oculares nocturnos. El Dr. Knoop realizó su residencia en Emergencias Medicas (EM) en la Universidad de Cincinnati, luego sirvió en el Centro Médico Naval de Portsmouth, Virginia como Director del Programa de EM y Director de Educación Profesional. Está a cargo de la supervisión de 14 programas de residencia en instituciones médicas y dentales. Es autor de más de 40 publicaciones y cuatro libros de texto de EM. Actualmente, se encuentra destacado como Comandante del USNS COMFORT en Instalaciones de Tratamiento Médico (hospital).

13CP. USNS COMFORT A GLOBAL FORCE FOR GOOD: MTF CAPABILITIES AND ROLE IN HADR OPERATIONS. Captain Kevin Knoop, Medical Corps, United States Navy.

The USNS COMFORT and the Continuing Promise (CP) mission are programs that demonstrate the US Navy's commitment as a Global Force for Good. In this presentation, participants will discuss the numerous medical and surgical capabilities of the USNS COMFORT Medical Treatment Facility (hospital), and become familiar with the physical characteristics of the ship and it's unique mission. Participants will view photos of the ship spaces to include operating rooms, radiology, lab, pharmacy, post anesthesia (recovery) intensive care units, wards flight deck, oxygen producing unit and vast storage areas. The history of COMFORT's involvement in Humanitarian Assistance and Disaster Relief missions will be reviewed. Video of the ship underway during an actual HADR will be included to demonstrate the unique capabilities of this mighty ship.
Dr. Knoop completed Emergency Medicine (EM) residency at University of Cincinnati, then served at Naval Medical Center Portsmouth, Virginia as EM Program Director and Director of Professional Education responsible for oversight of the institutions 14 medical and dental residency programs. He has authored more than 40 publications and four EM textbooks. Currently assigned as Commanding Officer of USNS COMFORT Medical Treatment facility (hospital).

13CP. USNS COMFORT FUERZAS UNIDAS POR UN MISMO BIEN: LAS CAPACIDADES DE LAS FACILIDADES DE TRATAMIENTO MÉDICO Y SU PAPEL EN LAS OPERACIONES DE ASISTENCIA HUMANITARIA Y DE AYUDA EN CASOS DE DESASTRES. Capitán Kevin Knoop, Servicios Médicos, Marina de los Estados Unidos.

Esta presentación se realiza con el objetivo de fortalecer la Misión del USNS COMFORT y ante la Continua Promesa (CP), de crear Programas que demuestren el compromiso de la Marina de los EE.UU. como una Fuerza Global Unida por un Mismo Bien. Durante la exposición, los participantes discutirán las numerosas capacidades médicas y quirúrgicas de las facilidades de tratamiento médico (hospitales) del USNS COMFORT y podrán familiarizarse con las características físicas del barco, al igual que con su misión principal. En adición, los participantes podrán observar fotos de los espacios del barco que incluyen: el quirófano o cuarto de operación, el área de radiología, el área de laboratorio, el área de farmacia, el área de cuidado intensivo y recuperación, el área de control de mando, la unidad de producción de oxígeno y otras áreas de almacenaje. Se examinará la historia y la participación del USNS COMFORT Fuerzas Unidas por un Mismo Bien, y su asistencia humanitaria en las misiones de ayuda ante desastres. Para finalizar, se presentará un video durante una operación de asistencia humanitaria real para demostrar las capacidades únicas de este barco.

El Dr. Knoop realizó su residencia en Emergencias Medicas (EM) en la Universidad de Cincinnati, luego sirvió en el Centro Médico Naval de Portsmouth, Virginia como Director del Programa de EM y Director de Educación Profesional. Está a cargo de la supervisión de 14 programas de residencia en instituciones médicas y dentales. Es autor de más de 40 publicaciones y cuatro libros de texto de EM. Actualmente, se encuentra destacado como Comandante del USNS COMFORT una Instalación de Tratamiento Médico (hospital).

14CP. "UNUSUAL CHEST TUBE OBSTRUCTION: A CASE STUDY IN ASCARIASIS". LCDR Abbott

Because Ascaris is known as a parasite of the gastrointestinal system, cases of extra-gastrointestinal scariasis are considered unusual, and descriptions of pulmonary ascariasis cases, in particular, are difficult to find in the literature. This is a case study of incidental pulmonary ascariasis in two pediatric patients in Afghanistan. Health professionals should become familiar with the life cycle of Ascaris spp. in order to anticipate potential obstructions in non-gastrointestinal spaces.

Limitations/Conclusions *
A study of the life cycle of Ascaris spp. confirms the probability that the larvae of this nematode may migrate to form an ectopic obstruction in a chest tube. Generally-held notions that a gastrointestinal worm cannot be present within the lungs or intercostal spaces must be replaced with an awareness of how the life cycle of this organism predisposes it to migration into non-gastrointestinal systems where it may create a rare, though serious, obstruction requiring aggressive management by the health care
team.

14CP. IRREGULARES O INUSUALES OBSTRUCCIONES EN EL TUBO TORÁCICO: UN ESTUDIO DE CASOS DE ASCARIASIS. Rosa Abbott. Lic. En Enfermería, Instructora de Organización Clínica, Universidad de Arkansas para las Ciencias Médicas.

Debido a que la Ascaris se conoce como un parásito del sistema gastrointestinal, los casos de ascariasis extra-gastrointestinal se consideran inusuales o irregulares y la información sobre los de-

talles de estos casos de ascariasis pulmonares en particular, son difíciles de encontrar en la literatura. Este es un estudio de un caso imprevisto o accidental de ascariasis pulmonar que ocurrió en dos pacientes pediátricos en Afganistán. Por lo que los profesionales de la salud deben familiarizarse con el ciclo de vida de la Ascaris spp con el propósito de anticipar posibles casos de obstrucciones en los tubos gastrointestinales.

Limitaciones y Conclusiones:
Un estudio sobre el ciclo de vida de la Ascaris spp, comprobó que existe la probabilidad de que las larvas de este nemátodo pueden migrar para formar una obstrucción ectópica en el tubo torácico o el tubo del pecho. Informaciones generales sostienen que una lombriz intestinal no puede estar presente dentro de los pulmones o espacios intercostales, pero debemos sustituir esas ideas y crear conciencia sobre el ciclo de vida de estos organismos o parásitos y de cómo pueden predisponerse u organizarse y migrar hasta los sistemas que no son gastrointestinales y una vez allí , crear una rara pero grave, obstrucción que requiera una atención y/o un tratamiento agresivo por los profesionales de la salud.

15CP. HOSPITAL SAFETY: UNITED STATES DEPARTMENT OF DEFENSE GUIDELINES AND BEST PRACTICES FOR WASTE MANAGEMENT. LCDR. N. Robert Olisa, MSC, USNR. OIC, NR FWD DEP PREV MED WEST

Abstract: Resourceful waste management methods considerably increase safety in hospitals**.** Waste management best practices include the use of surveys, training, surveillance, laboratory testing, ventilation, and sanitation to reduce risk of chemical, radiological and biological exposures like the following: infectious agents, carcinogens and reproductive hazards. In Hospitals, harmful occupational exposures come from cytostatic and antineoplastic drugs, reagents, and blood, and urinary excretion, gaseous and solid wastes generated by medical devices, machinery and building materials. With current budgetary constraints, the United States Navy is constantly challenged to manage hospital waste cost effectively. Here, a literature review of Department of Defense guidelines and protocols on waste management in Medical Treatment Facilities (MTF's) was performed. Results show limited staffing to be the most significant waste management problem in Medical Treatment Facilities (MTF's) followed by cost and regulatory compliance.

15CP. LA SEGURIDAD EN LOS HOSPITALES: DEPARTAMENTO DE DEFENSA DE LOS ESTADOS UNIDOS, GUÍAS PRÁCTICAS PARA UN MEJOR MANEJO DE LOS RESIDUOS Y LOS DESECHOS EN LAS FACILIDADES MÉDICAS. Comandante Robert N. Olisa, MSC, USNR. OIC, NR FWD, Departamento de Medicina Preventiva.

Resumen: El buen uso y manejo de los residuos y/o los desechos y los métodos que utilizamos aumentan de manera considerable la seguridad en los hospitales. Entre las prácticas más eficientes que podemos utilizar para manejar estos residuos podemos mencionar las siguientes: el uso de encuestas, la capacitación o el entrenamiento del personal, la vigilancia o el monitoreo, las pruebas de laboratorio, la ventilación o el flujo del aire y la limpieza para reducir los riesgos de los productos químicos, los productos radiológicos y las exposiciones ante agentes biológicos tales como: agentes infecciosos, sustancias cancerígenas y daños al sistema reproductor. Las personas que trabajan en los hospitales pueden sufrir exposiciones nocivas de agentes procedentes de las drogas citostáticas y antineoplásicas, de agentes reactivos, de la sangre, de la orina u excreta, de los residuos sólidos y gaseosos producidos por los aparatos o instrumentos médicos, las máquinas y los materiales de construcción. Actualmente, la Marina de los Estados Unidos se encuentra ante limitaciones presupuestarias, por lo que para hacerle frente a este desafío económico y administrar los gastos de los residuos y/o desechos de las facilidades hospitalarias efectivamente; se realizó una revisión de las guías y los protocolos del Departamento de Defensa en relación a los procedimientos para el manejo de los residuos y/o desechos en los hospitales o facilidades de tratamiento médico (MTF's). Como resultado, se encontró que el mayor problema era la cantidad limitada de personal en las facilidades o instalaciones de tratamiento médico (MTF's), seguido por los gastos operacionales establecidos en las regulaciones.

RESÚMENES DE CONFERENCIAS MAGISTRALES

8C. MANEJO ESENCIAL DEL DOLOR. Dra. Claudia Álvarez, Dra. Alejandra Hernández, Dra. María Elena, Dra. Mariana Zaida Zúñiga, Dra. Xenia castillo, Anestesiólogos, Instituto Hondureño de Seguridad Social.

El dolor nos afecta a todos nosotros, jóvenes, viejos, ricos o pobres y tiene muchas causas: cáncer, injuria, infección, cirugía y las personas experimentan el dolor de manera diferente. El dolor casi siempre es un problema oculto y pobremente tratado. Nosotros no siempre tenemos la capacidad de reconocer que una persona está con dolor. También hay muchos obstáculos en el tratamiento del dolor, como por ejemplo las actitudes de las personas, la falta de personal de salud y la falta de medicamentos y muy frecuentemente el dolor a menudo puede aliviarse con tratamientos muy simples. Razón por la cual se creó el programa del manejo esencial del dolor es mejorar el manejo del dolor a nivel mundial mediante el trabajo de los trabajadores de salud a nivel local:1. Mejorando el conocimiento del dolor 2. Brindando un esquema sencillo para el manejo del dolor y 3. Afrontando las barreras en el manejo del dolor **¿POR QUE EPM?** El dolor es un problema global. Tiene muchas causas y casi siempre es un problema oculto. El taller fue creado por las 3 siguientes razones: el dolor a menudo es tratado pobremente, mejorar el conocimiento y las actitudes nos puede guiar a un mejor manejo del dolor, tratamientos simples y baratos pueden hacer una gran diferencia. Los objetivos del taller son: 1. Mejorar el entendimiento del dolor, 2. Enseñar un esquema sencillo para el manejo del dolor, 3. Reducir los Obstáculos en el manejo de dolor. El programa EPM está diseñado para cualquier trabajador de la salud que entre en contacto con pacientes que tengan dolor. Está dirigido a los trabajadores de la salud y complementa otras iniciativas de alto nivel para mejorar el manejo del dolor, por ejemplo mejorar el abastecimiento de morfina y otros analgésicos. Entre los participantes se pueden incluir doctores, enfermeras, trabajadores de clínicas, farmacéuticos y otros trabajadores de salud. Para algunos, la información del taller de EPM será nueva. Para otros, el taller proveerá un esquema y una revisión para enseñar a otros. El taller es adecuado para médicos y enfermeras en formación.

14C. TALLER DE VÍA AÉREA. Dra. Geraldina Gross, Dra. Sidonia Suazo, Dr. José Rolando Díaz, Dra. Tania Romero, Anestesiólogos, Instituto Hondureño de Seguridad Social.

La enfermedad coronaria es la primera causa de mortalidad en países industrializados y hasta un 50% de las muertes que originan son súbitas. Tanto la morbi-mortalidad que provoca la enfermedad coronaria como la originada por otras situaciones de emergencia, pueden disminuir si se realizan una serie de acciones, todas ellas importantes y que configuran la denominada “Cadena de la Supervivencia”. Es el objetivo principal de la Sociedad Hondureña de Anestesiología Capítulo San Pedro Sula, el difundir estos conocimientos y la enseñanza de estas destrezas a toda la población en general. Las destrezas necesarias para poder realizar una primera atención de la parada cardiaca o emergencia, hasta el momento de la llegada de los equipos especializados o traslado a un nivel hospitalario. Haciendo hincapié en: 1) la aplicación del algoritmo universal de reanimación cardiopulmonar modificado en el 2010, 2) la activación temprana de la Cadena de Supervivencia, 3) la importancia de la desfibrilación temprana y 4) el inicio rápido y adecuado de las técnicas de Soporte Vital Avanzado. El conocimiento de las técnicas de Soporte Vital Básico (SVB) genera un beneficio indiscutible al mejorar el pronóstico de supervivencia en cualquier caso de paro cardiorrespiratorio, siempre y cuando las medidas de SVB se inicien dentro de los primeros 4 minutos del paro cardiorrespiratorio y se ponga en marcha el sistema integral de emergencia incluido dentro de la “Cadena de Supervivencia”. La desfibrilación temprana es la “llave para la supervivencia” para el 80% de las paradas cardiacas extra hospitalarias, que están originadas por fibrilación ventricular, ya que por cada minuto de retraso en realizar la desfibrilación las posibilidades de sobrevivir disminuyen en un 10%. Para que la desfibrilación temprana sea posible es necesario que el conocimiento sobre la utilización de la desfibrilación semiautomática esté ampliamente difundido. Las Sociedades Científicas Nacionales e Internacionales recomiendan que la población en general, el personal de los cuerpos de primera intervención (Policía, Bomberos, Transporte Sanitario...) y los profesionales del sistema sanitario, deben estar conscientes de la magnitud del problema de las muertes inesperadas, de la importancia de la prevención y del tratamiento inicial del Paro Cardíaco. El curso está constituido por un módulo teórico y otro practico, ambos presenciales. El fin didáctico del módulo teórico es proporcionar un soporte de conocimientos suficiente que permita un aprovechamiento óptimo del taller práctico. La enseñanza incluye una metodología expositiva, demostrativa y participativa.

22C. DIAGNÓSTICO, PREDICCIÓN Y TRATAMIENTO DEL PARTO PRETÉRMINO: UN ABORDAJE PRÁCTICO E INTEGRAL. Dr. Pablo A. Martínez Rodríguez, Medicina Materno Fetal/Ginecología y Obstetricia, Hospital Regional del Sur.

El neonato pre término representa la primera causa de mortalidad perinatal y la primera causa de ingreso a la terapia intensiva neonatal. Representa aproximadamente el 12% de todos los nacimientos. No se conoce la causa del fenómeno desencadenante del parto pre término espontáneo, por consiguiente, las medidas terapéuticas no han dado los resultados esperados, por lo que su frecuencia no ha disminuido. Parece ser que solamente las medidas preventivas, la identificación de algunos factores de riesgo, y algunas mediciones de laboratorio y gabinete (predictores) permitirán iniciar tratamientos o tomar medidas en edades tempranas del embarazo y, probablemente, disminuir las complicaciones, las secuelas y la mortalidad. Pretendemos con el desarrollo-exposición de dicho tema tener un acceso fácil y actualizado y con evidencias científicas del abordaje del parto pre término, haciendo énfasis en la importancia del diagnóstico temprano y oportuno, así como el inicio de medidas preventivas. También se abordará los pro y contras de los diferentes fármacos tocolíticos para así poder disminuir las complicaciones inmediatas y las secuelas a largo plazo.

23C. ENFOQUE ACTUAL DE LOS TRASTORNOS HIPERTENSIVOS DURANTE EL EMBARAZO: ACTUALIZACIÓN. Dr. Pablo A. Martínez Rodríguez, Medicina Materno Fetal/Ginecología y Obstetricia, Hospital Regional del Sur, Choluteca.

La preeclampsia es un síndrome multisistémico y de etiología desconocida que forma parte de un espectro de condiciones conocidas como trastornos hipertensivos del embarazo, los cuales constituyen la primera causa de muerte en la mayoría de los países latinoamericanos. Globalmente, la preeclampsia complica alrededor del 10% de todos los embarazos en los países en desarrollo, y una cifra ligeramente menor en los países desarrollados. Cuando no se diagnostica precozmente o no se maneja en forma apropiada, puede evolucionar en su presentación clínica hacia las formas más severas y a complicaciones graves como el síndrome de HELLP y la eclampsia, lo que aumenta la morbimortalidad materna y perinatal. Con el desarrollo–exposición de tan importante tópico se pretende que sirva como una herramienta de apoyo en la toma de decisiones ante la embarazada en riesgo o con diagnóstico de preeclampsia-eclampsia, por parte de los médicos que tienen la responsabilidad del cuidado y la atención de las mujeres embarazadas. Los temas que se incluirán son la detección de riesgo, la prevención primaria, el diagnóstico y el manejo tanto farmacológico como no farmacológico.

24C. HISTEROSALPINOGRAFÍA VIRTUAL: MODALIDAD EMERGENTE EN LA MEDICINA REPRODUCTIVA. Dr. Kennet Ricardo Palao Varela**,** Radiología e Imágenes Diagnósticas, Diagnos, San Pedro Sula.

RESUMEN: En el 2010 Argentina, Estados Unidos y México abrieron una brecha a nuevos métodos mucho más específicos en la medicina reproductiva para identificar causas de infertilidad y otros desórdenes ginecológicos. La histerosalpinografía virtual por tomografía (HSVT) es una modalidad emergente, cuyos elementos ya establecidos de la histerosalpinografía convencional y el uso de tecnología multidetectora por tomografía han generado una evaluación más específica y comprensiva del aparato reproductor femenino; así como, la anatomía pélvica. A diferencia de otros métodos actuales, el uso de imágenes multiplanares, tridimensionales y endoscópicos por medio de la tomografía multidetectora nos permite una mayor visualización de las trompas de Falopio, cavidad endometrial, paredes uterinas y otros órganos pélvicos. Diferente de la histerosalpinografía convencional, la HSVT es casi indolora, debido a que no se realiza pinzamiento cervical y se evita la posibilidad de infecciones o hemorragias en dicha zona. Su uso y detección ha sido bien documentada para la detección a nivel del cuello de: irregularidades parietales, pliegues engrosados, pólipos, divertículos, estrecheces y sinequias; a nivel de la cavidad: pólipos, miomas submucosos, sinequias, malformaciones, adenomiosis, cicatriz de cesárea; y, a nivel de trompas de Falopio: hidrosalpinx unilateral y bilateral, obstrucción tubarica. El uso de métodos, como el ultrasonido y resonancia magnética, siguen siendo modalidades preferidas para lesiones focales y porque no conllevan el uso de radiación ionizante; sin embargo, hoy en día, el desarrollo de tecnologías en tomógrafos de baja radiación han permitido un mayor uso de esta, teniendo una radiación promedio de 0.9 más o menos 0.7 mSV.

25C. LA MAGNITUD REAL DE LAS LESIONES EN QUEMADURAS POR ELECTRICIDAD. MANEJO Y SECUELAS. Dr. Guillermo Peña Cabús. Cirujano Plástico, Centro de Cirugía Plástica, San Pedro Sula.

Las lesiones por electricidad en sobrevivientes, suele variar en magnitud de moderadas a secuelas catastróficas. Inevitablemente a la situación de severidad de presentación, también se incluye el manejo médico y de cuidados. Es por eso que su manejo protocolizado se debe basar en los fundamentos biomoleculares involucrados. Las lesiones por electricidad son el resultado de la falta de instrucción del público y en ocasiones la no menos importante falta de responsabilidad institucional. Ambos son los factores que generan la enorme fuente de lesiones. Usualmente se trata de un paciente masculino joven, en muchos casos el responsable del sustento familiar y peor, sin sustituto, trabajando sin protección ni el conocimiento elemental de riesgos durante su trabajo. Los casos que solicitan atención al Hospital Mario Rivas así como en hospitales privados, tienen condiciones de ocurrencia muy particulares que serán presentadas. Su manejo médico resulta ser de complejidad mayor, basado en la anticipación de eventos patológicos conocidos y sobre todo el de establecer una vigilancia continua requerida para las diferentes etapas de evolución. Invariablemente sin embargo, el pronóstico funcional final en muchos de los casos suele ser muy reservado y en muchas ocasiones catastrófico. Se planteará algunas estrategias de prevención para reducir la enorme carga que representa su atención médica eficiente.

26C. CAMBIO ACTUAL EN EL TRATAMIENTO DE LA MIGRAÑA. EL SIGNIFICATIVO BENEFICIO DEL USO DE LA TOXINA BOTULÍNICA. Dr. Guillermo Peña Cabús. Cirujano Plástico, Centro de Cirugía Plástica, San Pedro Sula.

La migraña para quien la sufre, es una situación discapacitante, muy real, con una frecuente ocurrencia de variable intensidad, habitualmente la migraña es sufrida mayormente por el sexo femenino pero curiosamente de mayor intensidad encontrada en pacientes masculinos. Regularmente su tratamiento se ha enfocado en múltiples alternativas de tratamiento sistémico, con respuestas inconsistentes en toda la literatura mundial. No fue hasta la intervención de un Cirujano Plástico de Cleveland Ohio, que se conoció la relación del dolor de una migraña con los nervios sensitivos supra orbitario y supra troclear, de la rama oftálmica del nervio trigémino, anatomía muy conocido para los cirujanos que operan esa región muy particular. Adicionalmente se considera el beneficio estético obtenido en el tercio superior del rostro como una mejor apariencia relajada que se obtiene con la aplicación de la toxina botulínica anatómicamente aplicada, esto ha resultado con una notable aceptación al tratamiento. Se presentará la anatomía quirúrgica relevante, el control de riesgos de procedimiento y la valoración objetiva de resultados obtenidos con las precauciones necesarias en cuanto a la selección de la toxina botulínica más eficaz y los inconvenientes

que se puedan presentar con su empleo, así como otras aplicaciones terapéuticas.

28C. MANEJO ACTUAL DE LESIONES POR MORDEDURA DE SERPIENTES EN LA COSTA NORTE DE HONDURAS. Dr. Marco Antonio Molina Soto, Médico Internista, Hospital Mario Catarino Rivas, San Pedro Sula.

La lesión ocasionada por mordeduras de serpiente continúa siendo una verdadera emergencia como de su manejo continuado, para las instituciones de salud de Honduras. La discapacidad resultante puede ser mayor y está en relación directa al tiempo de recibir atención especializada. La agricultura como representación elemental, es decir en la siembra, cuidados y la recolección continúan siendo las situaciones de riesgo por los hábitos acostumbrados en nuestro medio rural. Habitualmente recibimos en el Hospital Dr. Mario Rivas, pacientes procedentes de los hospitales regionales para el manejo protocolizado de las mordeduras de serpientes, algo que no se maneja a ese nivel, aunque en realidad sí se podría hacer con buena instrucción y mejor oportunidad de disponibilidad de lo necesario. Los resultados satisfactorios de tratamiento obtenidos en el Hospital Dr. Mario Rivas, con la experiencia objetivamente obtenida, serán presentados en detalle, así como la propuesta de mejoría en cuanto a la manera de la referencia apropiada para beneficio de los pacientes que lo necesitan.

30C. EXENTERACIÓN PÉLVICA POR CÁNCER. Dr. José Naún Lemus Fuentes, Cirujano Oncólogo**,** Instituto Hondureño de Seguro Social y Liga Contra el Cáncer, San Pedro Sula.

La exenteración pélvica es la extirpación de los órganos genitales (vagina, útero, trompas de Falopio y ovarios), además de la vejiga, recto y ganglios pélvicos; este procedimiento fue introducido en 1948 por el Dr. A. Brunschwing, y ha experimentado múltiples modificaciones a la técnica original a través del tiempo, la más importante de ellas fue creada por el Dr. M. Bricker, en 1951, con la introducción del conducto ileal. Este procedimiento quirúrgico representa la última oportunidad para la curación de un grupo seleccionado de pacientes con cáncer cervicouterino y de recto etc., en los que ha fracasado la terapia convencional. Desde sus comienzos, ha sido muy criticada por su elevada morbimortalidad y el inevitable impacto fisiológico y psicológico que provoca en los pacientes la pérdida del control esfinteriano. Objetivo: evaluar las ventajas de las modificaciones en la técnica de la exenteración pélvica clásica en pacientes con cáncer cervicouterino recurrente a radioterapia, en quienes se realizó exenteración pélvica modificada, en el Instituto Hondureño del Seguro Social y el Centro Oncológico Liga Contra el Cáncer de San Pedro Sula en un periodo de tres años; la reconstrucción urinaria en (100%) fue tipo Bricker (asa ileal), El tiempo quirúrgico promedio de 3.30 hrs ± 0. 20 min; hemorragia transoperatoria de 950 mL ± 100. mL; necesidad de transfusión sanguínea durante el evento quirúrgico de 570 mL ± 55 mL. La estancia intrahospitalaria promedio de 8 días ± 2 días; la estancia en la unidad de cuidados intensivos fue 2 días ± 1 días. Las complicaciones tempranas se reportaron (antes de los 30 días), y las tardías (después de los 30 días). La mortalidad fue del 0%. La incorporación de numerosas modificaciones técnicas a la técnica original, el sofisticado estudio preoperatorio por imágenes, el avance del manejo postoperatorio intensivo y la incorporación de nuevos esquemas de terapia neoadyuvante, ha permitido definir mejor en los últimos años las indicaciones de la EPT, lograr una drástica reducción de los índices de mortalidad operatoria y obtener cifras razonables de sobrevida a largo plazo en un grupo seleccionado de pacientes, considerados incurables en la evaluación inicial.

32C. MANIFESTACIONES CUTÁNEAS EN PACIENTE OBESO. Dra. Johana Guicel Bermudez Lacayo, Internista y Dermatóloga, Instituto Seguro Social,Tegucigalpa, Dr. Suamy Bermudez Lacayo Internista, Ceiba.

La Obesidad una epidemia que afecta a millones por todo el mundo. El costo de tratar enfermedades relacionadas a la obesidad contribuye 2-7% de presupuesto nacionales totales de la atención sanitaria y pueden causar enfermedades como hipertensión arterial, enfermedades cardíaca, Dislipidemia, hiperinsulinemia, diabetes mellitus, afecta la función de la barrera de la piel. Se describiran las lesiones mas comunes en el paciente obeso. la piel es seca. El acné ocurre cuando se infectan los canales sebáceos, es exacerbado sin obstrucción por desordenes obesidad-asociados. La Obesidad impide o reduce flujo linfático. Esto lleva a la colección de líquido linfático abundante en proteínas en el tejido subcutáneo. Esto se llama lymphedema. La Obesidad cambia la circulación de sangre de la piel que lleva a microangiopatia Acantosis nigricans es un problema de piel más común de la obesidad, aparecen como correcciones oscuras aterciopeladas, simetricas. La acantosis nigricas se asocian a la resistencia a insulina. Los fibromas laxos son pápulas o incrementos marrones suaves se ven comunmente en el cuello y en los axilas, en asociación con nigricans del acantosis. Las estrías son placas largas encontradas en áreas con la tensión más grande y común en los pechos, las nalgas, el abdomen, y los muslos, aparecen marcas rojas que giran a violeta y a placas deprimidas blancas .Algunas enfermedades de la piel son agravadas por la obesidad como lymphedema, psoriasis, escasez venosa crónica, celulitis, infecciones, hongos, hiperqueratosis plantar, supurativa del hidradenitis, gota tofácea, intertrigo. La promoción de estilos de vida saludable es vital para contribuir a reducir la gamma de enfermedades crónicas no trasmisibles entre ellas la obesidad.

33C. EXPERIENCIA EN EL TRABAJO DE CAMPO DEL PROYECTO "GENÓMICA DEL ASMA EN COMUNIDADES ETNICAS DE HONDURAS". Dr. Edwin Francisco Herrera Paz MD, Múster en Genética Humana. Universidad Católica de Honduras, Campus San Pedro y San Pablo, San Pedro Sula**,** Dr. Álvaro Mayorga MD, Alergúlogo Pediatra. Centro de Neumologia y Alergia, San Pedro Sula, Dra. Delmy Aracely Mejía MD. Clínica de la Familia. San Pedro Sula, Dra. Rina Girard de Kaminski, Parasitóloga, Hospital Escuela Universitario, Tegucigalpa, Lic. Rosella María Martinez. Universidad Católica de Honduras, Campus San Pedro y San Pablo, San Pedro Sula, Br. Allan Saenz. Estudiante de medicina. UNAH-VS, San Pedro Sula, Br. Gloria Varela. Estudiante de medicina. UNAH-VS, San

Pedro Sula, Br. Gerardo Ayestas. Estudiante de medicina. UNAIIVS, San Pedro Sula**,** Br. Hector Augusto Canizales. Estudiante de medicina. Universidad Católica de Honduras, Campus San Pedro y San Pablo, San Pedro Sula, Br. Héctor Ramos, Estudiante de medicina. Universidad Católica de Honduras, Campus San Pedro y San Pablo, San Pedro Sula.

En 2011 nuestro protocolo de investigación se ensambló a CAAPA *(Consortium on As:Uta umom .d frican-urncestrr.' Populations in the fl mc ricas),* que recolecta y analiza datos sobre el asma en poblaciones afro descendientes de distintos paises de las Américas y África, El trabajo de campo consiste en la recolección de muestras de sangre de pacientes y controles sanos para la determinación de niveles de IgE, perfiles de expresión génica, secuenciación de genoma completo, y estudios de asociación genómica. A cada persona se le realiza un cuestionario exhaustivo con preguntas relevantes. Determinación de signos vitales y espirometria. Descripción de la Experiencia.Desde el inicio de recolección a la fecha actual se han muestreado más de 700 personas en las comunidades garífunas de los departamentos de Atlántida y Cortés. Además, muestrearnos la población de filiación Lenca que habita la comunidad de Belén Gualcho, en el occidente de Honduras. Para la recolección de los datos nuestro equipo se dividió en varias estaciones de trabajo, a manera de banda de producción. Con el objeto de ayudar a las comunidades, acoplamos al trabajo de investigación la atención médica general. Lecciones aprendidas**.** Una valiosa lección que ha dejado el desarrollo de nuestro proyecto es el descubrimiento de la sinergia que se puede lograr entre los grupos de investigación y la comunidad. Los resultados positivos de nuestras incursiones nos permiten recomendar a los equipos de investigación de campo la inclusión de la consulta médica general y especializada. Por otro lado, el mismo proceso de investigación resulta revelador de las necesidades médicas y la presencia de entidades nosológicas prevenibles. Para el caso, en la comunidad de Belén Gualcho descubrimos una alta prevalencia de EPOC. El motivo es la utilización de fogones dentro de las casas, aun a sabiendas de parte del paciente del daño que esta práctica produce.

34C. INDICACIONES DE CÁPSULA ENDOSCÓPICA. Dra. Susana Pineda, Internista, Gastroenteróloga, Departamento de Gastroenterología Hospital Escuela, Tegucigalpa.

La cápsula endoscópica es una tecnología no invasiva diseñada para diagnóstico de Patología en intestino delgado. Presenta limitada evaluación de esófago, estómago y Ciego, las imágenes tienen una excelente resolución y tienen una magnificación de 1:8. Esta magnificación permite una mejor evaluación de las vellosidades. Se han desarrollado para estudio de esófago, intestino delgado y colón. Indicaciones sangrado de origen oscuro define como sangrado digestivo sin causa aparente luego de realizar Endoscopía alta y baja. Primero la cápsula tiene mayor capacidad de encontrar causa de sangrado en los sangrados de origen obscuro evidente. La tasa de éxito es mayor cuando el estudio se realiza cuando ocurre el sangrado. Se ha visto que el riesgo de resangrado es menor en aquellos pacientes con cápsula endoscópica positiva. La tasa de diagnóstico es del 63% vrs 23% de la enteroscopia por doble balón. Enfermedad de Crohn la cápsula nos permite establecer el diagnóstico, evaluar el grado de actividad y extensión de la enfermedad y mejoría de la mucosa posterior al inicio del tratamiento. La cápsula endoscópica es más sensible para determinar recurrencia luego de cirugía que la colonoscopia. El riesgo de retención de la cápsula por estenosis es del 5 -13% por lo que debe de considerarse el uso de la cápsula patency para evitar esta complicación.

Enfermedad celiaca no sólo es utilizada para diagnóstico sino también para seguimiento. Sensibilidad es del 85 - 88% y con una especificidad del 90 - 100% en comparación con Endoscopia convencional en pacientes que no desean o no se puede realizar estudió endoscópico. También se ha visto su utilidad en pacientes con recurrencia de la enfermedad. Síndrome poliposico es utilizada para seguimiento y escrutinio de pólipos en intestino delgado en pacientes con póliposis adenomatosa familiar, síndrome de Peutz Jeghers. Imágenes anormales de intestino delgado. Es la primera modalidad de examen en aquellos pacientes que presentan alteración en intestino delgado Contraindicaciones

1) Paciente con estenosis u obstrucción ya conocida
2) Dispositivos cardiacos implantados
3) Disfagia
4) Embarazo
5) Resonancia

36C. CONOCIMIENTOS Y PRÁCTICAS SOBRE MANEJO DE DESECHOS SÓLIDOS, QUE TIENEN LOS TRABAJADORES DE ÁREAS ESPECÍFICAS DEL HOSPITAL GABRIELA ALVARADO DANLÍ EL PARAÍSO, HONDURAS, 2010. Dr. Marlon Ulises Estrada Sánchez, Salubrista y Epidemiólogo, CESAMO Los Ángeles Municipio de Trojes Departamento, El Paraíso.

Se realizó un estudio sobre el conocimiento y prácticas que, sobre el manejo de los desechos sólidos, tienen los trabajadores de áreas específicas del Hospital Gabriela Alvarado Danli El Paraíso, Honduras, 2010. Diseño Metodológico Área de estudio Todos los empleados del Hospital Gabriela Alvarado que laboran en áreas donde se producen desechos sólidos hospitalarios El tipo de estudio es transversal de tipo descriptivo, El Universo estuvo conformado por el personal de aseo y limpieza, personal de enfermería y médicos de áreas quirúrgicas, salas de maternidad y operaciones, así como de los servicios de laboratorio, rayos x, anatomía patológica, que pertenecen al centro y representan un total de 500 trabajadores Muestra: Fueron 45 trabajadores del hospital seleccionados, por el criterio de trabajar en las áreas de riesgo arriba mencionadas. El grado de conocimiento que tienen los trabajadores sobre el cumplimiento de las normas de manejo de los desechos sólidos hospitalarios en las etapas de segregación, almacenamiento primario, transporte interno, almacenamiento final, tratamiento y recolección externa son inadecuados. Estos resultados indican los riesgos en la población de trabajadores que producen y manipulan desechos sólidos, las salas que tienen el acondicionamiento necesario: son cirugía, labor y parto quirófano, rayos x, la segregación, almacenamiento intermedio, trasporte interno son inadecuado, en relación al almacenamiento final todas las salas cuentan con un área específica de almacenamiento.

37C. ESTRATEGIA DE ATENCIÓN PRIMARIA. Dr. Engels Alexis Sandoval, Epidemiólogo, Césamo Dolores Copán.

Es la atención permanente brindada en el primer punto de contacto, orientada a la persona, para satisfacer sus necesidades de salud. Llevando los cuidados de salud tan cerca como posible, al lugar donde la población vive y trabaja. Refiere solamente aquellos casos poco comunes, para mantener la capacidad resolutiva y coordina con otros niveles de atención. Consiste en la prestación de servicios de salud integrados de calidad para la población que promueve mediante el trabajo en equipo una práctica clínica y de salud en el contexto familiar y comunitario. Se brinda acciones de promoción de la salud, la prevención, control y la rehabilitación de la enfermedad en los diversos niveles de atención y la comunidad. Se implementa una práctica familiar a través de un sistema con equipos de salud capacitados para brindar una atención continua, accesible, integral e integrada (ambos sexos, toda edad, y cualquier órgano o sistema), con una coordinación y organización a nivel de equipo de salud que sean capaces de realizar planes de manejo de la salud y enfermedad del reservorio de familias bajo su responsabilidad. Dicha estrategia presenta y propone una serie de acciones participativas e integrales donde participan los técnicos y profesionales en equipos de trabajo para la realización de acciones de promoción y prevención a nivel de la familia, para garantizar una atención médica de calidad e integral con soporte especializado en la unidad de salud correspondiente. Su proximidad a la comunidad le confiere condiciones idóneas para interactuar con la población, lo que acentúa su capacidad para identificar las necesidades en salud de los individuos, familias y espacios poblacionales, así como para organizar de forma efectiva la respuesta de los servicios de salud. Existen antecedentes en América Latina sobre el proceso de construcción de los equipos de atención primaria de salud. Tomando como referencia los modelos de atención de gestión y de financiación y las políticas de salud, con el mejoramiento de los indicadores de salud.

38C. LA OZOONTERAPIA COMO UNA OPCIÓN TERAPÉUTICA DE SALUD PARA HONDURAS Y LATINOAMÉRICA. Dr. Lisandro Valle Pérez. Neurocirujano, Hospital Militar, Dra. Karla Guerra, Dr. Andrés Ordóñez, Hospital Militar

La ozonoterapia como método terapéutico ha provocado controversia en el mundo médico. Son varios los factores que influyen en dicha polémica como el empirismo, falta de estudios bien diseñados, apoyo financiero para los mismos y falta de unificación de criterios. El amplio espectro de sus indicaciones incursiona en las múltiples especialidades de Medicina. Los estudios serios de corte académico con alta calidad científica confirmarán que esta forma de terapia médica es una opción terapéutica eficiente y segura para el paciente. Objetivo: 1. Revisar aspectos históricos de la ozonoterapia y los obstáculos a vencer para ser completamente aceptada en la medicina occidental. 2. Realizar meta análisis de la ozonoterapia y sus usos terapéuticos como una respuesta viable a problemas de salud crónicos. Se describe el rol de las especies reactivas de oxígeno en salud y en enfermedad, los mecanismos de acción propuestos del ozono y su rol como regulador del estrés oxídativo. 2. Se recolecta evidencia suficiente para asegurar que el uso de ozonoterapia en el control de dolor en enfermedades como osteoartritis, neuropatías y hernia lumbar del núcleo pulposo, además en procesos de cicatrización y como agente antibacterial son efectivos y confiables Recomendaciones: 1. Se debe capacitar personal pertinente acerca de indicaciones terapéuticas, sus vías de administración apropiadas, sus posibilidades de error técnico-terapéutico y su relativa carencia de toxicidad y efectos indeseables. 2. Se debe promover el uso de ozonoterapia a nivel estatal, sobre todo por su bajo costo comparado con el alto costo de los medicamentos convencionales. 3. Se debe promover a través de las sociedades nacionales e internacionales un acercamiento para estimular estudios científicos: bioquímicos, farmacológicos y clínicos que validen su aplicación y desvirtúen las críticas habituales a los estudios ya publicados.

40C. UTILIDAD DE PRUEBAS NO-INVASIVAS EN CARDIOLOGÍA. Dr. Max Aguilar, Internista Cardiólogo, Hemodinamista Hospital del Valle, San Pedro Sula.

Con el desarrollo de la tecnología en cardiología, cada vez son más frecuentes en Honduras los procedimientos invasivos como Cateterismos Cardiacos, Angioplastias Coronarias, Estudios Electrofisiológicos, Colocación de Marcapasos Uni y Bi Camerales, Corrección de Cardiopatías Congénitas e Implante de Desfibriladores. Obviamente la decisión de la Realización o No de determinado procedimiento, se basara sobre todo en el resultado de las Pruebas Iníciales No Invasivas, el objetivo de esta presentación es hacer una revisión de las indicaciones, utilidad e información que nos brindan estas pruebas para así poder tomar las decisiones que más favorezcan a los pacientes: **Prueba de Esfuerzo**: Es la prueba más usada a nivel mundial para diagnosticar Isquemia Cardiaca. Se usa también para evaluar la Clase Funcional y para determinar la normalidad de las respuestas presoras y cronotrópicas **Ecocardiograma Transtoracico**: Es el método más accesible para determinar la anatomía cardiaca, determinar la función sistólica del ventrículo izquierdo, evaluar la función de las válvulas cardiacas y del pericardio. Con maniobras provocadoras de Isquemia, como se ejercicio y el uso de Dobutamina intravenosa, podemos determinar la presencia de tejido miocardio isquémico en riesgo o de tejido hibernante. **Ecocardiograma Transesofágico**: Tiene la misma utilidad del Ecocardiograma Transtorácico, pero la ventaja de que al eliminar la resistencia es dada por el grosor de la pared torácica. **Holter de Frecuencia Cardiaca de 24 hrs**: Su principal utilidad es para determinar el comportamiento de la Frecuencia Cardiaca y la aparición de arritmias o bloqueos cardiacos. Dependiendo de ciertas características de los eventos encontrados se decidirá iniciar terapia farmacológica para control de arritmias o la realización de Estudios Electrofisiológicos, así como la decisión de Implante de Marcapasos o Desfibriladores. **Holter de Frecuencia Cardiaca**: Su principal utilidad es al permitirnos hacer diagnóstico de Hipertensión Arterial y de su severidad, orientando de esta manera su mejor manejo, y posteriormente la respuesta a este.

41C. SÍNDROME CARDIORENAL. Dr. Evandro Ramon Valladares Castellanos, Internista Nefrólogo, unidad de HEMODIALISIS, Instituto Hondureño de Seguro Social, Tegucigalpa.

El síndrome cardiorenal es una entidad compleja y no bien definida, cuyos mecanismos no están completamente aclarados. Es poco conocida pero de gran prevalencia e importancia. Desde hace mucho tiempo, Se ha sabido de la interrelación entre el corazón y el riñón, de tal forma que cada uno de los órganos disfuncionantes puede iniciar y perpetuar el fallo en el otro órgano, por medio de una serie de mecanismos hemodinámicos, neurohumorales e inmunológicos. El objetivo de esta exposición, Es explicar estos mecanismos y las causas de insuficiencia cardiaca, que me ocasionan insuficiencia renal, y las causas de insuficiencia renal, que me ocasionan insuficiencia cardiaca. La manera más fácil de entenderlos, Es a través de la clasificación establecida en la actual década. Habiéndose clasificado en cinco tipos Se explicarán solamente cuatro tipos, No es el objetivo de esta charla, explicar el tipo cinco. Cuyas causas primarias no son ni cardiacas ni renales. La anemia también juega un papel importante. Está presente tanto en la insuficiencia renal como cardiaca y no está claro si es un marcador de enfermedad progresiva o un mediador del síndrome cardiorenal. Se harán comentarios al respecto de la relación de la anemia con insuficiencia cardiaca e insuficiencia renal. Un mejor conocimiento de los mecanismos implicados en este síndrome es de gran utilidad para el manejo clínico de los pacientes. Por lo que se hará hincapié en dejar claro la función de los diferentes sistemas implicados en su fisiopatología, para así establecer correctas pautas de tratamiento.

42C. GUÍA CLÍNICA PARA MANEJO DEL PIE DIABÉTICO. NORMAS DE ATENCIÓN INTRAHOSPITALARIA. Dr. José Dalio Gómez Jereda**,** Residente del Postgrado de Cirugía General, Hospital Escuela Universitario, Tegucigalpa.

El pie diabético causa hasta el 70% de todas las amputaciones no traumáticas de miembros inferiores, sin cuantificar su impacto económico y psicológico. La enorme demanda por atención médico-quirúrgica oportuna de éstos pacientes en el Hospital Escuela exige formular una Guía Clínica. El abordaje del pie diabético es multidisciplinario. Debe identificarse la fisiopatología subyacente para definir las disciplinas médico-quirúrgicas a involucrar. El pie diabético neuropático requiere tratamiento ortopédico. La isquemia puede detectarse con la ausencia de pulsos distales, ultrasonido Doppler arterial, medición del índice tobillo/brazo y arteriografía para localización topográfica de lesiones obliterativas revascularizables. La amputación se indica cuando está en peligro la vida del paciente o en afectación severa de la extremidad que impide su recuperación funcional. La morbi-mortalidad perioperatoria se reduce controlando previamente los parámetros hemodinámicos y bioquímicos. La prevención del pie diabético y sus consecuencias es elemental. El abordaje es multidisciplinario involucrando profesionales en función de la fisiopatología subyacente. La búsqueda de pulsos es fundamental para detectar isquemia y realizar revascularización. El paciente debe ser estabilizado en la medida de lo posible previo a anestesia general bajo riesgo-beneficio y consentimiento informado.

43C. CRISIS CONVULSIVAS FEBRIL. Dr. Mario Roberto Velásquez Orellana, Pediatra Neurólogo. Instituto Hondureño de Seguridad Social, San Pedro Sula.

Las crisis convulsivas febriles se presentan en niños en un rango de edad de 3 meses a 5 años, como edad promedio, asociado a fiebre, sin infección en el sistema nervioso central u otra causa definible; existen tres subgrupos: 1-susceptibiladad individual(es la forma más común relacionada al gen del cromosoma 8)2-insulto cerebral no reconocido (con substrato anatómico predisponente) 3-epilepsia enmascarada (donde la fiebre es un catalizador de una epilepsia subyacente).Incidencia : es el problema neurológico pediátrico más común en las salas de urgencia (2 a 5 %).Etiología: es la combinación de la triada edad, fiebre, predisposición genética. Fisiopatología: estudios experimentales, sugiere que aun el cerebro inmaduro es más susceptible a convulsionar ante fiebre, por deficiencia inhibitoria de la sustancia nigra. Manifestación clínica: tónico clónico 85%, tónico 15%, atónica 2 a 5%.Diagnostico: es clínico y de exclusión, siempre debe descartarse una enfermedad subyacente. Diagnóstico diferencial: 1 escalofrió intenso, delirium febril, sincope por fiebre. Recurrencia: del 30 a 50% - cuando se asocia a paciente menores de un año con retraso al desarrollo Psicomotor e historia familiar de convulsiones. Complicaciones: 1- esclerosis mesial temporal (epilepsia del lóbulo temporal) Manejo: dependerá, si es convulsión febril simple (en su historial dos crisis convulsivas ,generalizadas, menores de 15 minutos de duración, buen desarrollo psicomotor) se educa sobre el uso del termómetro y antipirético, generalmente acetaminofén o ibuprofeno .si por otro lado es convulsión febril compleja(tres o más crisis en su historial, que son focalizadas, que duran más de 15 minutos y menores de un año)se agrega fármacos anticomiciales (ácido valproico, fenobarbital, clonazepan).

44C. MANEJO DEL PACIENTE TRAQUEOTOMIZADO. Dr. Roberto Obdulio Tinoco, Otorrinolaringólogo, Hospital Escuela Universitario, Tegucigalpa.

La traqueotomía es la abertura temporal de la tráquea para habilitar la vía aérea en caso de insuficiencia respiratoria aguda. Su manejo requiere de personal capacitado con conocimiento del equipo y material a utilizar en el procedimiento. Las primeras traqueotomías fueron realizadas 2000 años A.C en la India. En 1921, Chevalier Jackson, hace la descripción de la técnica actual. Protocolo**:**Historia clínica, exámenes de laboratorio, traslado del paciente al quirófano y notificar a los especialistas de guardia (otorrinolaringólogo y anestesiólogo). Manejo postraqueotomía doble fijación de la cánula al cuello, aspirar secreciones cada 15 a 30 minutos con sondas atraumáticas, el balón de la cánula debe desinflarse cada 30 a 45 minutos para evitar necrosis de la mucosa traqueal. Descripción de la experiencia: En el Hospital Escuela de Tegucigalpa, durante 20 años, las causas de traqueotomía fueron: Papilomatosis, trauma laríngeo, cráneo facial y craneoencefálico, cuerpos extraños en bronquios, paresia de cuerdas vocales post tiroidectomía. heridas de

cuello por arma punzante y de fuego, laringomalasia, bocio gigante, epiglotitis, quistes gigantes de glotis, hemangioma de hipofaringe y base de lengua, agenesia de laringe, bronconeumonías, neoplasias de laringe, amígdalas, hipofaringe, sub glotis, base de lengua y angiofibroma juvenil. De los 172 casos operados, cinco pacientes fallecieron, tres adultos por hemorragia severa, por recolocación de cánula a las 12 horas post operatorio, dos niños por obstrucción de cánula y por invasión severa de papilomas en bronquios. Lecciones aprendidas: En niños con papiloma están contraindicadas las traqueotomías, la cánula de la traqueotomía no puede ser cambiada antes de 24 horas posteriores a la cirugía para evitar falsas vías en la reintubación, pacientes con tétano necesitan doble fijación de la cánula y sedación del paciente, la endocánula deberá revisarse y limpiarse periódicamente.

45C. OFTALMOLOGÍA EN LA PRÁCTICA MÉDICA. Dr. Carlos René Maldonado, Oftalmólogo, Hospital Escuela Universitario, Tegucigalpa.

La oftalmología en la práctica del médico debe ser de importancia para la atención de los pacientes que día a día llegan a nuestros consultorios es nuestra obligación conocer que el órgano de la visión inicia su formación en la vida intrauterina entre la segunda y tercera semana de vida embrionaria y cualquier problema en la formación de los ojos se manifiesta con alteración en la anatomía del mismo y en su sistema visual. Recordar que del ectodermo superficial se forma el cristalino, epitelio de la cornea, conjuntiva, y la glándula lagrimal con su sistema de drenaje.- del neuroectodermo se formara el humor vítreo en epitelio de la retina, iris y cuerpo ciliar, músculos del esfínter y dilatador de la pupila y además el nervio óptico.- y al final del mesodermo se formara la esclerótica, tejido conjuntivo de la cornea, cuerpo ciliar, iris y coroides y sistema hialoideo. Por lo cual la no migración de las células conllevara a problemas de formación. Cada una de las patologías al inicio de la vida extrauterina tendrá que ver con un periodo de la formación embrionaria pero para cada paciente debemos recordar su anatomía y formación del mismo. La conexión directa desde el nervio óptico hasta la corteza cerebral los anexos y la localización de cada una de las estructuras que conforman el globo ocular. Cada entidad patológica tendrá una manifestación que afecta una o varias estructuras pudiendo determinar el daño y secuela si es posible. Muchas de las enfermedades sistémicas tendrán a su vez manifestaciones oculares que debemos conocer para poder buscar signos oftalmológicos que nos ayuden al diagnostico definitivo.

46C. FIBROSIS QUÍSTICA EN PEDIATRÍA: UNA ENFERMEDAD SUBDIAGNOSTICADA. Dr. Omar Mejía Reyes, Pediatra Neumólogo, Instituto Nacional Cardiopulmonar, Tegucigalpa.

La fibrosis Quística se describió por primera vez en 1938. Su historia natural ha evolucionado desde un proceso letal, hasta ser considerada una enfermedad crónica con esperanza de un tratamiento definitivo. En Honduras no hay casos reportados en la literatura nacional, probablemente porque el diagnóstico se confunde con otras enfermedades pulmonares crónicas. Por otra parte, el médico puede erróneamente considerar esta enfermedad exclusiva de la raza caucásica, como se describió originalmente. Es una enfermedad hereditaria, multisistémica, autosómica recesiva originada por una mutación en un gene del brazo largo del cromosoma 7; esta disfunción provoca alteración del transporte iónico de las células epiteliales de distintos órganos y tejidos. Los criterios diagnósticos son: 1)Elevación de los niveles de cloro en sudor, siendo el método de iontoforesis cuantitativa con pilocarpina el más concluyente; resultados mayores a 60 mmol/L confirman el diagnóstico 2) Enfermedad sinopulmonar crónica caracterizada por: a)infección o colonización principalmente con Pseudomonas aeruginosa o Burkholderia cepacia b) tos crónica productiva c) sibilancias persistentes d) anormalidades radiográficas persistentes tales como bronquiectasias, atelectasias, infiltrados, sobredistensión d) sinusitis crónica y pólipos nasales e) acropaquias 3) Insuficiencia exócrina pancreática y otras anormalidades gastrointestinales y/o nutricionales 4) Historia familiar positiva. Para el diagnóstico es necesario una prueba de sudor positiva más uno de los otros criterios. El tratamiento es complejo, por lo que deberá realizarse en forma individualizada, integral y multidisciplinaria; con el objetivo de minimizar la destrucción progresiva del tejido pulmonar. Entre las medidas básicas están: 1) Inhaloterapia con solución salina isotónica o hipertónica 2) broncodilatadores 3) dornasa alfa recombinante humana 4) antibióticos nebulizados (tobramicina) 5) fisioterapia 6) ejercicio 7) tratamiento antimicrobiano 8) administración de oxigeno 9) tratamiento digestivo con enzimas pancreáticas así como suplementación nutricional y vitamínica.

47C. VACUNA CONTRA MENINGOCOCO. Dr. Oscar Armando Ponce**,** Pediatra, Hospital Nacional Doctor Mario Catarino Rivas y Hospital Regional del Instituto Hondureño de Seguridad Social, San Pedro Sula.

Vacuna contra Meningococo. Oscar armando Ponce, Hospital Mario Rivas y Regional del Instituto Hondureño del Seguro Social, San Pedro Sula, Honduras. La enfermedad meningocóccica es una infección devastadora que puede producir morbilidad y mortalidad significativas; Siendo el humano el único reservorio de este diplococo aeróbico Gram negativo Neisseria Meningitidis. De los 13 serogrupos meningocóccica cinco (A , B,C,Y, y W-135) son los responsables de casi todas las enfermedades endémicas y epidémicas en el mundo. En los últimos años esta bacteria es responsable de la mayoría de casos de Meningitis Bacteriana en niños igualando a las fatalidades en adultos con una morbilidad mayor en menores de 2 años. Su cuadro clínico es variable desde una Enfermedad Meningocóccica Invasiva (EMI) de curso rápido y dramático y letal hasta meningitis, artritis, Neumonía o Miocarditis; con mortalidad de 8 a 20 % y secuelas en un 20% como amputación, deformidades por retracciones, trastornos neurológicos y pérdida de la audición. Desde los años 60 se han venido utilizando vacunas con polisacáridos para los serogrupos A y C con la limitante en cuanto a la duración de su inmunogenicidad e hiporrespuesta a dosis ulteriores por falta de inducción de memoria inmunológica aplicable únicamente en adultos de riesgo. Actualmente se han desarrollado vacunas conjugadas con proteína antigénica las cuales proveen beneficios como memoria a largo plazo ,refuerzo de la inmunidad ,reducción de portación bacteriana e inmunidad comunitaria y lo que es más importante que se aplican 2 dosis en el grupo de 9 a 23 meses y en el grupo etario

de 2-55 años una sola dosis con un refuerzo 3-5 años después; confiriendo inmunidad para serogrupos A, C,Y, y W-135 no incluye serogrupo B ya que este tiene un polisacárido capsular similar a un polímero presente en la adhesina del tejido nervioso humano. Existen otras vacunas en diferentes fases de investigación tratando de incorporar el componente serogrupo B sustrayendo del DNA una fracción del mismo. Estas vacunas tetravalentes conjugadas fueron aprobadas por la FDA en el año 2011 e introducidas en nuestro país el pasado año. Es nuestro deber como profesionales de la salud hacer del conocimiento de los padres que esta vacuna existe y está disponible en nuestro medio recordándoles que es más barato vacunar que enfermar.

50C. MANIFESTACIONES CUTÁNEAS DE ENFERMEDADES SISTÉMICAS. Dra. Xenia Jacqueline Velásquez M, Dermatóloga, Hospital Escuela Universitario, Tegucigalpa.

La piel puede aportar datos clínicos muy valiosos para el diagnóstico de muchas de las enfermedades internas, los signos y síntomas cutáneos pueden presentarse durante la evolución o como complicaciones de estas enfermedades, es de gran valor que los dermatólogos y todos los médicos estén familiarizados con estos hallazgos pues la observación de estos signos clínicos permitirían el diagnóstico y tratamiento precoz del proceso base, e incluso en algunos casos, su prevención, impidiendo el desarrollo de la expresión sistémica del proceso. Existen muchas enfermedades que se expresan en el tegumento: trastornos nutricionales, infecciosas, genodermatosis, colagenopatías, metabólicas, hematológicas, digestivas etc. En ocasiones, no es la propia enfermedad la que afecta a la piel, sino procesos reactivos, que se expresan uniformemente en la piel, con independencia de la enfermedad sistémica que los origina. En otros casos la presencia de una determinada dermatosis aconseja descartar la existencia del cuadro sistémico al que estadísticamente se asocia. Un dato de mucha ayuda es la fácil accesibilidad de la piel para toma de muestra (biopsias, cultivos, etc.)que facilita su estudio a profundidad. La dermatología es muy amplia en el campo de la medicina interna y esto sobrelleva a varios errores que pueden llegar a cometerse si se desconoce como interpretar las lesiones cutáneas.

51C. INDICACIONES DE LA RESONANCIA MAGNÉTICA CEREBRAL, COMO CUÁNDO Y POR QUÉ, Dr. Carlos Paz Haslam, Radiólogo, DIAGNOS, San Pedro Sula.

La Resonancia magnética fue descrita por primera vez por Felix Bloch y Edward Purcell en 1946, en 1971 Raymond Damadian mostro que los tiempos de relajación magnética de los tejidos y tumores eran diferentes iniciando el interés en la investigación médica. En 1975 Richard Ernst propuso las imágenes de resonancia magnética utilizando codificaciones en fase y frecuencia mediante la transformada de Fourier, la cual forma la base de las técnicas actuales de resonancia magnética. Los principios físicos de la Resonancia magnética están basados en la absorción y emisión de energía en forma de radiofrecuencia así que no existe radiación ionizante, se utilizan magnetos cuya potencia varía entre 0,3 a 7 Teslas para crear un campo magnético alrededor del paciente. Los tiempos de relajación tisular (T1 y T2) y de la densidad de protones son los principales determinantes de la intensidad de la señal de los tejidos. Lista de indicaciones de la Resonancia magnética: para la exclusión, investigación posterior y monitoreo de: tumores cerebrales y de las meninges, tumores de la base de cráneo y orbita, neurinoma del acústico, tumores hipofisiarios, procesos inflamatorios del cerebro y de las meninges, encefalitis, encefalopatía, sospecha de leucodistrofia, patología de oídos, nariz y garganta, enfermedades desmielinizantes, malformaciones congénitas, complicaciones del trauma, epilepsia, ictus, tamizaje de aneurismas, hemorragia subaracnoidea, control post-operatorios. Las ventajas sobre otras técnicas: la no utilización de radiación, mucho mayor rango de contraste del tejido cerebral, mostrando la anatomía con mayor detalle, es mas sensible y especifica que la TC, las reacciones alérgicas por el uso del gadolinio como medio de contraste son mucho menos frecuentes que el yodo utilizado en la TC. Palabras claves: Resonancia magnética, gadolinio, tomografía computarizada.

52C. USO DE TUTOR EXTERNO TIPO ILIZAROV PARA LA CORRECCIÓN DE DEFORMIDADES OSTEOARTICULARES. Dr. José B. Avilés Irías, Ortopeda y Traumatólogo, Instituto Hondureño de Seguridad Social, Centro Hondureño de Deformidades Oseas, Tegucigalpa.

La utilización de tutores externos Ilizarov comenzó 1940 en la antigua Unión Soviética y su uso en el continente americano inicio en la década de 1980. En nuestro país se comenzó a implementar de manera rutinaria en el 2007, produciendo avances muy rápidos en el tratamiento de deformidades Oseas, alargamiento y reconstrucción de huesos largos. Los aspectos fundamentales del método Ilizarov son sus características y la respuesta biológica de la osteogénesis por distracción mediante un fijador circular son muy satisfactorias. Sus indicaciones más frecuentes en niños y adolecentes son alargamientos de las extremidades y la corrección de las deformidades angulares. El cuidado post operatorio debe de hacerse de forma muy cuidadosa tanto por parte del paciente como del médico; el cirujano ortopeda debe de conocer los principios básicos del fijador y de la realineación mecánica así como las posibles complicaciones.

53C. USO DE CIRUGÍA MULTIPLE EN TRATAMIENTO DE PACIENTES ESPÁSTICOS. Dr. José B. Avilés Irías, Ortopeda y Traumatólogo, Servicio de ortopedia infantil Instituto Hondureño de Seguro Social y Centro Hondureño de Deformidades Oseas, Tegucigalpa.

Las Disfunciones Motoras como parálisis cerebral espástica, provoca deformaciones de las extremidades, que son una consecuencia nefasta de la espasticidad sobre el crecimiento muscular y osteoarticular. Estas deformaciones pueden comprometer las posibilidades funcionales, en especial la marcha, sobre todo cuanto mayor es la espasticidad. El tratamiento quirúrgico forma parte de los métodos terapéuticos, al igual que la rehabilitación, las prótesis o la toxina botulínica. Hace 15 años, el tratamiento clásico consistía en operar una vez al año y de un modo segmentario las extremidades lo que

daba lugar a la realización de intervenciones repetidas, con el consiguiente coste económico y familiar (Síndrome del Cumpleaños). En la actualidad se llevan a cabo una cirugía multinivel en la que se corrigen en la misma intervención todas las deformaciones musculo tendinosas y osteoarticulares. Esta modificación de la estrategia terapéutica ha sido posible gracias a una mejor comprensión de los trastornos fisiopatológicos y a un mejor análisis de ellos y la implementación de técnicas quirúrgicas fáciles de realizar con abordajes mínimos pronta rehabilitación que nos permiten incrementar el potencial de marcha ,la calidad de vida del paciente y de la familia.

54C. INSULINIZACIÓN TEMPRANA. Dra. Onix Arita Melzer, Internista y Endocrinóloga, Clínica Bendaña, San Pedro Sula.

Se dar a conocer la actualización de las guías de manejo de la diabetes basadas en el consenso de la asociación americana de diabetes (ada) y la sociedad europea para el estudio de la diabetes (easd) recientemente publicadas así como los algoritmos de manejo de la asociación americana de clínicos endocrinólogos y alad, la diabetes mellitus tipo 2 es considerada una pandemia mundial. Actualmente existen aproximadamente 366 millones de diabéticos en el mundo y para el año 2030 se considera que esta cifra habrá ascendido a 552 millones, lo que significa un incremento del 51%, siendo los más afectados los continentes en vías de desarrollo incluyendo el continente americano. Lo anterior es realmente preocupante ya que la diabetes es una enfermedad crónica degenerativa que produce múltiples complicaciones agudas y crónicas siendo: a) la primera causa de ceguera en el adulto, b) primera causa de amputaciones no traumáticas , c) primera causa de enfermedad renal terminal (dialisis) , d) principal causa de enfermedad cardiovascular incluyendo infarto agudo de miocardio y accidente vascular cerebral. Y recordando que en el mundo actualmente la primera causa de muerte es la cardiovascular, superando al cáncer y enfermedades infectocontagiosas. El actual concenso centra su acción en el paciente la individualización de acuerdo a su condición socioeconómica, al estadío de su enfermedad adaptado a los factores raciales y socioculturales. El primer objetivo de tratamiento es lograr y mantener niveles que signifiquen un buen control metabólico de la diabetes es: glucosa en ayuno entre 80-100 mg/dl, glucosa post comida a 2 horas entre 140 hasta un máximo de 180 mg/dl, y hb glucosilada a1c =o< de 7% . Cambio en el estilo de vida para lograr un peso saludable y un buen control metabólico junto con metformina desde el inicio son el estándar de oro en el inicio de la terapia del paciente diabético. A partir de este momento cada 3 meses debe de evaluarse la respuesta al tratamiento para hacer los cambios oportunos, empezar mezcla de antidiabéticos orales, o combinación con insulina en sus diferentes esquemas con el objetivo de mantener las metas propuestas para un buen control metabólico. Evitar la inercia clínica haciendo los cambios oportunos cada tres meses para lograr este objetivo. Es de hacer notar que el monitoreo ambulatorio de glucosa por los pacientes juega un papel muy importante en la aplicación de estas guías y las decisiones que en cuanto a ajuste y cambio del tratamiento el clínico decidirá en cada evaluación. La insulinización temprana es una tendencia actual en el manejo de estos pacientes tomando en cuenta la preservación de la célula beta, la memoria metabólica y la protección endotelial, siendo actualmente el sistema basal – bolos el que mas beneficios a demostrado con menos hipoglucemia y un adecuado y fisiológico control metabólico. Durante esta conferencia se detallara sobre los algoritmos de manejo e insulinización, donde en la actualidad el paciente toma un papel protagónico en el manejo de su disfunción metabolica educado y supervisado por un medico o equipo multidisciplinario entrenados e interesados en el manejo adecuado

57C. RETINOPATÍA DEL PREMATURO. Dr. Carlos René Maldonado, Oftalmólogo, Hospital Escuela Universitario, Tegucigalpa.

La retinopatía del prematuro es una enfermedad que inicia como una vaso proliferación anormal en la retina del infante prematuro cuyo progreso conlleva a una proliferación fibroglial con una gran posibilidad de de tracción de vítreo, retina y posterior desprendimiento de la retina y ceguera secundaria Se considera que 40.000 prematuros nacen en USA anualmente de los cuales 2100 casos desarrollaran ROP y de los cuales 550 prematuros serán ciegos por esta patología En los recién nacidos se consideran que a menor peso al nacer la posibilidad de desarrollar la enfermedad es mayor al igual que la edad de gestación entre más pequeño de edad mayor riesgo desarrollar la enfermedad así se determina que niños menores de 1500 grs. y menores de 32 semanas son más vulnerables. Dentro de otros factores, la exposición a altas concentraciones de oxigeno al momento del nacimiento puede ser desencadenante de la enfermedad, agregado a esto tenemos que mencionar enfermedades como síndrome de distress respiratorio incluyendo membrana hialina, enfisema intersticial, displasia broncopulmonar, sépsis neonatal, hemorragias intracraneal y múltiples partos e ictericia son tomados también como factores de riesgos. La clasificación de la retinopatía de la prematuras se describe por el estado, localización y extensión de la misma, la enfermedad plus como referencia a la tortuosidad de arterias y venas congestionadas en el polo posterior. El examen debe de realizarse entre las 4 y 6 semana de vida extrauterina para así iniciar tratamiento oportuno, en los pacientes que se sospecha la presencia de ROP se realiza bajo sedación con el fin de poder obtener una mejor evaluación, el tratamiento consiste en laser, crioterapia, y en los casos severos vitrectomia o retinopexia las complicaciones o secuelas de esta patología se puede presentar ambliopía, miopía, estrabismo, macroftalmia, catarata, glaucoma, y ptisis bulbi.

62C. DETECCIÓN DE HIPOACUSIA EN LA INFANCIA. Dr. Lucas Arturo Zelaya Zaldaña, Audiología, Foniatría, Otoneurología, Torre Médica Tepeyac, Hospital Escuela Universitario, Tegucigalpa.

La hipoacusia en la infancia es un reto para la práctica médica actual por las repercusiones que conlleva en los niños el retraso en su identificación y manejo, especialmente motivado porque el desarrollo del lenguaje oral se puede realizar hasta los seis años de edad. El no tener una política en base a normatizaciones no permite estandarizar estudios ni grupos de riesgo a ser estudiados en las diferentes edades de la infancia con toda la gama de posibilidades de patologías que tienen el potencial de cursar con hipoacusia. La

prevalencia de hipoacusia en la infancia es de 1.5 por 1000 con un promedio de 0.8 a 2 por 1000, en los matrimonios con consanguinidad se presenta 12/1000, niños atendidos en unidades de cuidados intensivos neonatales 15/1000. El poder establecer factores de riesgo perinatales, después de los 28 días de nacido y saber que la edad promedio de detección de hipoacusia son los tres años de edad ofrecen el establecer políticas que permitan beneficiar a estos niños de estudios adecuados y de la rehabilitación adecuada para tratar integralmente a los afectados. Las emisiones otoacústicas y los potenciales evocados auditivos del tallo cerebral deben de ser parte de los estudios que realice toda institución que trate niños.

64C. ACTUALIDADES EN EL MANEJO DEL TINNITUS. Dr. Lucas Arturo Zelaya Zaldaña, Audiología, Foniatría, Otoneurología, Torre Médica Tepeyac, Hospital Escuela Universitario, Tegucigalpa.

El Tinnitus es una patología con una incidencia de afectación del 17% de la población su tratamiento ha sido frustrante por la baja tasa de efectividad de los medicamentos y el desconocimiento de la fisiología y físiopatologia. Descripción: el no poder explicar el porqué el tinnitus no se beneficia de un tratamiento farmacológico basado en evidencia ha sido una causa de frustración en el manejo. La aseveración "como no podemos hacer nada por su tinnitus usted tiene que aprender a vivir con él "es errónea y contraproducente. El manejo adecuado del abordaje del tinnitus tiene que considerar los aspectos audiológicos, neurológicos y psicológicos para poder tener el mayor éxito. El modelo neutro fisiológico descrito por Pawel Jastreboff ha sido demostrado a través de modelos animales y estudios de imágenes funcionales. El tratamiento del tinnitus mediante la Terapia de Reentrenamiento de Tinnitus (TRT) ofrece una efectividad del 80% de éxito en el tratamiento de los pacientes después de uno a dos años. Este tratamiento es la base principal del manejo a nivel mundial y los estudios confirman su eficacia.

65C. NEUMONÍA ADQUIRIDA EN LA COMUNIDAD EN NIÑOS. Dr. Omar Mejía Reyes, Pediatra Neumólogo, Instituto Nacional Cardiopulmonar, Tegucigalpa

Las neumonías constituyen la principal causa de morbi-mortalidad en los países en vías de desarrollo. Los virus son los responsables del 80% a 85% de las neumonías en la infancia. Los gérmenes más frecuentes según el grupo de edad son: 1) Recién nacidos: Gram negativos y Streptococcus del grupo B. 2) De 1 a 3 meses: Chlamydia trachomatis 3) En lactantes: Virus, Streptococcus pneumoniae y Haemophilus influenzae. 4) Preescolares y mayores de cinco años: Streptococcus pneumoniae y Mycoplasma pneumoniae. Las manifestaciones clínicas en los lactantes son inespecíficas (fiebre, tos, taquipnea, retracciones torácicas y apneas). Los datos clínicos de consolidación son más fácilmente detectables en niños mayores. En la radiografía de tórax un patrón intersticial sugiere una etiología viral o por gérmenes atípicos; en cambio un patrón lobar, presencia de derrame o cavitaciones orientan a un cuadro bacteriano. El manejo consiste en la administración de oxígeno; líquidos endovenosos cuando el caso lo amerite; manejo de la fiebre y broncodilatadores en pacientes con broncoespasmo. La mayoría no necesitan antibióticos sin embargo, en presencia de neumonía grave o sospecha de neumonía bacteriana (leucocitosis con neutrofilia, reactantes de fase aguda elevados opacidades homogéneas o heterogéneas) deberán iniciarse antibióticos. Los antibióticos se eligen dependiendo de las siguientes características: 1) Recién nacidos: Ampicilina más amikacina. 2) Tres semanas a tres meses, no tóxico con patrón radiológico intersticial: macrólidos. 3) Uno a tres meses, tóxico y sospecha de neumonía bacteriana: ceftriaxona 4) Cuatro meses o más: penicilina cristalina. 5) mayores de 4 meses, no tóxico con patrón radiológico intersticial: macrólidos 6).Niños con neumonía grave: Ceftriaxona mas oxacilina, si no mejora en 48 a 72 horas cambiar a imipenem o meropenem.

RESÚMENES DE TRABAJOS LIBRES

1TL. CARCINOMA DE CÉLULAS TRANSICIONALES EN CÉRVIX: REPORTE DE CASO. Lysien Ivania Zambrano,[1] Selvin Zacaría Reyes García,[1] Edgardo Murillo Castillo.[2] [1]Doctor en Medicina y Cirugía, Egresados de la UNAH, Profesor Titular I de la Unidad de Investigación Científica, FCM UNAH; [2]Patólogo, 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 diagnostico final de Carcinoma de células transicionales invasor del cuello uterino sin lesión en lecho, ganglios, ni margen quirúrgico. **Conclusiones/Recomendaciones: H**ay muy pocos casos de este tipo de Carcinoma documentados en la casuística nacional. Es importante realizar el proceso diagnostico 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.[2] [1]Patólogo, Facultad de Ciencias Médicas, Universidad Nacional Autónoma de Honduras; [2]Doctor 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 Nº 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 multíparas. 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 funcionabilidad 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 Urólogo, 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 Linfocele 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 colangiografia 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 diagnostico 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 Dermatológica 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 trasmisibles, 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 trasmisibles. **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] [1]Unidad de Investigación Científica, Facultad de Ciencias Médicas, (FCM) UNAH; [2]Coordinación General de Postgrados FCM UNAH; [3]Servicio de Parasitología, Departamento de Laboratorios Clínicos, Hospital Escuela; [4]Instituto de Enfermedades Infecciosas y Parasitología Antonio Vidal; [5]Clínica Dirección General de Tránsito, [6]Clínica Baxter, [7]Instituto 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 medula ósea coloreado con Giemsa. Además se contó con un resultado positivo de prueba rápida Kalazar 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] [1]PhD en Epidemiología; [2]Unidad de Investigación Científica, Facultad de Ciencias Médicas, Universidad Nacional Autónoma de Honduras; [3]Postgrado Neurología FCM UNAH; [4]Coordinador 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 25,711personas 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] [1]Preventive Medicine Residency Program, U.S. Army Institute of Public Health, Silver Spring, MD; [2]Unidad de Investigación Científica, Facultad de Ciencias Médicas (FCM), UNAH, Tegucigalpa; [3]Servicio de Parasitología, Departamento de Laboratorios Clínicos, Hospital Escuela Universitario, Tegucigalpa; [4]Instituto de Enfermedades Infecciosas y Parasitología Antonio Vidal, Tegucigalpa; [5]Cesamo Utila; [6]Región Departamental de Salud de Islas de la Bahía, Roatán; [7]Elemento Médico, Fuerza de Tarea Conjunta Bravo, Comayagua; Honduras; [8]US Army Public Health Command Region-South, San Antonio, Texas; [9]US 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] [1]Médico Residente 3er año Postgrado de Pediatría UNAH VS HNMCR HRN Instituto Hondureño Del Seguro Social, HLMV; [2]Neonatólogo Pediatra Jefe de la Sala Neonatos HNMCR.

Antecedentes: En 1946, la Dra. Edith Potter (pionera de la patología perinatal) acuño el termino de síndrome de Potter (secuencia Potter) para describir las características faciales de los bebes 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, epidemiologia, 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 Licona 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 diagnostico, 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 desimanación, 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. Referido 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 computadorizada de tórax resulta especialmente valiosa en el estudio de las adenopatías hiliares y mediastinicas 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 Aviun* complex, los linfomas o la 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 Rusell 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 realizo 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. SINDROME DE RECONSTITUCIÓN INMUNE DESPUES DEL INICIO DE TERAPIA ANTIRRETROVIRAL: LINFADENÍTIS 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 diagnostico 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 diagnostico 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 Chilhood*), 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 (X^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 diagnostico y tratamiento de los tumores abdominales ha sufrido cambios significativos en los últimos años y un mejor pronostico 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 asocio 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 trato de mas 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 reporto 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 adolecente 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 diagnostico 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 mas 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 terminarlas ya que la carga académica es excesiva, Clinimetría: YBOCS: 36, Diagnostico: 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 libración 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". Clinimetria: 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 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 lionización, 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 Zúniga,[3,7] María Luisa Cafferata,[8] Alvaro Ciganda,[8] Pierre Buekens.[9] [1]Unidad de Investigación Científica, Facultad de Ciencias Médicas (FCM), UNAH, Tegucigalpa; [2]Servicio de Parasitología, Departamento de Laboratorios Clínicos, Hospital Escuela Universitario, Tegucigalpa; [3]Instituto de Enfermedades Infecciosas y Parasitología Antonio Vidal, Tegucigalpa; [4]Región Departamental de Salud de Intibucá, La Esperanza; [5]Región Departamental de Salud de Santa Bárbara, Santa Bárbara; [6]Laboratorio Nacional de Vigilancia de la Salud MOH, Tegucigalpa; [7]Programa Nacional de Prevención y Control de la Enfermedad de

Chagas y Leishmaniasis MOH, Tegucigalpa; [8]UNICEM, Montevideo, Uruguay; [9]Tulane 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] [1]Unidad de Investigación Científica, Facultad de Ciencias Médicas, Universidad Nacional Autónoma de Honduras, Tegucigalpa; [2]Servicio de Parasitología, Departamento de Laboratorios Clínicos, Hospital Escuela Universitario, Tegucigalpa;[3]Consejo Editorial Revista Médica Hondureña; [4]Departamento de Patología, Hospital Escuela Universitario, Tegucigalpa; [5]Servicio de Dermatología, Departamento de Medicina Interna, Hospital Escuela Universitario, Tegucigalpa; [6]Centro 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.

ÍNDICE POR AUTOR

Abbott, R 14CP
Aguilar Cruz, M 20TL
Aguilar, M 40C
Alger, J 6CP, 8tl, 10TL, 23, TL, 24T
Alvarenga, L 6TL
Álvarez, C 8C
Arita, O 54C
Avilés, J 52C, 53C
Avilés, R 10TL
Barahona, E 6C
Barrueto , E 39C
Bermúdez, J 7TL, 32C
Buekens, P 23TL
Bustamante, N 23TL
Cafferata, ML 23TL
Camacho, JH 3C
Castillo, X 9C
Castro, D 48C, 49C
Ciganda, A 23TL
Claros, JM 16C, 17C, 18C, 19C
D'Allyrand MAJ 10CP, 11CP
Del Cid, J 23TL
Díaz, JR 12C, 14C, 15C
Díaz, NE 7TL
Escalante, H 6CP
Estrada, M 36C
Falck, CA 16TL
Fortín, C 2CP
Fú Carrasco, L 56C, 57C
Funez, A 27C
Galo, SF 14TL
Garges, E 10TL
García, J 10TL, 23TL
Gómez, JD 42C
Gross, G 10C, 14C, 15C
Guerra Quiñonez, K 21TL
Harrison, J 10TL
Hernández, A 1C
Hernández, M 11TL
Hernández Villela, V 4TL
Herrera, EF 33C, 17TL
Interiano, ME 4C, 5C
Knoop, K 8CP, 12CP, 13CP
Lescano, R 7CP
Lemus, JN 30C
Licona, TS 12TL
López, B 23TL
López Velásquez, DV 7TL
Maldonado, CR 5CP, 45C, 62C
Maldonado, M 20C, 29C
Marie Aguilar GH 18TL
Martínez, P 22C, 23C
Martínez, R 22TL
Mariona, ME 2C
Matamoros, M 59C
Matute, ML 23TL
Medina, M 10TL
Medina, MT 9TL
Mejía, C 35C
Mejía, O 46C
Mejía Reyes, O 65C, 66C
Membreño, L 31C
Molina, M 28C
Murillo Castillo, E 1TL, 2TL
Murillo Figueroa, G 3TL
Olissa, R 15CP
Orellana Folgar M 19TL
Orellana, M 21C
Osorio, FX 7TL
Owens, M 9CP
Pacheco, C 3CP
Pacheco, WA 8TL
Paguada , E 9TL
Palao, KR 24C
Paz, C 51C
Peña, G 25C, 26C
Peralta, C 4CP
Pérez, HJ 8TL
Pineda, S 34C
Ponce, O 47C
Quijada, E 5TL
Quintana, M 10TL
Quintanilla, S 13TL
Reyes, SZ 1TL, 2TL, 5TL, 8TL, 9TL
Rivas, S 60C, 61C
Romero, T 13C, 14C, 15C
Samayoa, E 55C
Sandoval, EA 37C
Sandoval, NJ 6CP, 24TL
Santos, S 11TL
Sierra, M 9TL
Sirias Baca AV 9TL
Suazo, S 11C, 14C, 15C
Tinoco, R 44C
Tróchez, CL 15TL
Valladares, C 23TL
Valladares, E 41C
Valle, L 38C
Velásquez, M 43C
Velásquez, X 1CP, 50CP, 24Tl
Zambrano, L 1TL, 2TL, 8TL, 9TL
Zelaya, L 63C, 64C
Zúniga, C 23TL
Zúniga, Z 7C

LVII CONGRESO MÉDICO NACIONAL

Dr. Marco Antonio Sosa García

RETOS Y DESAFÍOS DE LA MEDICINA FAMILIAR EN EL SIGLO XXI

HOTEL QUINTA REAL, LA CEIBA, ATLÁNTIDA
JULIO 9-12 DE 2014

Pre-Congreso 600
Congreso 2500
Otros 2000

PARA INFORMACIÓN COMUNICARSE A:
Teléfono: (504) 94 78 26 58
Correo E: medico.congreso2014@yahoo.com

COMITÉ ORGANIZADOR

Presidente:	Dirnia Kattina Duarte
Vice Presidente:	Claudia Maradiaga
Secretaria:	María Elena Durón
Fiscal:	Jerry Sabio
Vocal 1:	Leana Rosales
Vocal 2:	Mirtha Letícia Rivera

COMITÉS:

Comité Científico
Dr. Leopoldo Díaz Solano
Dr. Marvin Coello
Dr. Enry Melgar
Dr. Jorge Martínez
Dra. Anne Malone
Dr. Pérez Inestroza

Comité de Finanzas
Dr. Oscar Moreno
Dra. Mercy García
Dr. Jerry Sabio
Dr. Claudia Maradiaga

Comité Social
Dr. José González
Dr. Ernesto Membreno
Dr. Suammi Bermúdez
Dra. Lely Medina

Comité de Logística y Propaganda
Dra. Iliana Rosales
Dra. Liana Gutiérrez
Dra. Mirtha Leticia Rivera
Dra. Yadira Rodríguez
Dra. Aída Lagos
Dra. Carolina Palma
Dra. Digna Monge
Dr. Mario Becerra

Comité de Inscripciones
Dra. Tania Casco
Dra. Karina Peralta
Dra. Vilma Contreras
Dr. Alexis Mecía
Dra. Yolany Alas
Dra. Inés Cruz

Comité de Transporte y Alojamiento
Dr. Gustavo Mejía
Dr. Lizet Portillo
Dr. Pérez Inestroza

INSTRUCIONES PARA LA PREPARACIÓN DE RESÚMENES (CONFERENCIAS Y TRABAJOS LIBRES) DEL CONGRESO MÉDICO NACIONAL PARA SER INCLUIDOS EN EL SUPLEMENTO DE LA REVISTA MÉDICA HONDUREÑA DEL AÑO 2014

Lea las instrucciones antes de comenzar a llenar el formato del resumen, revise ejemplos publicados en el suplemento de la Revista Médica Hondureña el año anterior, ya que las instrucciones se actualizan anualmente (en el ejemplar del suplemento del Congreso Médico Nacional, si no lo tiene, las puede obtener en www.colegiomedico.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, **dicha revista 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 aceptaran trabajos 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 I2, 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 continua: 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, no haber sido enviados para publicación o publicados en revistas previamente y 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.

INSTRUCCIONES PARA ENVIAR RESÚMENES DE TRABAJOS LIBRES Y CONFERENCIAS AL COMENAC 2014

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.

PREMIACIÓN DE TRABAJOS LIBRES

Los trabajos libres serán evaluados y premiados en base a mérito científico, relevancia del tema o los resultados, conformación del equipo investigador, presentación escrita del resumen y presentación oral, por una comisión evaluadora constituida por profesionales de diferentes disciplinas y experiencia en investigación, nombrada por el comité científico y CENEMEC.

FECHA LÍMITE PARA ENTREGA DE RESÚMENES: 31 DE MARZO DE 2014

PATROCINADORES

SANOFI

UNIPHARM

ASOFARMA

ASTRA-ZENECA

FARSIMAN

ROOSTER

ROTTAPHARM

STEIN CORP

PAILL

DIAGNOS

MC

MEDIPRODUCTS

GRUPO MEYKO

SILANES

ROEMMERS

AGENCIA MATAMOROS