



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

# Revista MEDICA Hondureña

ISSN 0375-1112

Vol. 82, (Suplemento No. 1)  
2014 pp. S1-62

**COLEGIO MÉDICO DE HONDURAS**  
**CENTRO NACIONAL DE EDUCACIÓN MÉDICA CONTÍNUA**  
 DELEGACIÓN MÉDICA LA CEIBA

**LXVII CONGRESO  
 MÉDICO NACIONAL**  
**DR. MARCO ANTONIO SOSA**  
 LA CEIBA, HONDURAS, 2014

**MEDICINA INTEGRAL  
 RETOS Y DESAFÍOS**

**CENEMEC:** ■ Pre-Congresos: 1 Punto Oro  
 ■ Congreso: 3 Puntos Oro

**TEMAS:**  
**Cursos Precongresos**

- Avances en Enfermedades Infecciosas Prevalentes.
- Ética Médica.
- Escrituras y Publicación de Artículos Biomédicos

**Congreso**

- Actualizaciones en Pediatría.
- Avances en Ginecología.
- Actualizaciones en Cirugía.
- Avances en Medicina Interna.

Hotel Quinta Real, La Ceiba, Honduras.  
 Del 8 al 11 de Julio, del 2014



# Revista **MEDICA** Hondureña

ISSN 0375-1112

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

**Vol. 82, (Suplemento No. 1)  
2014 pp. S1-62**

Colegio Médico de Honduras  
Centro Comercial Centro América, Blvd. Centro América, Tegucigalpa, Honduras  
Tel. 2232-6763, 2231-0518, Fax 2232-6573  
[www.colegiomedico.hn](http://www.colegiomedico.hn)  
[revistamedicahon@yahoo.es](mailto: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](http://www.colegiomedico.hn)) y en la Biblioteca Virtual en Salud ([www.bvs.hn](http://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 2014-2016

### CUERPO EDITORIAL

#### DIRECTOR

Heriberto Rodríguez Gudiel

#### EDITOR ADMINISTRATIVO

Mayra Carolina Ochoa

#### SECRETARIA

Maura Carolina Bustillo

#### COMITÉ EDITORIAL

Ana Ligia Chinchilla

Rosa María Duarte

Xenia J. Velásquez

Jackeline Alger

#### EDITORES ASOCIADOS

Martha Cecilia García

Odessa Henríquez

José R. Lizardo

Edna Maradiaga

Nicolás Sabillón

Iván Espinoza Salvado

#### 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  
**LVII CONGRESO MÉDICO NACIONAL**

*Dr. Marco Antonio Sosa García*

**Medicina Integral  
Retos y Desafíos**

**Hotel y Centros de Convenciones Quinta Real**

La Ceiba, Honduras, Centro América

08 al 11 de Julio del 2014

# CONTENIDO

## ORGANIZACIÓN DEL CONGRESO

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

## BIENVENIDA

Mensaje de la Secretaría de Asuntos Educativos y Culturales del Colegio Médico de Honduras.....	7
Mensaje de Bienvenida de la Presidencia del Comité Organizador .....	8
Mensaje de Bienvenida de la Presidencia del Comité Científico .....	9
Palabras de Inauguración de la Presidencia del Colegio Médico de Honduras con motivo del LVII Congreso Médico Nacional .....	10
Reseña Biográfica del Dr. Marco Antonio Sosa García (Q.D.D.G.).....	11

## PROGRAMA CIENTÍFICO

Cursos Pre- Congreso.....	13
Conferencias y Trabajo Libres.....	16
Programa de Ceremonia Inaugural .....	22
Programa de Ceremonia de Clausura.....	23
Programa Socio-Cultural .....	24

## RESÚMENES

Resúmenes de conferencias de Pre-congresos.....	25
Resúmenes de conferencias magistrales.....	30
Resúmenes de trabajos libres.....	41

INDICE POR AUTOR .....	57
------------------------	----

INFORMACIÓN SOBRE EL LVIII CONGRESO MÉDICO NACIONAL 2015.....	58
---	----

INSTRUCCIONES PARA LA PREPARACIÓN DE RESÚMENES CONGRESO MÉDICO NACIONAL AÑO 2015.....	59
---	----

PATROCINADORES .....	62
----------------------	----

# ORGANISMO DE GOBIERNO DEL COLEGIO MÉDICO DE HONDURAS (CMH)

PERIODO 2014-2016

JUNTA DIRECTIVA



**De pie, de izquierda a derecha**

Dr. Carlos Guerra Franco

Dr. José Enrique Samayoa

Dr. Raúl Trejo Bustillo

Dr. Elmer Sady Mayes Cisneros

Dr. Oscar Arnaldo Carranza

Dr. Marcial Alejandro Zúniga

Dr. Julio Colindres

Secretario de Finanzas

Vicepresidente

Secretario Acción Social y Laboral

Presidente

Fiscalía

Vocalía

Secretario de Colegiaciones

**Sentadas, de izquierda a derecha**

Dra. Mayra Carolina Ochoa

Dra. Blanca Carolina Lagos

Presidenta del Centro Nacional de Educación Médica  
Continua (CENEMEC)

Secretaria de Actas y Correspondencia

# COMITÉ ORGANIZADOR DEL LVII CONGRESO MÉDICO NACIONAL



**Presidenta:**

Dra. Claudia E Maradiaga López

**Secretaria:**

Dra. María Elena Durón Valeriano

**Tesorero:**

Dr. Oscar Moreno

**Fiscal:**

Dr. Jerry F. Sabio Amaya

**Comité Científico:**

Dr. Leopoldo Díaz Solano (Presidente)

Dra. Ann Janeth Malone, Dr. Jorge Luis Martínez

Dra. Daysi Guardiola, Dr. Mauricio Pérez Inestroza

**Comité Social y Cultural:**

Dr. José González (Presidente)

Dr. Edward Anthony Buchanan Stanley

Dr. Suamy Bermúdez, Dra. Dirnia Duarte

Dr. Ernesto José Membreño

**Comité Logística:**

Dra. Ninfa C. Germer (Presidente)

Dra. Karina Peralta, Dra. Vilma A. Contreras

Dra. Laura I. Navarro C., Dra. Digna Monje

Dra. Yolani Alas

**Comité de Publicidad:**

Dr. Jorge Elías Canahuati (Presidente)

**Comité de Alojamiento - Transporte:**

Dr. Darwin Alexander Maldonado Medina  
(Presidente).

Dra. Sophia Barjum, Dra. Noelmy Arzú C.

## MENSAJE DE LA SECRETARÍA DE ASUNTOS EDUCATIVOS Y CULTURALES DEL COLEGIO MÉDICO DE HONDURAS



Es un honor y orgullo como Presidenta del Centro Nacional de Educación Médica Continua (CENEMEC) darles la más cordial bienvenida al máximo evento científico que patrocina el Colegio Médico de Honduras, en su LVII edición. La ciudad puerto de La Ceiba será la sede que facilitará tan magno evento, al recibir con su acostumbrada hospitalidad a todo el gremio médico e invitados especiales e internacionales.

El carácter multidisciplinario del Congreso Médico Nacional cumple su objetivo, al desarrollar el tema “Medicina Integral Retos y Desafíos”, fortaleciendo así nuestra visión de concebir al paciente como un todo y un ser humano integral. Es de mucha satisfacción promover, desde esta Secretaría de Asuntos Educativos y Culturales, ésta concepción humana de la medicina ya que nos invita a fomentar el apostolado de la medicina.

Asimismo, quiero expresar mi agradecimiento a la actual Junta Directiva por todo el apoyo brindado y mi reconocimiento al esfuerzo, dedicación y empeño que el Comité Organizador ha puesto, para brindarles un evento de alta calidad científica y cultural.

En especial, destacar la labor realizada por el Comité Científico y el Consejo Editorial de la Revista Médica Hondureña, al impulsar la presentación de Trabajos Libres para fomentar la investigación científica en beneficio de la academia, de la población y de nuestro país.

Agradezco a Dios la oportunidad de servir en ésta Secretaría, con la convicción que con la realización de este LVII Congreso Médico Nacional podamos contribuir al desarrollo de la Educación Médica Continua, propiciar las relaciones culturales, académicas, gremiales y amistosas entre los y las colegas nacionales e internacionales.

Dra. Mayra Carolina Ochoa  
Secretaria de Asuntos Educativos y Culturales  
Colegio Médico de Honduras

## MENSAJE DE BIENVENIDA DE LA PRESIDENCIA DEL COMITÉ ORGANIZADOR

Estimados Colegas:

Es un honor dirigirme a ustedes por este medio, en el marco del LVII Congreso Médico Nacional 2014 “Dr. Marco Antonio Sosa García” que tenemos el grato placer de celebrar este magno evento científico-cultural, en nuestra bella ciudad de La Ceiba la capital del turismo y la novia de Honduras.

Este año hemos elegido el tema de Medicina Integral, Retos y Desafíos, a la vez esperamos lograr que se implemente el Post-grado de Medicina Familiar en esta Ciudad. Para ello hemos unido nuestro máximo esfuerzo y empeño para que este evento sea un éxito y llene todas las expectativas para que las autoridades de la UNAH; Secretaría de Salud y Colegio Médico de Honduras puedan acreditar dicho post-grado que sería una nueva alternativa de estudio para nuestros colegas que estén interesados en el mismo. Se ha decidido dedicar este congreso al Dr. Marco Antonio Sosa García, quien a pesar de ya no encontrarse físicamente con nosotros dejó su huella a través del tiempo en nuestro gremio y en nuestra ciudad. Fue Sub Director del Hospital Regional Atlántida (HRA), profesor ad-honorem por 19 años de la Facultad de Medicina con el Internado Rotatorio en Hospital Vicente D`Antoni y en dicho HRA, honorable diputado al Congreso Nacional de la República, fue uno de los fundadores de la Asociación Médica Ceibeña. No se puede dejar de destacar su participación activa en la Gestión para la Pro-construcción del Hospital Regional Atlántida de esta ciudad, y de la ley dl adulto Mayor y la ley de protección de los paciente viviendo con VIH/ Sida. El Dr. Sosa fue un médico de generaciones que con su calidad humana y don de servicio enseñó este apostolado.



Finalmente agradezco a todas las personas, especialmente a los colegas del comité organizador, que fueron un bastión muy importante en la realización de este evento científico y cultural, a la Junta Directiva del Colegio Médico y a ustedes quien con su presencia dan realce a dicho evento.

Dra. Claudia Elisa Maradiaga López  
Presidente del Comité Organizador

## MENSAJE DE BIENVENIDA DE LA PRESIDENCIA DEL COMITÉ CIENTÍFICO

El Comité Científico del LVII Congreso Médico Nacional 2014 del colegio médico de Honduras con particular placer; honor y orgullo les da la bienvenida, “La Ceiba para todos, que bonita mi Ciudad”. Disfruten de la hospitalidad, de la belleza de la ciudad y sus alrededores. El programa de este magno evento ofrece cursos y temas de importancia actual cuidadosamente seleccionados.

La ejecución fue elaborada sobre los fundamentos de la evidencia científica, integración de conocimientos, calidez, respeto del paciente y atención primaria. Se planificó tres cursos pre congresos con un total de veinte y cinco conferencias magistrales, ofrecidas por catorce expositores nacionales y un internacional. El congreso cuenta con cincuenta y nueve conferencias presentadas por treinta y dos expositores nacionales y ocho internacionales, un simposio y treinta trabajos libres.

Las actualizaciones ofrecidas en los temas del programa científico, les brindará a ustedes, y con ello a nuestros pacientes, seguridad en su salud, prevención, evaluación de la protección con calidez. Médicos Nacionales presentaran trabajos de experiencia y de investigación debidamente seleccionados.

A todos les invitamos que disfruten de los eventos sociales. Elijan la diversidad de posibilidades turísticas que brinda La Ceiba.

Bienvenidos a La Ceibita la Bella.

Dr. Leopoldo Díaz Solano  
Presidente Comité Científico



## **PALABRAS DE INAUGURACIÓN DE LA PRESIDENCIA DEL COLEGIO MÉDICO DE HONDURAS CON MOTIVO DEL LVII CONGRESO MÉDICO NACIONAL**

La Educación Médica Continua constituye una parte muy importante de la práctica médica actual. La práctica de la medicina es dinámica y evoluciona constantemente, día a día, no terminando sino hasta que existe el verdadero retiro activo del ejercicio médico. Su objetivo es preparar a los médicos en ejercicio para aplicar los últimos descubrimientos científicos en la prevención y tratamiento de enfermedades, además de las normas éticas de pensamiento y conducta del médico. Todos los médicos tienen la responsabilidad consigo mismo y con la profesión de mantener altos niveles de formación médica. En nuestro país, tradicionalmente se habla de formación médica continuada, centrada en cursos y congresos. Sin embargo el desarrollo tecnológico actual, impone la necesidad de utilizar las nuevas tecnologías de comunicación virtual e incorporar conocimientos y habilidades sociales y de gestión, focalizándose en las necesidades de cada médico y los aspectos prácticos del ejercicio profesional, para proyectarnos al siglo XXI en el que vivimos.



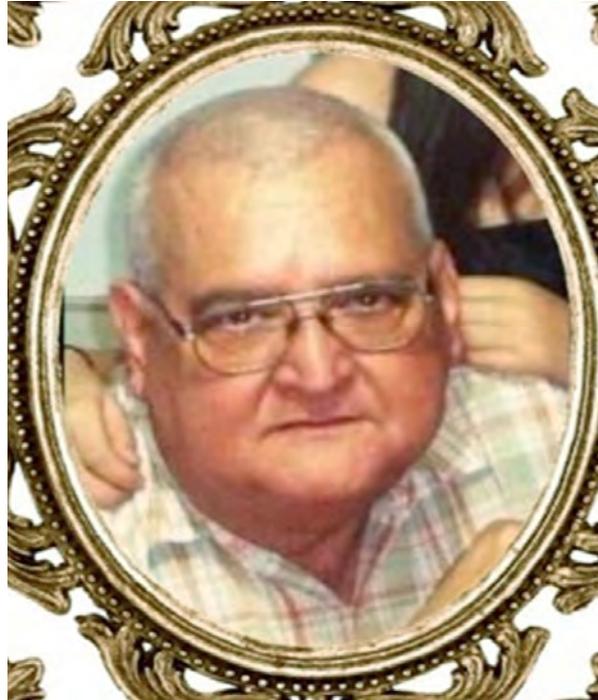
Considero que ha llegado el momento para desarrollar las plataformas virtuales de educación médica continua que permitirán contar con diversos recursos de apoyo para la práctica médica, como: artículos médicos, acceso a bibliotecas digitales, congresos médicos nacionales e internacionales, webcast con especialistas, retos de diagnósticos en línea, invitaciones para eventos de especialidades y medicina en general, registros en línea y control digital de asistencia, etc. Esta Junta Directiva ha iniciado un proceso de implementación de los recursos necesarios para que este sueño del gremio médico hondureño sea realizado en fechas próximas; lo que originará pronto además, la formación del COMITÉ DE CERTIFICACION MEDICA, que nuestros reglamentos establecen ya como una necesidad, para ejercer la medicina con los estándares más altos en nuestro país.

Es precisamente en este Congreso Médico Nacional en la bella ciudad de la Ceiba, que va a ser pionero en el inicio de dichas actividades de tipo virtual, con la primera transmisión en nuestro país, vía Web, de por lo menos una conferencia de Educación Médica Continua, que podrá ser vista entonces por nuestros agremiados durante su transmisión o en un momento posterior en la comodidad de sus casas. En el año en que nuestra organización cumple su 52 aniversario, quiero darles la cordial y cálida bienvenida a nuestra actividad máxima de educación médica continua, el CONGRESO MÉDICO NACIONAL 2014, desde esta bella ciudad de la Ceiba, que los ha esperado con los brazos abiertos. Esperamos con todo nuestro corazón, que esta actividad sea para ustedes de utilidad máxima.

**SALUD COLEGAS**

Dr. Elmer Sady Mayes Cisneros  
Presidente Colegio Médico de Honduras

## RESEÑA BIOGRÁFICA DEL DR. MARCO ANTONIO SOSA GARCÍA (Q.D.D.G.)



Un día 15 de Diciembre de 1945 nace un hermoso niño que sus padres llamaron Marco Antonio Sosa García; ambos padres hondureños y nativos de esta ciudad de La Ceiba. Realizó estudios de Secundaria en el Instituto Manuel Bonilla y luego realizó estudios universitarios en la Facultad de Medicina en la Universidad Nacional autónoma de Guadalajara, Jalisco, México. Se gradúa como Médico y Cirujano, luego obtuvo su postgrado en Medicina Interna en el Hospital Escuela.

Contrajo nupcias con Elvia Lima, conviviendo una vida matrimonial por 38 años, en la cual procrearon 5 hijos. Hombre sencillo que amaba su profesión, dedicado a su familia y a sus pacientes, de principios y de valores, siempre dispuesto a colaborar con los más necesitados. Con su ejemplo supo ser amigo y compañero leal y atento. Es uno de los fundadores de la Asociación Médica Ceibeña, Colegio Médico de Honduras. El Dr. Sosa ejerce su vocación de servicio como Médico Internista en el Hospital Vicente D'Antoni, Sub-Director del Hospital Atlántida Integrado, como Jefe del Servicio de Medicina Interna. Apoyaba su práctica con una vasta experiencia y permanente actualización en congresos y Jornadas dentro de su gremio. Muchos de sus pacientes en el sector público lo denominaban el médico del pueblo. Incursionó en el mundo de la política y llegó a ser Diputado del soberano Congreso Nacional en la administración del Gobierno del Ing. José Simón Azcona (1986-1990), teniendo como logros que beneficiaron la salud y calidad de muchos hondureños, al gestionar en 1998 por la construcción de un nuevo Hospital para la ciudad de La Ceiba, hecho que hoy beneficia a muchos ciudadanos de Atlántida, Colon, Islas de la Bahía, Yoro y La Mosquitia.

Por su inmensurable devoción a su gremio, fue maestro ad-honorem por 19 años en la Facultad de Medicina, Universidad Nacional Autónoma de Honduras, en el Internado Rotario en el Hospital Vicente D'Antoni y Hospital Regional Atlántida, transmitiendo a muchas generaciones de médicos toda su vasta experiencia en este apostolado de la medicina. Fue llamado por generaciones de estudiantes como "El Maestro". Brindó mucha cooperación a asociaciones médicas y grupos políticos de la zona. También fue co-actor de la Ley de Protección al Enfermo viviendo con VIH/Sida, que permitió a estos pacientes el trabajar y llevar una vida sin restricciones ni discriminaciones y recibir tratamiento médico gratuito como un derecho ciudadano. Además fue co-actor de la Ley de Protección que favorece a todos los Hondureños de la tercera edad conocida como la "Ley de la Tercera Edad" misma que se creó con las expectativas para que todos los que estén viviendo en la tercera edad no solo reciban una prolongación de vida si no un trato más humanizado y una mejor calidad de vida.

EL Dr. Sosa era el médico de apoyo de los pacientes viviendo con VIH/SIDA en el Centro de Atención Integral de La Ceiba durante muchos años hasta su jubilación. Prestó sus servicios profesionales en el Seguro Social de La Ceiba y estando en sus labores sufrió un infarto cardiaco que le provocó su muerte. Sus hijos Marco Antonio, Marlon, Bessy y Gabriela, están agradecidos con Dios y la vida por el padre que tuvieron la suerte de tener en cuyo ejemplo aprendieron a vivir.

# PROGRAMA CIENTÍFICO DEL LVII CONGRESO MÉDICO NACIONAL 2014 LA CEIBA

MARTES, 8 DE JULIO, 2014  
HOTEL QUINTA REAL, SALÓN PALESTINA.

## CURSOS PRECONGRESO

### CP 101 AVANCES EN EL DIAGNOSTICO, MANEJO Y PREVENCIÓN DE ENFERMEDADES INFECCIOSAS PREVALENTES EN HONDURAS

HORA	CODIGO	TEMA/EXPOSITOR
MODERADOR: Dr. Enry Melgar.		
08:00-08:15		Inauguración. / Dra. Claudia Maradiaga.
08:15-08:45	1CP	VIH/SIDA. Lecciones Aprendidas. /Dra. Wendy Moncada.
08:45-09:15	2CP	Candidemia, Actualización y Manejo. /Dr. Tito Alvarado.
09:15-9:45	3CP	Hongos Filamentosos, <i>Aspergillus</i> , <i>Mucor</i> , <i>Fusarium</i> . /Dr. Tito Alvarado.
09:45-10:15	4CP	Infección por Virus de Dengue y Chikungunya: Similitudes y diferencias. /Dra. Elsa Palou.
10:15-10:45	5CP	Uso racional de antibióticos, consecuencias y propuestas. /Dr. Tito Alvarado.
10:45-11:05 Preguntas y Respuestas		
11:05-11:25 Receso		
MODERADOR: Dr. Suamy Bermúdez.		
11:25-11:55	6CP	Abordaje clínico y epidemiológico de la malaria complicada. /Jackeline Alger, MD, PhD
11:55-12:25	7CP	Enfermedades inmunoprevenibles en el adulto. /Dra. Elsa Palou.
12:25-12:55	8CP	Leishmaniasis: Epidemiología, Diagnóstico y Tratamiento. / Dr. Concepción Zúniga.
12:55-13:25	9CP	Actualidades en el Manejo de Hepatitis C. /Dr. Tito Alvarado.
13:25-13:55	10CP	Infección aguda por VIH. /Dra. Wendy Moncada.
13:55-14:25	11CP	Influenza: Actualización. /Dra. Elsa Palou.
14:25-14:45 Preguntas y Respuestas		

**PROGRAMA CIENTIFICO DEL LVII CONGRESO MÉDICO NACIONAL 2014  
LA CEIBA**

CP: Conferencia de Pre-congreso.

**MARTES, 8 DE JULIO, 2014  
HOTEL QUINTA REAL, SALÓN PALESTINA.**

**CURSOS PRECONGRESO**

**CP 102 BIOETICA**

<b>HORA</b>	<b>CODIGO</b>	<b>TEMA/EXPOSITOR</b>
MODERADOR: Dr. Jerry Sabio		
08:00-08:10		Palabras presidente del Colegio Médico de Honduras. /Dr. Elmer Sady Mayes.
08:10-08:20		Palabras Presidenta del Centro de Educación Continua. CENEMEC, Coordinadora del Comité de Ética. /Dra. Mayra Ochoa.
08:20-08:50	12CP	Relaciones de los médicos ante la sociedad. /Dr. Elmer Sady Mayes.
08:50-9:20	13CP	La objeción de conciencia en la práctica médica. /Dra. Carolina Fortín.
09:20-09:50	14CP	Relación medico paciente. /Dra. Mayra Ochoa.
09:50-10:20	15CP	Alta exigida. /Dra. Carolina Fortín.
10:20-10:50	16CP	Ética en la actividad académica. /Dra. Xenia Velásquez.
10:50-11:05 Preguntas y Respuestas		
11:05-11:25 Receso		
11:25-11:55	17CP	Ética y mercadeo médico. /Dr. Carlos Maldonado.
11:55-12:25	18CP	Secreto médico. /Dr. Julio Colindres
12:25-12:45	19CP	Aspectos éticos en la salud pública y epidemiología. /Dr. Carlos Maldonado
12:45-13:00 Preguntas y Respuestas. Clausura.		

**PROGRAMA CIENTIFICO DEL LVII CONGRESO MEDICO NACIONAL 2014  
LA CEIBA**

CP: Conferencia de Pre-congreso

**MARTES, 8 DE JULIO, 2014  
HOTEL QUINTA REAL, SALÓN PALESTINA**

**CURSOS PRE-CONGRESOS**

**CP 103 ESCRITURA Y PUBLICACIÓN DE ARTICULOS BIOMEDICOS**

<http://www.bvs.hn/RMH/html/revista.html>

<http://www.colegiomedico.hn/RMH/html/revista.html>

<b>HORA</b>	<b>CODIGO</b>	<b>TEMA / EXPOSITOR</b>
MODERADORA: Dra. Ann Malone		
13:00-13:10		Bienvenida. Objetivos del Curso. /Dra. Mayra Ochoa. Secretaria de Asuntos Educativos y Culturales.
13:10-13:40	20CP	Reseña histórica de la revista médica hondureña. /Dr. Heriberto Rodríguez Director RMH.
13:40-14:10	21CP	Empezando y estructurando su artículo, resultados, cuadros y figuras. /Jackeline Alger, MD, PhD. Consejo Editorial RMH.
14:10-14:40	22CP	Materiales / sujetos y métodos. /Dra. Edna Maradiaga. Editorial RMH.
14:40-15:10	23CP	Conflicto de interés y consideraciones éticas para autores y editores. /Dr. Kevin Knoop, Fuerza Naval. USA.
15:10-15:25 Preguntas y Respuestas		
15:25-15:40 Receso		
15:40-16:10	24CP	Discusión. /Dra. Edna Maradiaga.
16:10-16:40	25CP	Publicación biomédica en revistas internacionales en idioma inglés. /Dr. Kevin Knoop. Fuerza Naval USA.
16:40-17:00 Preguntas y Respuestas. Clausura		

**PROGRAMA CIENTIFICO DEL LVII CONGRESO MEDICO NACIONAL 2014  
LA CEIBA**

C: Conferencia

TL: Trabajos libres

**MIÉRCOLES, 9 DE JULIO, 2014  
HOTEL QUINTA REAL, SALÓN MAJESTIC**

<b>HORARIO</b>	<b>CODIGO</b>	<b>TEMA / EXPOSITOR</b>
MODERADOR: Dr. Rafael Nasser		
08:15-08:45	1C	El Médico familiar en el sistema de salud. /Dr. Ricardo E. Castellón.
08:45-09:15	2C	Americanos en Movimiento: Intervenciones saludables (AIM-HI). /Dra. Montserrat Abadie.
09:15-9:45	C3	Actualización en el manejo de la hipertensión arterial /Dr. Rubén Hernández.
09:45-10:15	4C	Sistema de salud en el mundo. /Dr. Ricardo E. Castellón.
10:15-10:45	5C	Visitas de grupos para el manejo de enfermedades crónicas. /Dra. Montserrat Abadie.
10:45-11:05 Preguntas y Respuestas		
11:05-11:25 Receso		
MODERADOR: Dr. Jorge Luis Martínez.		
11: 25-11:55	6C	Cuidados paliativos para pacientes en estado terminal. /Dr. Rubén Hernández
11:55-12:25	7C	El hogar medico centrado en el paciente. /Dr. Ricardo E. Castellón.
12:25-12:55	8C	Recomendaciones para los servicios clínicos preventivos por la Academia Americana de Medicina Familiar. / Dra. Montserrat Abadie.
12:55-13:25	9C	El nuevo modelo nacional de salud de honduras, avances y desafíos. /Dr. Alcides Martínez
13:25-13:40	1TL	Sistema Sanitario: Capacidad de respuesta limitada detectada en referencias para atención Quirúrgica. /Dra. Bessy Mejía.
13:40-14:10	10C	El pensum de medicina familiar. /Dr. Rubén Hernández
14:10-14:25	2TL	Enfermedad de Chagas, Modelo de control alternativo: Experiencia en Honduras, América Central. /Dr. Concepción Zúniga.
14:25-14:40	3TL	Caracterización Clínico-Epidemiológica y supervivencia de los pacientes VIH con Tuberculosis Pulmonar. /Dra. Blanca Martínez.
14:40-15:10	11C	Manejo actual de úlceras venosas. /Dr. Nelson Bobadilla
15:10-15:25 Preguntas y Respuestas		

**PROGRAMA CIENTIFICO DEL LVII CONGRESO MEDICO NACIONAL 2014  
LA CEIBA**

C: Conferencia

TL: Trabajos Libres

**MIÉRCOLES, 9 DE JULIO, 2014  
HOTEL QUINTA REAL, SALÓN PALESTINA**

<b>HORA</b>	<b>CODIGO</b>	<b>TEMA / EXPOSITOR</b>
MODERADOR: Dr. Nelson Bobadilla		
08:15-08:45	12C	Importancia del manejo del dolor como el quinto signo vital. /Dr. Benjamín Jacobs Suasnavar.
08:45-09:15	13C	Previsión y diagnóstico de la TVP en pacientes médicos y quirúrgicos. /Dr. Carlos Vásquez.
09:15-09:45	14C	Analgesia multimodal: rol de los AINES y opioides en el control del dolor. /Dr. Benjamín Jacobs Suasnavar
09:45-10:15	15C	Tratamiento y rehabilitación en pacientes con enfermedad tromboembólica venosa. /Dr. Carlos Vásquez.
10:15-10:45	16C	Estado del arte en el manejo de hipertensión pulmonar. /Dr. Jorge Luis Martínez
10:45-11:05 Preguntas y Respuestas		
11:05-11:25 Receso		
MODERADOR: Dr. Juval Valerio		
11:25-11:55	17C	Urgencias oftalmológicas no traumáticas. /Dra. Karla Campbell.
11:55-12:10	4TL	Caracterización clínica y epidemiológica de los pacientes evaluados en el Servicio de Oftalmología Pediátrica, Hospital Escuela Universitario, con diagnóstico de retinoblastoma. /Dr. Carlos Maldonado.
12:10-12:25	5TL	Caracterización clínica y epidemiológica de las emergencias oftalmológicas atendidas en el Hospital Escuela Universitario. /Dr. Carlos Maldonado.
12:25-12:40	6TL	Aspergillosis invasiva de senos paranasales. /Dr. Tito Alvarado.
12:40-12:55	7TL	Anestesia Regional: Casos complicados y factores Asociados. /Dra. Ana Rosa Prince.
12:55-13:10	8TL	Nocardiosis diseminada. /Dr. Tito Alvarado.
13:10-13:25	9TL	Histoplasmosis vertebral. /Dr. Tito Alvarado.
13:25-13:55	18C	Pancreatitis aguda. /Dra. Susana Pineda.
13:55-14:10	10TL	Pólipo en adenocarcinoma <i>in situ</i> de colédoco distal en una paciente de 34 años con hepatitis autoinmune. /Dra. Wendy Núñez.
14:10-14:40	19C	Manejo del sangrado agudo por varices esofágicas. /Dra. Susana Pineda.
14:40-14:55	11TL	Colecistectomía laparoscópica ambulatoria: Una alternativa para reducir costo en hospitales públicos de Honduras. /Dra. Erika Blanco.
14:55-15:10	12TL	Menor porcentaje de recurrencia en cáncer cérvico-uterino localmente avanzado con tratamiento médico-quirúrgico. /Dra. Claudia Calderón
15:10-15:25 Preguntas y Respuestas		

**PROGRAMA CIENTÍFICO LVII CONGRESO MÉDICO NACIONAL 2014.  
LA CEIBA**

C: Conferencia

TL: Trabajos Libres

**JUEVES, 10 DE JULIO, 2014  
HOTEL QUINTA REAL, SALÓN MAJESTIC**

<b>HORA</b>	<b>CODIGO</b>	<b>TEMA/EXPOSITOR</b>
MODERADOR: Dr. Ivis Palacios		
08:15 - 8:40	20C	Abordaje del shock en pediatría. /Dr. Rigoberto Mejía.
08:40 - 9:05	21C	Actualización del asma en el paciente pediátrico. /Dra. Mirna Juárez.
09:05-9:30	22C	Prevención de infecciones: lavado de manos. /Dra. Elham Mandegari.
09:05 - 9:30 am	21 C	Prevención en Infecciones: Lavado de Manos/Dra.ElhamMandegari
9:30 - 9:55	23C	Reconociendo al niño con sepsis neonatal. /Dra. Ileana Rosales.
09:55 - 10:20	24C	Reconocimiento primario del niño grave. /Dr. Rigoberto Mejía.
10:20-10:35	13TL	Síndrome de Pendred. /Dr. Guillermo Villatoro.
10:35-10:50	14TL	Gigantismo. /Dra. Lesby Espinoza.
10:50 -11:05 Preguntas y Respuestas		
11:05-11:20 Receso		
11:20 -11:55	25C	Neumonía adquirida en la comunidad en pediatría. /Dra. Mirna Juárez
11:55 -12:25	26C	Uso adecuado de antibióticos. /Dra. Elham Mandegari.
12:25-12:55	27C	Seguimiento del recién nacido patológico. /Dra. Ileana Rosales.
12:55-13-10	15TL	Síndrome de Barakat. /Dr. Guillermo Villatoro.
13:10 -13:25	16 TL	Hiperparatiroidismo secundario a adenoma paratiroideo. /Dra. Lesby Espinoza.
13:25-13:40	17TL	Síndrome de Rogers. /Dr. Guillermo Villatoro.
13:40-14:10	28C	Eczema: diagnóstico diferencial. /Dra. Cinthia Espinoza
14:10-14:25	18TL	Papilomatosis confluyente reticulada. /Dra. Johana Bermúdez.
14:25-14:40	19TL	Expresiones Clínicas Comunes de Atopia en pacientes de Hospital Escuela Universitario. /Dr. Vladimir Guzmeli Vásquez.
14:40-14:55	20TL	Estilos de vida saludables en estudiantes de Medicina de la Facultad de Ciencias Médicas UNAH, 2011. Dra. Johana Bermúdez.
14:55-15:10 Preguntas y Respuestas		

**PROGRAMA CIENTÍFICO DEL LVII CONGRESO MÉDICO NACIONAL 2014.  
LA CEIBA**

C: Conferencia

TL: Trabajos Libres

**JUEVES, 10 JULIO, 2014  
HOTEL QUINTA REAL, SALÓN PALESTINA**

<b>HORA</b>	<b>CÓDIGO</b>	<b>TEMA/EXPOSITOR</b>
MODERADOR: Dr. Díaz Solano		
08:15 – 08:45	29 C	Patología benigna de la mama. /Dr. Manuel Maldonado.
08:45-09:15	30C	Tamizaje ecográfico del primer trimestre del embarazo. /Dra. Mónica García.
09:15-09:45	31C	Dermatosis y embarazo/Dra. Cinthia Espinoza
09:45-10:15	32C	Tamizaje ecográfico del segundo trimestre del embarazo. / Dra. Mónica García.
10:15-10:45	33C	Cáncer de mama. /Dr. Manuel Maldonado.
10:45-11:00 Preguntas y Respuestas		
11:00-11:20 Receso		
MODERADORA: Dra. Ann Malone		
11:20-11:50	34C	Prolapso de órganos pélvicos. /Dr. Kristian Navarro.
11:50-12:20	35C	Pruebas de tamizaje en oncología. /Dra. Alejandra Zavala.
12:20-12:50	36C	Abordaje en la incontinencia urinaria de esfuerzo. /Dr. Kristian Navarro.
12:50-13:20	37C	Impacto de la terapia blanco en oncología. / Dra. Alejandra Zavala.
13:20-13:50	38C	Lumbalgia: actualización. /Dr. Roberto Álvarez.
13:50-14:05	21TL	El papel de los hospitales de tercer nivel en la vigilancia y respuesta ante la malaria: Experiencia del Hospital Escuela Universitario. /Jackeline Alger, MD, PhD
14:05- 14:35	39C	T.A.C. como herramienta diagnostica en el trauma encefalocraneano. /Dr. Roberto Álvarez.
14:35-14:50	22TL	Prevalencia de tuberculosis pulmonar en pacientes con VIH/SIDA y factores asociados. C.A.I., Danli, El Paraíso. /Dra. Gilma Murillo.
14:50-15:05 Preguntas y Respuestas		

**PROGRAMA CIENTÍFICO DEL LVII CONGRESO MÉDICO NACIONAL 2014  
LA CEIBA**

C: Conferencia

TL: Trabajos Libres

**VIERNES, 11 DE JULIO, 2014  
HOTEL QUINTA REAL, SALÓN PALESTINA**

<b>HORA</b>	<b>CÓDIGO</b>	<b>TEMA/ EXPOSITOR</b>
MODERADOR: Dr. Mauricio Pérez		
08:15-08:45	40C	Enfoque quirúrgico del infarto agudo de miocardio. /Dra. Arleth Dacosta.
08:45-09:15	41C	Avance en el tratamiento de las quemaduras. /Dr. Rider Andino.
09:15-09:45	42C	Insuficiencia respiratoria del adulto. /Dr. Denis Mateo Zelaya.
09:45-10:15	43C	Abordaje de la comunicación inter ventricular. /Dra. Arleth Dacosta.
10:15-10:45	44C	Seguridad peri-operatoria en cirugía estética. / Dr. Rider Andino.
10:45-11:05 Preguntas y Respuestas		
11:05-11:25 Receso		
MODERADOR: Dr. Jorge Luis Martínez.		
11:25-11:55	45C	Avances en microbiota intestinal. /Dr. José Fernando Menéndez
11:55-12:25	46C	Síndrome compartamental del abdomen. /Dr. Denis Mateo Zelaya.
12:25-12:55	47C	Avances en el diagnóstico y tratamiento de esclerosis múltiple. /Dr. Luis Cesar Rodríguez.
12:55-13:25	48C	Enfermedad arterial periférica. Manejo médico- quirúrgico. / Dr. Nelson Bobadilla
13:25-13:55	49C	Actualizaciones sobre el uso de anticoagulantes orales en la enfermedad cerebro-vascular isquémica. /Dr. Luis Cesar Rodríguez.
13:55-14:10	23TL	Análisis de los trabajos científicos originales de medicina interna publicados en la Revista de los Post-gradados de Medicina en el Periodo 2000-2010. /Dra. Mabelyn Palacios.
14:10-14:40	50C	Cirugía del control del daño en ortopedia. /Dr. Mauricio Pérez
14:40-14:55 Preguntas y Respuestas		

**PROGRAMA CIENTÍFICO DEL LVII CONGRESO MÉDICO NACIONAL 2014.  
LA CEIBA**

C: Conferencia

TL: Trabajos Libres

**VIERNES, 11 DE JULIO, 2014  
HOTEL QUINTA REAL, SALÓN MAJESTIC**

<b>HORA</b>	<b>CÓDIGO</b>	<b>TEMA/EXPOSITOR</b>
MODERADOR: Dr. Suamy Bermúdez		
08:15-08:45	51C	Epidemiología y fisiopatología del envenenamiento por mordedura de serpientes en Centro América. /Dr. José María Gutiérrez.
08:45-09:15	52C	Eficacia de los Inhibidores de dipeptidil peptidasa-4 (DPP4) en el tratamiento de la diabetes. /Dr. Paul Frenk.
09:15-09:45	53C	Tratamiento del envenenamiento por mordedura de serpientes en Centro América. /Dr. José María Gutiérrez.
09:45-10:00	24TL	Ofidismo en el Hospital Regional Israel Salinas Elvir del IHSS, San Pedro Sula. /Dr. Oscar Ponce Barahona.
10:00 -10:30	54C	Diabetes Mellitus Tipo II /Dr. Paul Frenk.
10:30-10:50 Preguntas y Respuestas		
10:50-11:20 Receso		
MODERADOR: Dr. José Roberto González.		
11:20-11:50	55C	Trauma quirúrgico militar. /Dr. Jacob Stephenson.
11:50-12:20	56C	Evaluación del paciente en trauma. /E.E. Craig Rogers.
12:20-12:50	57C	Reemplazo de líquidos en trauma. /Dr. Michael Owens.
12:50-13:25	58C	Nuevas técnicas en el control de hemorragia traumática enfocado en torniquetes y agentes hemostáticos. /Dr. Michael Owens.
<b>SIMPOSIO DE DISCAPACIDAD</b>		
13:25-13:45	59C	Prevalencia de discapacidad: Una investigación prioritaria a nivel nacional. Datos preliminares. /Dra. Sonia Flores.
13:45-13:55	25TL	Prevalencia de discapacidad y factores relacionados en la población económicamente activa del Municipio de Marale, Departamento de Francisco Morazán, año 2012-2013. /Dra. Briana Beltrán.
13:55-14:05	26TL	Prevalencia de discapacidad y factores relacionados en la población económicamente activa de la comunidad Los Planes, Municipio de Santa María, Departamento La Paz, Año 2013-2014. /Dra. Linda Padilla
14:05-14:15	27TL	Prevalencia de discapacidad y factores relacionados en la población económicamente activa del Barrio San Antonio, Municipio de La Paz, Departamento de La Paz Año, 2013-2014. /Dr. Eduardo Núñez.
14:15-14:25	28TL	Prevalencia de discapacidad y factores relacionados en la población económicamente activa del Municipio de Orocuina, Departamento de Choluteca, Año 2012-2013. /Dra. Sonia Fajardo.
14:25-14:35	29TL	Prevalencia de discapacidad y factores relacionados en la población económicamente activa del Barrio Solares Nuevos, Municipio de La Ceiba, Departamento de Atlántida, Año 2013-2014. /Dra. Laura C. Maradiaga.
14:35-14:45	30TL	Prevalencia de discapacidad y factores relacionados en la población económicamente activa del Barrio La Trinidad, Municipio de la Paz, Departamento de La Paz, Año 2013-2014. /Dra. Dulce Escalante.
14:45-15:00 Preguntas y Respuestas		

# PROGRAMA DE LA CEREMONIA INAUGURAL

MARTES 8 DE JULIO DEL 2014, 19:00 HORAS  
LUGAR: HOTEL QUINTA REAL SALON, MAJESTIC

**Maestro de Ceremonia:** Dr. Jorge Alberto Pinto

## HORA, p.m.

7:00	Presentación integrantes de la mesa principal, Dr. Jorge Pinto
7:10	Invocación a Dios, Dra. Dioselina Ramos
7:20	Himno Nacional
7:30	Bienvenida por la Presidenta del Comité Organizador, Dra. Claudia Maradiaga
7:40	Palabras de la Secretaria de Estado en el Despacho de Salud, Dra. Yolani Batres
7:50	Palabras del Señor Alcalde de La Ceiba, Lic. Carlos Aguilar
8:00	Palabras de la Rectora de la UNAH, Lic. Julieta Castellanos
8:10	Palabras del Presidente del Colegio Médico de Honduras, Dr. Elmer Mayes
8:20	Un minuto de silencio en homenaje al <i>Dr. Marco Antonio Sosa García (QDDG)</i> , Dr. Jorge Pinto
8:21	Biografía del <i>Dr. Marco Antonio Sosa García (QDDG)</i> , Dr. Sergio Bueno
8:40	Entrega de reconocimiento a la familia del <i>Dr. Marco Antonio Sosa García (QDDG)</i> , Dra. Claudia Maradiaga
8:50	Conservatorio de música, Dr. Sergio Bueno
9:30	Danza folklórica-garífuna, Grupo ODECO
10:10	Palabras de inauguración del evento, Dr. Elmer Mayes
10:15 -00:15 am	Música en vivo, Ing. Carlos López

# PROGRAMA DE CEREMONIA DE CLAUSURA

VIERNES, 11 DE JULIO DEL 2014, 19:00 HORAS

LUGAR: HOTEL QUINTA REAL, SALON MAJESTIC

**Maestro de Ceremonia:** Dr. Jorge Alberto Pinto

1. Entrega de premios a los 5 mejores trabajos libres durante el **LVII Congreso Médico Nacional Dr. Marco Antonio Sosa**, por el presidente del Comité Científico Dr. Leopoldo Díaz Solano.
2. Presentación y Juramentación del Comité Organizador del LVIII Congreso Médico Nacional a realizarse en la ciudad de Tegucigalpa, 2015.
3. Palabras de despedida por la Dra. Claudia Maradiaga, Presidente del Comité Organizador del LVII Congreso Médico Nacional 2014.
4. Palabras de clausura del Dr. Elmer Mayes, Presidente del Colegio Médico de Honduras.

## PROGRAMA SOCIO-CULTURAL

FECHA	HORA	LUGAR	EVENTO	VESTUARIO
<b>Martes 8 de Julio</b>	19:00- 23:00 hrs	Hotel Quinta Real	Coctel de Bienvenida	Formal
<b>Miércoles 9 de Julio</b>	17:00-22:00 hrs	Canchitas La Blanquita	Torneo Futbolito	Ropa Deportiva
<b>Jueves 10 de Julio</b>	21:00 hrs	Hibou	Noche de Carnaval	Semi Formal (vestir de Hawaiano o Blanco)
<b>Viernes 11 de Julio</b>	20:00 – 02:00 hrs	Hotel Quinta Real	Cena de Clausura	Formal

## PROGRAMA TORNEO DE FUTBOLITO

HORA	ACTIVIDAD	TAREA	RESPONSABLE
<b>17:00-17:15</b>	Inscripción de equipos	Listado de Equipos	Dr. Mencía/ Edward Buchanan
<b>17:15- 17:30</b>	Sorteo de juegos	Calendario de Juegos	Dr. Mencía/ Edward Buchanan
<b>17:30- 19:00</b>	Etapa de Clasificación	A vs B C vs D	Cancha 1
		E vs F G vs H	Cancha 2
<b>19:10- 19:55</b>	Cuartos de Final	Ganador A-B vs Ganador C-D Ganador E-F vs Ganador G-H	Cancha 1 Cancha 2
<b>19:55- 20:40</b>	Gran Final Tercer Lugar	Ganador 1 vs Ganador 2 Perdedor 1 vs Perdedor 2	Cancha 1 Cancha 2
<b>21:00- 22:00</b>	Reconocimientos, Premiaciones y Clausura	Árbitros, delegados, cuatro primeros lugares, campeón goleador, mejor portero	Comité de Deporte Cancha 1

# RESÚMENES DE CONFERENCIAS

## RESÚMENES DE CONFERENCIAS PRE-CONGRESO (CP)

**1CP. VIH/SIDA LECCIONES APRENDIDAS.** Wendy Karly Moncada Navas. Medicina Interna, Infectología. VIH/SIDA. Sociedad Hondureña de Enfermedades Infecciosas; Instituto Nacional cardiopulmonar; Tegucigalpa, Honduras.

En el 2011, se estimó que 34.2 millones de personas en el mundo vivían con VIH. Y que cada años, hay alrededor de 2.7 millones de nuevas infecciones. Hay una necesidad urgente de prevención de VIH efectiva. Ya que se conoce que el riesgo de contagio en el período de infección aguda por VIH es mayor. Más de 80% de los adultos infectados con VIH se infectaron a través de exposición de membranas mucosas y el 20% por inoculaciones percutáneas o intravenosas. Independientemente de la ruta de transmisión, el tiempo de aparición de marcadores virales en el huésped es generalmente uniforme y sigue un patrón ordenado ya conocido y estudiado. Inmediatamente después de la exposición y transmisión, el virus se replica en la mucosa, submucosa y pasa al tejido linforeticular. El virus no puede detectarse en plasma durante la fase de eclipse o período de ventana, que por lo general dura 7-21 días. El período entre el contagio y el inicio de síntomas en la infección aguda es de 2 a 4 semanas. Del 10-60% de los pacientes puede no presentar síntomas. La constelación de síntomas se conocen como síndrome retroviral agudo e incluye: fiebre linfadenopatías, odinofagia, rash, mialgias, artralgias, cefalea, úlceras mucocutáneas, síntomas gastrointestinales, meningitis aséptica, encefalopatía, tos seca y otros síntomas inespecíficos. Este es un período de rápida replicación viral e infección de las células CD4, los niveles de RNA viral es típicamente muy alta (mayor de 100, 000 copias/ml). Puede haber elevación de las enzimas hepáticas, anemia, trombocitopenia. Se debe de hacer diagnóstico diferencial con Virus de Epstein Barr, Citomegalovirus, Mononucleosis infecciosa, sífilis, hepatitis viral y otras infecciones virales. El diagnóstico por detección de HIV RNA. Siempre se debe preguntar por exposición de riesgo reciente. Hay controversias sobre el tratamiento.

**2CP. CANDIDEMIA: ACTUALIDADES Y MANEJO.** Tito Alvarado, MD, MPH, MsCTM. Sociedad Hondureña de Enfermedades Infecciosas; Tegucigalpa, Honduras.

Las candidas son hongos (levaduras) que viven en el suelo, en el reino vegetal y animal, y son comensales del tracto gastro-intestinal y de la piel de los seres humanos. Existen más de 150 especies, y solo un pequeño número produ-

ce enfermedad invasiva en los humanos, sobresaliendo *C. albicans*, *C. tropicalis*, *C. parasilopsis*, *C. guilliermondii*, *C. glabrata* y *C. krusei*, etc., cuyas distribuciones epidemiológicas varían entre los países templados y tropicales. La candidemia que es sinónimo de invasión al torrente sanguíneo, es la segunda causa de infección nosocomial después de las bacterianas, constituyéndose en un problema de salud creciente en muchos hospitales del Mundo, particularmente los de atención terciaria. Generalmente es difícil de diagnosticar y genera hospitalizaciones prolongadas, con tasas de prevalencia de entre 14% y 30%, y tasas de mortalidad de aproximadamente 50%, representando cargas económicas elevadas en los sistemas de salud de los países. La identificación de especies es importante debido a las diversas sensibilidades de las candidas a las drogas antimicóticas, por ejemplo: *C. krusei* y *C. glabrata* son generalmente resistentes al Fluconazole y *C. lucitaniae*, a la Anfotericina. En relación al tratamiento de la candidemia, además de las consideraciones asociadas al tipo de fármaco, es muy importante iniciar el mismo al momento de sospechar la enfermedad. El tiempo de duración del tratamiento de candidemia es un dilema de manejo sin resolver. No obstante, la recomendación clásica en pacientes no neutropénicos, es completar el tratamiento 2 semanas después de los últimos resultados de cultivos positivos, y de la resolución de los signos y síntomas de la enfermedad. En los casos en que exista diseminación hacia los órganos, el tratamiento debe ser más prolongado. En los pacientes neutropénicos, el tratamiento anti fúngico debe continuar durante 14 días después del último cultivo positivo, de la resolución de los signos y síntomas, y de la recuperación de la neutropenia. Es importante realizar un examen oftalmológico para descartar invasión en el ojo después de la resolución de la neutropenia (igual conducta debe practicarse en neonatos) y un estudio de imágenes (TAC, resonancia magnética) para investigar candidemia hepatoesplénica. Existen pacientes que ameritan un abordaje especial (neonatos, prematuros, ancianos y embarazadas) con respecto a las drogas antifúngicas utilizadas en tratamiento o en profilaxis. Los siguientes son ejemplos de esta variedad farmacocinética: la Anfotericina B es más tolerable en los niños que en los adultos, las Equinocandinas no penetran adecuadamente la barrera hematoencefálica, el Fluconazole es la droga antimicótica con mayor penetración a todos los tejidos, y la anfotericina B es la droga de elección en el embarazo.

### **3CP. HONGOS FILAMENTOSOS: MUCOR, FUSARIUM.**

Tito Alvarado, MD, MPH, MsCTM. Sociedad Hondureña de Enfermedades Infecciosas; Tegucigalpa, Honduras.

Los hongos filamentosos son mohos que viven en el ambiente: aire, agua y detritos vegetales que infectan al ser humano a través del contacto con estas sustancias. Forman parte de las micosis oportunistas sistémicas que invaden los vasos sanguíneos en forma local o sistémica, con necrosis concomitantes de los tejidos. Los géneros *Aspergillus*, *Mucor* y *Fusarium* son los causantes más importantes de estas enfermedades, las cuales han aumentado sustancialmente en los últimos años debido al creciente número de huéspedes inmuno-comprometidos, en especial aquellos sometidos a trasplantes de órganos y de células hematopoyéticas, y además, los pacientes críticamente enfermos. Sus tasas de mortalidad son muy elevadas: entre 70% y 90%. Esta mortalidad es debida a la demora diagnóstica y a los tratamientos tardíos. La Aspergilosis es la enfermedad filamentosa más frecuente, causada principalmente por el *Aspergillus fumigatus*. Clínicamente, presenta un espectro de manifestaciones que varían desde procesos no-invasivos, a condiciones semi-invasivas o invasivas severas. La droga de elección en el tratamiento de Aspergilosis es el Voriconazole; no obstante, se puede utilizar Anfotericina B o sus compuestos lipídicos y Caspofungina. La Mucormicosis es otra de las enfermedades producidas por hongos de las especies de *Rizopus*, *Mucor* y *Abscidias*. Es una enfermedad rara que ocurre en pacientes con enfermedades inmunosupresoras previas (leucemia, diabetes, etc.), que se inicia generalmente en la mucosa oral, nasal y senos paranasales, desde donde generalmente se disemina a otros órganos. Su diagnóstico se hace a través de métodos tradicionales de cultivo (biopsias o autopsias), y su tratamiento debe ser precoz, con drogas antimicóticas (Anfotericina B, Posaconazole), con desbridamiento quirúrgico oportuno. Fusariosis es otra enfermedad micótica filamentosa, mucho más rara que las dos anteriores, que puede producir infección circunscrita o diseminada por vía hematógena; su puerta de entrada es la celulitis o necrosis de tejidos blandos en sitios traumatizados. En los pacientes inmunosuprimidos, se desarrolla infección diseminada de piel y órganos, en dos tercios de los pacientes. Los hemocultivos son positivos en 59%, que son más elevados que en *Mucor* o *Aspergillus*. La droga de elección es el Voriconazole y Anfotericina B, con desbridamiento quirúrgico oportuno. Estas enfermedades son poco diagnosticadas y tratadas tardíamente, y como consecuencia de ello, tienen altas tasas de mortalidad. En consecuencia, para disminuir su impacto en la población, es importante que el profesional médico adquiera conocimientos sobre ellas.

### **5CP. USO RACIONAL DE ANTIBIOTICOS: CONSECUENCIAS Y PROPUESTAS.** Tito Alvarado, MD, MPH, MsCTM. Sociedad Hondureña de Enfermedades Infecciosas; Tegucigalpa, Honduras.

La resistencia de los antimicrobianos no es un fenómeno nuevo. Al principio, se entendió como una curiosidad científica, y luego como una amenaza a la eficacia del tratamiento. El uso incorrecto de estos agentes es la causa principal de la resistencia. Desde hace muchos años, se vienen utilizando sin prestar atención a las indicaciones; sin considerar que las bacterias son seres vivos con enorme capacidad de adaptación a circunstancias adversas, lo que les permite desarrollar mecanismos de defensa a agentes nocivos a ellas, asegurando así su supervivencia. Constituyen ejemplos de la aparición de estas súper bacterias, algunos de los siguientes: a) En 2006, el Centro de Control de Enfermedades de los Estados Unidos (CDC), informó que tan solo un organismo, el *Staphylococcus aureus* resistente a metilicina (MRSA), ocasionó más muertes (19,000 americanos) que el enfisema, el VIH/SIDA, la enfermedad de Parkinson y los homicidios juntos; b) Anualmente, casi 2 millones de americanos desarrollan enfermedades nosocomiales que resultan en un aproximado de 99,000 muertes, las que en su vasta mayoría, son debidas a patógenos Gram negativos resistentes; y c) Antes del año 2000, el *Clostridium difficile* causó la muerte de aproximadamente 14,000 americanos, y entre los años 2000 y 2007, esta mortalidad aumentó en 400%. En los países en vías de desarrollo, en donde la regulación de agentes antimicrobianos es deficiente y los medios de diagnóstico son escasos, prevalece un uso indebido o abusivo de los antibióticos. Sabiendo que los antibióticos se utilizan mucho en la comunidad, y que en los hospitales se hace con mucha más intensidad, es imprescindible que en estas instituciones se dé una importancia especial a la vigilancia, con el objetivo de disminuir la resistencia. Para mejorar el uso de los antimicrobianos y reducir el impacto de las infecciones nosocomiales producidas por bacterias multi-resistentes, es necesario establecer al menos en el ámbito hospitalario, programas y mecanismos de control, y crear o reforzar los comités de infecciones intrahospitalarios.

### **6CP. ABORDAJE CLÍNICO Y EPIDEMIOLÓGICO DE LA MALARIA COMPLICADA.** Jackeline Alger, MD, PhD. Sociedad Hondureña de Enfermedades Infecciosas; Departamento de Laboratorio Clínico, Hospital Escuela Universitario; Unidad de Investigación Científica, Facultad de Ciencias Médicas, UNAH; Tegucigalpa, Honduras.

La malaria complicada y grave se define por la presencia de signos clínicos o de laboratorio de disfunción de órga-

nos vitales. La mayoría de complicaciones y muerte se deben a *Plasmodium falciparum* pero también se pueden complicar los casos por *P. vivax*. De acuerdo a la definición de OMS (2012), la malaria complicada se caracteriza por una o más de las siguientes condiciones: deterioro de consciencia (incluyendo coma); postración (debilidad generalizada que impide que el paciente se siente, se ponga de pie o camine sin ayuda); convulsiones múltiples (>2 episodios en 24 h); respiración acidótica; edema pulmonar agudo y síndrome de distres respiratorio; colapso circulatorio o choque, tensión arterial sistólica <80 mm Hg adultos y <50 mm Hg niños; lesiones renales agudas; ictericia clínica y signos de disfunción de otros órganos vitales; y sangrado anormal. Los datos de laboratorio y resultados de exámenes de gabinete incluyen hipoglucemia (<2.2 mmol/L o <40 mg/dL); acidosis metabólica (bicarbonato plasmático <15 mmol/L); anemia normocítica grave (hemoglobina <7 g/dL, hematocrito <20% adultos; hemoglobina <5 g/dL, hematocrito <15% niños); hemoglobinuria; hiperlactacidemia (lactato >5 mmol/L); disfunción renal (creatinina sérica >265 µmol/L); y edema pulmonar (signo radiológico). El riesgo de complicaciones aumenta si se retrasa el tratamiento de un ataque no complicado. Para tratar la malaria grave, los antimaláricos se administran por vía parenteral durante un mínimo de 24 horas (v.g. quinina, artesunato), completándose el tratamiento por vía oral de acuerdo a la especie parasitaria. En Honduras es importante determinar si un caso importado procede de una zona con resistencia reconocida a los antimaláricos, siendo esto particularmente importante para un puerto como La Ceiba. Se recomienda consultar el sitio web de los Centros de Prevención y Control de Enfermedades, Estados Unidos de América, para identificar información epidemiológica de malaria por país de procedencia, incluyendo la susceptibilidad a las drogas antimaláricas (CDC, Atlanta, GA, <http://wwwnc.cdc.gov/travel/yellowbook/2014/table-of-contents>, Capítulo 3, Enfermedades Infecciosas). En el marco de la iniciativa mundial de eliminación de la malaria (<http://www.who.int/malaria/es/>), es importante fortalecer el abordaje clínico y epidemiológico de la malaria en general con énfasis en la malaria complicada.

**8CP. DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO ACTUALIZADO DE LAS LEISHMANIASIS.** Concepción Zúniga Valeriano. Sociedad Hondureña de Enfermedades Infecciosas; Unidad Técnica de Zoonosis, Secretaría de Salud, Tegucigalpa, Honduras.

Las leishmaniasis son endémicas en 98 países, con más de 350 millones de personas en riesgo. Una incidencia estimada de 2 millones de casos nuevos al año (25% de leishma-

niasis visceral y 75% de leishmaniasis cutánea). La leishmaniasis visceral causa más de 50,000 muertes anuales, cifra que entre las enfermedades parasitarias solo es superada por el paludismo, y una pérdida de 2, 357,000 años de vida ajustados en función de la discapacidad, lo cual sitúa a la leishmaniasis en noveno lugar en un análisis mundial de las enfermedades infecciosas. En Honduras se presentan las cuatro formas: Cutánea, Mucocutánea, Visceral y Atípica (cutánea no ulcerada). 1974: primeros casos reportados en Honduras de Leishmaniasis visceral. Agente causal de visceral y cutánea atípica: *L. infantum/chagasi*, Agente causal cutánea y mucocutánea: *L. braziliensis* y *panamensis*. Vector prevalente: *L. longipalpis*. La coinfección por el VIH intensifica la carga de las leishmaniasis visceral y cutánea porque causa formas graves que son más difíciles de tratar. Hasta marzo de 2010 se habían notificado coinfecciones por *Leishmania* y VIH en 35 países endémicos. Más del 90% de la carga de leishmaniasis visceral: Bangladesh, Brasil, Etiopía, India, Nepal y Sudán. El diagnóstico de la leishmaniasis debe ser parasitológico, ya sea en extendidos (frotis) o cultivos del material obtenido de la lesión (para los casos de LC y LM) o del material obtenido a partir de aspirado o biopsias de medula ósea, hígado o bazo (en el caso de una LV). Los antimoniales trivalentes fueron introducidos en el tratamiento de las leishmaniasis cutáneas y mucocutáneas por Vianna en Brasil, en 1912, y de la leishmaniasis visceral por Di Cristina y Caronia en Italia, en 1915. En 1922 La urea estibamina, el primero de una serie de antimoniales pentavalentes. La anfotericina B liposómica en 1996. La miltefosina en 2004. La paromomicina en 2006.

**9CP. ACTUALIDADES EN EL MANEJO DE HEPATITIS C.** Tito Alvarado, MD, MPH, MsCTM. Sociedad Hondureña de Enfermedades Infecciosas; Tegucigalpa, Honduras.

La Hepatitis C constituye un enorme problema de salud pública a nivel mundial. Esta enfermedad es causada por los virus de hepatitis C descubiertos en 1989. Posteriormente, se describieron siete serotipos distribuidos por todo el mundo, cuya transmisión a seres humanos tiene lugar, primordialmente, por la vía parenteral. La infección es generalmente asintomática en el 85% de los casos; no obstante, su fase crónica produce cirrosis, insuficiencia hepática y hepatocarcinoma en el 80% de las personas, considerándose esta enfermedad, la causa principal de trasplante hepático en los Estados Unidos. Se calcula que a nivel mundial, existen entre 170 y 240 millones de personas infectadas, las que en su gran mayoría no se percatan de lo que tienen hasta que sobrevienen las complicaciones. En Honduras, se ha publicado muy pocos estudios que revelen el verdadero panorama de esta enfermedad; sin embargo, un estudio

serológico realizado en pacientes poli transfundidos, reveló que 7.8% sufre de la infección. En el manejo inicial de la hepatitis C, se ha utilizado Interferón no pegilado, solo o con Ribavirina, obteniéndose resultados poco satisfactorios. Entre los años 2001 y 2011, el tratamiento estándar fue Interferonpegilado y Ribavirina durante aproximadamente 48 semanas, dependiendo del genotipo viral implicado, obteniéndose respuesta viral sostenida (RVS) entre 40% y 50% para el genotipo 1 y entre 70% y 80% para genotipos 2 y 3. No obstante, la tolerabilidad a estas drogas era deficiente, induciendo frecuentemente a los pacientes, efectos secundarios indeseables; particularmente la anemia hemolítica. Después del año 2011, se inició la terapia triple con Interferon pegilado, Ribavirina y Telaprevir o Voceprevir (inhibidores de proteasa orales aceptados por la FDA en ese mismo año) en tratamientos cortos y con resultados de RVS entre 65% y 75%. Actualmente (2014), con tratamiento utilizando nuevos antivirales orales de vida media prolongada en dosis de 1 tableta al día (Sofosbuvir -inhibidor de polimerasa, o Simeprevir-inhibidor de proteasa; ambos aceptados por la FDA en 2013, solos, o combinados con Interferón pegilado o Ribavirina, durante 12 a 24 semanas de tratamiento), se ha logrado RVS entre 90% y 99%. Considerando estos resultados tan satisfactorios, es posible declarar que este tratamiento de la enfermedad constituye un nuevo paradigma, con evidencia científica incuestionable de que la hepatitis C es curable.

**10CP. INFECCION AGUDA POR VIH.** Wendy Moncada Navas. Medicina Interna. Infectología. VIH/SIDA. Sociedad Hondureña de Enfermedades Infecciosas; Instituto Nacional Cardiopulmonar; Tegucigalpa, Honduras.

En el 2011, se estimó que 34.2 millones de personas en el mundo vivían con VIH. Y que cada años, hay alrededor de 2.7 millones de nuevas infecciones. Hay una necesidad urgente de prevención de VIH efectiva. Ya que se conoce que el riesgo de contagio en el período de infección aguda por VIH es mayor. Más de 80% de los adultos infectados con VIH se infectaron a través de exposición de membranas mucosas y el 20% por inoculaciones percutáneas o intravenosas. Independientemente de la ruta de transmisión, el tiempo de aparición de marcadores virales en el huésped es generalmente uniforme y sigue un patrón ordenado ya conocido y estudiado. Inmediatamente después de la exposición y transmisión, el virus se replica en la mucosa, submucosa y pasa al tejido linforeticular. El virus no puede detectarse en plasma durante la fase de eclipse o período de ventana, que por lo general dura 7-21 días. El período entre el contagio

y el inicio de síntomas en la infección aguda es de 2 a 4 semanas. Del 10-60% de los pacientes puede no presentar síntomas. La constelación de síntomas se conocen como síndrome retroviral agudo e incluye: fiebre linfadenopatías, odinofagia, rash, mialgias, artralgias, cefalea, úlceras mucocutáneas, síntomas gastrointestinales, meningitis aséptica, encefalopatía, tos seca y otros síntomas inespecíficos. Este es un período de rápida replicación viral e infección de las células CD4, los niveles de RNA viral es típicamente muy alta (mayor de 100, 000 copias/ml). Puede haber elevación de las enzimas hepáticas, anemia, trombocitopenia. Se debe de hacer diagnóstico diferencial con Virus de Epstein Barr, Citomegalovirus, Mononucleosis infecciosa, sífilis, hepatitis viral y otras infecciones virales. El diagnóstico por detección de HIV RNA. Siempre se debe preguntar por exposición de riesgo reciente. Hay controversias sobre el tratamiento.

**17CP. ÉTICA Y MERCADEO MÉDICO.** Carlos René Maldonado. Doctor en Medicina, Especialista en Oftalmología, sub especialidad en Oftalmología pediátrica. Servicio de Oftalmología Pediátrica, Hospital Escuela Universitario; Comisión de Etica, Colegio Médico de Honduras; Tegucigalpa, Honduras.

Todos nos preguntamos si es ético y necesario el mercadeo médico. Según Philip Kloter, mercadólogo famoso, el mercadeo puede significar lo contrario a impulsar un producto sino a crear una necesidad forzando la compra. Neil Baum, Urólogo norteamericano, recomienda el mercadeo medico si en su libreta hay espacios en blanco o su clientela se ha disminuido usted necesita mercadearse. El mercadeo se ha convertido en una fuerza persuasiva en muchas profesiones y el rechazo del mercadeo por parte de algunos médicos se debe a que no saben propiamente que es el mercadeo y lo juzgan a priori. Esto no significa contratar un asesor costoso ni hacer folletos bonitos, sino proporcionar una atención extraordinaria a los pacientes que ya tiene sabiendo que el paciente siempre está en primer lugar y los que se oponen deben saber que en el mercadeo ganan ambos, los pacientes y los médicos. Debemos saber que las clínicas y los hospitales no están para satisfacer nuestro sobrealimentado ego. Si usted se gana la vida como médico que hace curaciones y cirugías, es médico y empresario; si usted se gana la vida de otra forma no es médica. Todo médico que tiene consultorio desempeña el papel de gerente general de recursos humanos y de mercadeo financiero. Hay un vacío sobre estos temas en la enseñanza médica. Médicos, es necesario comenzar la formación.

**19CP. ASPECTOS ETICOS EN LA SALUD PÚBLICA Y LA INVESTIGACION EPIDEMIOLOGICA.** Edith Elizabeth Rodríguez. Médico General, Máster en Epidemiología (FETP), Máster en Población y Desarrollo. Dirección General de Vigilancia de la Salud, Coordinadora del Programa de Entrenamiento en Epidemiología de Campo (PRENEC) de la Secretaría de Salud de Honduras; Tegucigalpa, Honduras.

Existen ciertos aspectos del campo de la salud pública que están relacionados con los principios éticos fundamentales como la autodeterminación, la autonomía, la justicia, la beneficencia y la no maleficencia, así como también aspectos como la inclusión social, la igualdad de oportunidades, la solidaridad, el derecho a la información, la privacidad, la confidencialidad, el trato digno, entre otros, que influyen en el abordaje de los problemas sanitarios al momento de la formulación de políticas y programas de salud a pesar que la ética ha ocupado un lugar central en la misión de la Organización Mundial de la Salud (OMS) para proteger y promover la salud mundial. Hay experiencias documentadas que se ha tenido mediante la aplicación y establecimiento de los Códigos Internacionales de Ética en la Investigación y la Carta de Derechos del Paciente entre otros documentos, que constituye un buen antecedente para lograr un consenso entre el establecimiento de un marco ético de referencia en la elaboración de intervenciones en salud pública así como en los programas de prevención y e investigaciones epidemiológicas. La atención a las cuestiones éticas puede facilitar la eficacia de la planificación, ejecución, y el crecimiento de una variedad de programas de salud pública y las actividades de investigación. La ética en salud pública está en consonancia con la orientación de prevención de la salud pública. La epidemiología y la salud pública a menudo se refieren a las obligaciones que los profesionales de la salud adquieren al aplicar el conocimiento científico, el que es destinado para mantener y restaurar la salud de la población dentro del respeto de los derechos individuales. Este informe tiene por objetivo realizar una descripción general de aspectos éticas en la investigación epidemiológica y la salud pública en general y su relación con los principios éticos.

**21CP. CURSO DE ESCRITURA Y PUBLICACIÓN BIOMÉDICA.** Edna Maradiaga,<sup>1</sup> Heriberto Rodríguez,<sup>1</sup> Jackeline Alger,<sup>1</sup> Kevin Knoop.<sup>2</sup> <sup>1</sup>Consejo Editorial, Revista Médica Hondureña, Tegucigalpa, Honduras; <sup>2</sup>Fuerza Naval de los Estados Unidos de América.

El Curso de Escritura y Publicación de Artículos Biomédicos como curso pre-Congreso en el Congreso Médico Nacional, presenta este año su duodécima edición. El curso se inició en el año 2003, en el XLVI Congreso Médico Nacional, en Tegucigalpa, tal como está regulado en el reglamento del Congreso Médico Nacional aprobado ese mismo año. A través de más de una década de impartirlo, el curso se ha enfocado en alcanzar el objetivo de fomentar la práctica de la escritura y publicación de artículos científicos en revistas biomédicas con el propósito de que los participantes adquieran conocimiento básico sobre cómo preparar un artículo científico original y otras formas de publicación (caso clínico, artículo de revisión, artículo de opinión) y sobre los índices bibliográficos nacionales e internacionales y las normas internacionales para publicación en revistas biomédicas. Con un horario reducido, este año 2014 el curso se enfoca en proporcionar a los participantes los elementos básicos para la estructuración del artículo a partir de los resultados, incluyendo cuadros y figuras; sección de materiales y/o sujetos y métodos y la discusión, con énfasis en las características específicas solicitadas por la Revista Médica Hondureña, incluyendo una reseña histórica de la misma (<http://www.bvs.hn/RMH/html/revista.html>, acceso abril 2014). Las recomendaciones actualizadas del Comité Internacional de Editores de Revistas Médicas (International Committee of Medical Journals Editores, ICMJE, <http://www.icmje.org/>, acceso abril 2014), denominadas a partir de 2013 como *Recomendaciones para la conducta, reporte, edición y publicación de trabajos académicos en revistas médicas*, son una guía útil y deben ser consultadas, especialmente en lo que respecta a conflicto de interés y consideraciones éticas para autores y editores. Para la publicación biomédica en revistas internacionales en idioma inglés, se debe tomar en cuenta las recomendaciones del ICMJE y seguir las instrucciones para autor de las revistas específicas.

# RESÚMENES DE CONFERENCIAS MAGISTRALES (C)

**1C. EL MÉDICO FAMILIAR EN LOS SISTEMAS DE SALUD.** Ricardo Esteban Castellón Inestroza. Doctor en Medicina y Cirugía. Medicina Familiar. Departamento de Medicina Familiar, Escuela de Medicina Comunitaria, Universidad de Oklahoma; Tulsa, Oklahoma, Estados Unidos de América.

En la actualidad muchos sistemas de salud luchan por mejorar su calidad de atención en salud y han centrado su atención en proveedores primarios de salud, particularmente en médicos familiares. Sistemas de salud con énfasis en cuidados primarios tienen mejores resultados a más bajo costo. Esto es atribuible a cuidados preventivos, atención coordinada para pacientes crónicos y continuidad de atención. El médico familiar es el mejor capacitado para proporcionar estos servicios, ya que son el sello distintivo de su práctica. La medicina familiar se define como especialidad de medicina encargada de proveer atención en salud a individuos y familias, integrando ciencias biomédicas, del comportamiento, y sociales. La atención debe ser comprensiva y en continuidad, centradas en el cuidado integral, colaborativo y coordinado. El énfasis es en la relación médico-paciente en el contexto de la familia, la comunidad y el sistema de salud, sin discriminar por edad, género, órgano, sistema, o condición médica. Difiere de la medicina general en cuanto médicos familiares reciben entrenamiento de posgrado por 3 años. El alcance de práctica de médicos familiares incluye: atención a domicilio, en clínicas, hospitales y asilos; en comunidades rurales y urbanas; en prácticas individuales, y en grupos de especialidad o multiespecialidad; en sistemas públicos, privados y no gubernamentales; en países de bajos, medianos y altos ingresos. El rango de práctica incluye cuidados primarios y secundarios comprensivos; tratamiento de enfermedades infecciosas y crónicas; cuidados agudos, de emergencia, y a largo plazo; y como coordinadores, educadores, promotores y líderes. Los médicos familiares también reciben entrenamiento en procedimientos de oficina y hospital, incluyendo cirugía menor, endoscopia digestiva, y procedimientos ginecológicos y obstétricos incluyendo partos instrumentales y por cesárea. Esta versatilidad es la razón por la cual los médicos familiares son la clave para un sistema de salud con servicios de atención primaria en salud efectivo.

**2C. AMERICANOS EN MOVIMIENTO-INTERVENCIONES SALUDABLES (AIM-HI).** Montserrat Abadie Solé. Doctor

en Medicina y Cirugía, Medicina Familiar. Departamento de Medicina Familiar, Escuela de Medicina Comunitaria, Universidad de Oklahoma; Tulsa, Oklahoma, Estados Unidos de América.

La iniciativa AIM-HI fue concebida por la Academia Americana de Médicos Familiares para ayudar a los médicos a hacer frente a los graves problemas de sedentarismo y obesidad, y ayudar a mejorar los servicios de prevención. En Honduras tenemos problemas similares y esta iniciativa podría ayudarnos a lograr cambios significativos en nuestras comunidades. Este programa está hecho con el fin de ayudar a la comunidad, pero una de las características únicas que tiene es que toma al médico no solo como el conducto de información pero lo integra como parte esencial del cambio en su comunidad. El enfoque es en cambiar el estilo de vida de la comunidad comenzando por sus promotores de salud. Las estrategias fundamentales utilizadas incluyen crear conciencia entre los médicos y su personal del consultorio en cuanto a su estado físico individual, modificar el consultorio para que sea propicio para la integración de conceptos AIM-HI en las rutinas cotidianas y el uso de la filosofía y herramientas de AIM-HI para ayudar a los pacientes a mejorar su condición física. Las herramientas para tener una conversación exitosa con el paciente, especialmente en los casos de sobrepeso y obesidad incluyen reconocer las fases del cambio y usarlas para iniciar y dar seguimiento a los pacientes. Las recaídas deben ser vistas como parte normal del crecimiento y su enfoque en lo positivo, aprender de los errores y seguir adelante. Las recetas de ejercicio e inventarios de actividad y alimentación, ayudan a documentar el progreso del paciente y al refuerzo positivo muy necesario para lograr sostener los cambios. El fundamento de una buena salud incluye la actividad física, alimentación saludable, el bienestar emocional y la una cantidad apropiada de sueño de calidad.

**3C. ACTUALIZACION EN EL MANEJO DE LA HIPERTENSION ARTERIAL.** Rubén Hernán Hernández Mondragón. Doctor en Medicina Familiar. Profesor clínico Escuela de Medicina Universidad de Indiana; Indianápolis. Estados Unidos de América.

La presentación es una discusión sobre los ajustes actuales para el diagnóstico y manejo de la Hipertensión Arterial en adultos de acuerdo con las nuevas recomendaciones del

panel de Miembros de JNC8. La mayor diferencia entre el reporte JNC7 y las recomendaciones actuales del panel es en cuanto a metas de control más conservadoras en poblaciones de edad mayor adulta comparadas con los jóvenes. Para ser más específico, el JNC7 recomienda controles de presiones sistólicas abajo de 140mmHg y en caso de pacientes diabéticos o con enfermedades renales a niveles más bajos de 130mmHg sin importar la edad. Las nuevas recomendaciones sugieren aumentar el nivel a valores menores de 150mmHg para personas mayores de los 60 años, y eliminando los controles más intensos en personas con diabetes o enfermedad renal. Existe evidencia moderada que apoya el inicio de medicina anti-hipertensiva como Inhibidores de Enzima convertidora Angiotensina, Bloqueadores de receptores de Angiotensina, bloqueadores de canales de calcio o diuréticos tiazidas en la población hipertensa de no origen negro, incluyendo aquellos con diabetes. La población de origen negro incluyendo diabéticos, el uso de un bloqueador de canal de calcio o diurético es recomendado como terapia inicial. Existe evidencia moderada que apoya el inicio o adherencia de terapia anti-hipertensiva con Inhibidores de Enzima convertidora de Angiotensina o bloqueadores de receptores de Angiotensina para personas con Insuficiencia Renal Crónica para mejorar la respuesta renal. El mayor objetivo del tratamiento de hipertensión es el obtener y mantener la meta deseada de presión arterial, de no obtenerse en un mes de tratamiento con la terapia inicial, se debe incrementar la dosis de la medicina inicial o agregar un segundo agente y continuar evaluando la presión arterial ajustando los medicamentos hasta que se ha logrado obtener el control deseado.

**4C. SISTEMAS DE SALUD EN EL MUNDO.** Ricardo Esteban Castellón Inestroza. Doctor en Medicina y Cirugía, Medicina Familiar. Departamento de Medicina Familiar, Escuela de Medicina Comunitaria, Universidad de Oklahoma; Tulsa, Oklahoma, Estados Unidos de América.

El sistema de salud de Honduras está situado número 131 de 190 en la lista de sistemas de salud de la OMS publicada en el 2013, penúltimo lugar en América adelante de Haití. A pesar de mejorías en diferentes marcadores de salud, todavía hay mucho camino que recorrer para acercarse a los sistemas líderes en salud. Algunas características en común de estos sistemas, como Francia, Italia y el Reino Unido, son: Cobertura universal de servicios de salud financiada con fondos públicos; Cuidados primarios como base del sistema de salud; Médicos generales o de familia, como

proveedores de cuidados primarios y punto de entrada al sistema de salud; Incentivos para colaboración entre profesionales de salud y prácticas en grupos multidisciplinarios e interespecializados; Incentivos para control de costos y alto desempeño en marcadores de salud; Uso de registros y paneles de pacientes para el manejo de enfermedades crónicas; Implementación de la historia clínica electrónica. Estas iniciativas han resultado en mejoría en la calidad de atención, evidente en el manejo de enfermedades crónicas, cuidados preventivos, promoción en salud y reducción de mortalidad temprana. También han mejorado el acceso a especialistas. El mayor reto que estos países encuentran es el control de los gastos en salud, sin limitar acceso o sacrificar calidad. Frecuentemente, el balance se inclina hacia limitar o restringir los servicios prestados. En algunos de estos sistemas se ha generado una marcada separación y falta de colaboración entre proveedores de salud. La adopción del historial clínico electrónico está lejos de ser universal. Ningún sistema de salud es perfecto y características individuales de estos países, hacen difícil la adopción de un sistema exitoso en otros países. Iniciativas pueden ser adaptadas incrementalmente, aprovechando de las experiencias publicadas por estos países líderes.

**5C. VISITAS DE GRUPO PARA EL MANEJO DE ENFERMEDADES CRÓNICAS.** Montserrat Abadie Solé. Doctor en Medicina y Cirugía, Medicina Familiar. Departamento de Medicina Familiar, Escuela de Medicina Comunitaria, Universidad de Oklahoma; Tulsa, Oklahoma, Estados Unidos de América.

Las enfermedades crónicas son uno de los problemas de salud pública más grandes de nuestra era, son causa significativa de morbilidad y mortalidad tanto en países desarrollados como en países en desarrollo. Nuestro país presenta muchas barreras para proveer atención de calidad a estos pacientes. El Proyecto de Medicina Familiar del Futuro propone un modelo de atención poco convencional que he demostrado éxito en EE.UU. En general, las visitas en grupo pueden ser útiles para cualquier grupo de práctica, independientemente de especialidad médica o quirúrgica, y son particularmente importantes en el ámbito de la atención primaria. El conocimiento integral de nuestros pacientes y sus conductas de riesgo, es necesario para proveer atenciones de calidad, pero las demandas en el tiempo de los médicos afectan la calidad de atención o disminuyen el volumen de pacientes atendidos. Las visitas de grupo permiten a los médicos ofrecer la oportunidad de educar e instruir a los pacientes en el

autocontrol de su enfermedad y al mismo tiempo aumentan su productividad. Este tipo de visitas también ofrecen a los pacientes la oportunidad de interactuar, aprender y apoyarse en otros con enfermedades similares. Visitas de grupos exitosas necesitan equilibrio entre las necesidades de los pacientes, recursos disponibles, fortalezas del sistema y personal disponible en cada clínica. Idealmente, este modelo maximiza la utilización del médico al proveer los servicios por un equipo multidisciplinario que incluye entre otros, a enfermeras, farmacéuticos clínicos, nutricionistas y educadores. Tres medidas pueden mejorar con este sistema: el acceso a las visitas de atención médica, la educación de pacientes sobre su estado de salud o enfermedad y mejoría en las habilidades de autocontrol, generando cambios en el estilo de vida y comportamiento. Con una planificación adecuada las visitas en grupo pueden ampliar sus opciones para la atención de pacientes con enfermedades crónicas.

**6C. CUIDADOS PALIATIVOS PARA PACIENTES EN ESTADO TERMINAL.** Rubén Hernán Hernández Mondragón. Doctor en Medicina Familiar, Profesor clínico Escuela de Medicina Universidad de Indiana; Indianápolis. Estados Unidos de Norte América.

Los cuidados Paliativos en pacientes terminales involucran tomar en cuenta las necesidades psicológicas, físicas, sociales y prácticas de los pacientes y las personas que les cuidan. Logrando evaluar los síntomas y proporcionando apoyo a los pacientes, el médico puede prevenir o aliviar el sufrimiento al final de la vida. La presentación muestra las recomendaciones de como el médico familiar comunica las malas noticias bajo el modelo “centrado al paciente” priorizando la información en la cita, preparación, evaluación del paciente, determinación de las preferencias del paciente, presentación de la información, proveer apoyo emocional, discusión de opciones futuras, apoyo adicional y preferencias individuales. Dentro de esta última es importante tomar en cuenta la diversidad de culturas y el médico considere como el paciente desea manejar la información, toma de decisiones, participación de miembros de la familia entre otros. Un dato importante de señalar serán los diferentes papeles que el médico adopta de acuerdo al estadio de la enfermedad desde cómo dar malas noticias, pronóstico, y coordinación de cuidado. Como médicos además debemos tener discreción en frases que deben ser evitadas en uso durante conversaciones con pacientes en estado terminal ya que la interpretación puede ser percibida diferente por el paciente. Se discutirá las recomendaciones actuales del

Colegio Americano de Médicos (ACP, American College of Physicians) en cómo mejorar el cuidado paliativo en pacientes terminales enfocándose en el manejo del dolor, la dificultad respiratoria, depresión y el planear los cuidados de avance. Otros temas de importancia son la nutrición, terapias alternativas y cuidados espirituales.

**7C. EL HOGAR MÉDICO CENTRADO EN EL PACIENTE.** Dr. Ricardo Esteban Castellón Inestroza. Doctor en Medicina y Cirugía, Medicina Familiar. Departamento de Medicina Familiar, Escuela de Medicina Comunitaria, Universidad de Oklahoma; Tulsa, Oklahoma, Estados Unidos de América.

El modelo de El Hogar Médico Centrado en el Paciente se enfoca en proveer atenciones primarias comprensivas y coordinadas para niños, adolescentes y adultos bajo un mismo techo, en el contexto de la familia y comunidad. Es un sistema de práctica médica que facilita la colaboración entre pacientes, sus médicos, los equipos proveedores de salud y las familias. Los pacientes desean comunicación oportuna con cortesía y claridad, y relaciones personales con médicos que los conocen, que crean confianza en las recomendaciones e incentivan a participar activamente en sus cuidados de salud. El modelo se centra en cuatro áreas: 1) Cuidados de calidad. Incluye: iniciativas de mejoría de calidad, atenciones en base a estratificación de riesgos, protección del paciente y coordinación de cuidados; 2) Cuidados centrados en el paciente. Incluye: satisfacción en los servicios, mejor acceso, toma de decisiones compartidas e incentivos para autocontrol de salud; 3) Tecnología informática en salud. Incluye: adopción de la historia clínica electrónica y herramientas de soporte para decisiones clínicas basadas en evidencia; 4) Organización de la práctica médica. Incluye: receptividad al cambio, soporte financiero y de personal. La implementación de este modelo en los EE.UU. ha demostrado reducciones en las visitas anuales a especialistas, visitas a las emergencias y hospitalizaciones; mejor utilización de exámenes de laboratorio y otras pruebas diagnósticas; y disminución en los gastos en salud. Sin embargo, los esfuerzos se han centrado principalmente en cambios en la infraestructura y financiamiento, con menos atención al impacto a los pacientes a un nivel personal. El modelo todavía no ha demostrado mejoría en las medidas de calidad de atención, resultados en salud y satisfacción de los pacientes. Los ahorros en los sistemas de salud no se han traducido a las prácticas individuales y por lo tanto la adopción de este modelo ha sido lenta y desigual.

### **8C. RECOMENDACIONES PARA LA SERVICIOS CLÍNICOS PREVENTIVOS POR LA ACADEMIA AMERICANA DE MÉDICOS FAMILIARES.**

Montserrat Abadie Solé. Doctor en Medicina y Cirugía, Medicina Familiar. Departamento de Medicina Familiar, Escuela de Medicina Comunitaria, Universidad de Oklahoma; Tulsa, Oklahoma, Estados Unidos de América.

Las recomendaciones de servicios clínicos preventivos deben ser basadas en evidencia y no en opiniones personales, ya que potencialmente podemos dañar al paciente sometiéndolo a procedimientos y exámenes innecesarios. La Academia Americana de Médicos Familiares periódicamente publica su análisis de estas recomendaciones usando como punto de partida el análisis riguroso presentado por el Grupo de Trabajo de Servicios Preventivos de Estados Unidos (USPSTF) (<http://www.uspreventiveservicestaskforce.org/>). Estas recomendaciones, reflejan la mejor comprensión de la ciencia de la medicina en el momento de publicación, y deben ser utilizadas con el claro entendimiento de que la investigación continua puede dar lugar a nuevos conocimientos y recomendaciones. Las medidas preventivas han sido clasificadas así: A) Servicio recomendado. Alta certeza de beneficio substancial; B) Servicio recomendado. Alta certeza de beneficio moderado o certeza moderada de beneficio moderado a substancial; C) Servicio de rutina no recomendado. Ciertas situaciones apoyan proveer este servicio a algunos pacientes. Por lo menos certeza moderada de beneficio pequeño; D) Servicio no recomendado. Certeza moderada o alta de falta de beneficio o los daños son más altos que los beneficios; I) No hay evidencia suficiente para valorar el balance de beneficios contra daños del servicio. En total son más de 50 recomendaciones A y B incluyendo inmunizaciones, exámenes para la detección temprana del cáncer colorectal y de cáncer del cuello uterino, y el uso de aspirina para la prevención de enfermedades cardiovasculares. Importantes recomendaciones D, las cuales se recomienda en contra, incluyen la medida del antígeno prostático específico en pacientes asintomáticos, estudios genéticos en pacientes sin historial familiar de cáncer de pecho, y suplementos de vitamina D y calcio para la prevención de fracturas en mujeres postmenopáusicas no institucionalizadas. Estas recomendaciones se ofrecen como ayuda para tomar decisiones clínicas, pero no pueden sustituir el juicio médico.

### **10C. EL PENSUM DEL POSTGRADO DE MEDICINA FAMILIAR.**

Rubén Hernán Hernández Mondragón. Doctor en

Medicina Familiar, Profesor Clínico Escuela de Medicina Universidad de Indiana; Indianápolis, Estados Unidos de Norte América.

El Programa de Medicina Familiar en Estados Unidos surge a inicios de 1960's ante la necesidad de la población de obtener mejor atención de salud, la cual estaba afectada debido al poco personal médico, la inaccesibilidad en áreas rurales, el costo de la medicina, la despersonalización de la atención médica y la fragmentación de cuidados de salud. En ese tiempo La Comisión Nacional de Servicios de Salud Comunitaria, establecida por la Asociación Americana de Salud Pública y el Consejo Nacional de Salud reportaron "Cada Individuo deberá tener un médico personal quien es el punto central de integración y continuidad para todos los servicios médicos de ese paciente. Ese medico enfatizará la práctica de medicina preventiva. El estará al tanto de la mayoría y variedad de factores sociales, emocionales y ambientales que influyen en la salud de su paciente y la familia. Sus preocupaciones serán al paciente como un todo, y su relación con el paciente será de continuidad". Es así que en 1969, la especialidad de Medicina Familiar es aprobada, en 1970 Academia de Certificación de Medicina Familiar inicia su primera certificación y en 1971 se establece la Academia Americana de Medicina Familiar. "Médicos Familiares tienen aptitudes únicas, destrezas, y conocimiento que los califican para proveer atención medica continua y comprensiva, mantenimiento de salud y servicios de prevención a cada individuo de la familia sin reparar en el género, edad o tipo de problema, ya sea biológico, emocional o social. Estos especialista, debido a sus antecedentes e interacciones con la familia, están mejor calificados para servir como representante de cada paciente en todas las materias relacionadas con salud, incluyendo el uso apropiado de consultores, servicios de salud y fuentes comunitarias". En la presentación mostraremos como en 3 años de residencia el médico logra obtener estas cualidades y destrezas.

### **11C. MANEJO ACTUAL DE LAS ULCERAS VENOSAS.**

Nelson Omar Bobadilla Flores. Angiólogo, Cirujano Vascular y Endovascular. Servicio de Cirugía, Hospital Regional Atlántida; La Ceiba, Honduras.

El tratamiento no quirúrgico de ha sido el tratamiento principal de la insuficiencia venosa crónica, y la ulceración venosa durante décadas. Levantar las extremidades inferiores de forma que los pies queden por encima de los muslos cuando se está sentado y por encima del corazón se está en decúbi-

to supino se ha aceptado universalmente como tratamiento eficaz de la ulceración venosa. Sin embargo, la mayoría de los pacientes solo pueden hacerlo como una solución a corto plazo para una úlcera refractaria o que está creciendo. Los objetivos del tratamiento de la ulceración venosa son la curación de las úlceras existentes y prevenir la recurrencia. El tratamiento no quirúrgico es muy eficaz para controlar los síntomas de la ulceración venosa y con ellos fomentar la prevención de la recurrencia. Sin embargo la ulceración puede tardar mucho y en algunos casos ser dolorosa y ante la falla de manejo no quirúrgico se debe de realizar tratamientos invasivos que conlleven a la resolución de esta complicación de la insuficiencia venosa. En conclusión este platica trata del manejo no quirúrgico y quirúrgico en la ulceración venosa, incluyendo las diferentes opciones de manejo medico e invasivo para dar solución a esta patología vascular.

**17C. EMERGENCIAS OFTALMOLÓGICAS NO TRAUMÁTICAS.** Karla Campbell. Oftalmología. Hospital Oftalmológico Campbell; La Ceiba, Honduras.

En el ejercicio medico nos encontramos con signos oftalmológicos que son de fácil detección por parte del médico, que su apreciación precoz podría ser de alta significancia para la calidad visual del paciente e incluso en algunas ocasiones para la sobre vida. El repaso de la vía anatómica del reflejo foto motor y consensual de la pupila nos ayuda a entender cómo y porque las enfermedades locales propiamente oftalmológicas y las sistémicas nos pueden producir signos que nos ayudaran a referir de inmediato al oftalmólogo y algunas veces al área de neurología y neurocirugía. Entre las enfermedades locales más importantes con afección pupilar hay que sospechar neuritis óptica, uveítis, glaucoma, entre otras. Esta sospecha debe ser referida prontamente al oftalmólogo ya que el pronóstico depende del estadio de la enfermedad y en algunas ocasiones como en glaucoma avanzada puede alertarnos para iniciar tratamiento precoz en el otro ojo. En enfermedades con asociación sistémica y en algunas ocasiones graves como: un aneurisma en la circulación cerebral (polígono de Willis) con riesgo inminente de muerte para el paciente, puede debutar como parálisis del III Par con afección pupilar. Entre otras enfermedades de asociación sistémica como tumores hipofisarios presentan también alteraciones pupilares. En general aunque existan variantes de la pupila como pupila de Argyll Robertson, pupila tónica (Holmes-Adie) y otras que presentan características de mal funcionamiento pupilar; sin embargo son variantes anatómicas normales. En conclusión, toda alteración de los reflejos

pupilares en el paciente con el estado de conciencia normal debe considerarse emergencia oftalmológica y/o emergencia de asociación sistémica y debe ser referido. Todo esto examinando con una simple fuente de luz pequeña.

**20C. ABORDAJE DEL SHOCK EN PEDIATRIA.** Rigoberto Mejía. Pediatra y Medicina Crítica Pediátrica. Hospital Regional Atlántida; La Ceiba, Honduras.

El reconocimiento y tratamiento temprano del choque pediátrico es la clave para mejorar el pronóstico del niño críticamente enfermo o traumatizado. Si se deja sin tratamiento progresara rápidamente a falla cardiopulmonar y al arresto cardiaco. Una vez que el arresto cardiaco se presenta el pronóstico es pobre. El objetivo a lograr es discutir el efecto de la severidad del choque sobre la presión arterial (choque compensado versus choque descompensado), reconocer las causas, los signos de los diferentes tipos de choque. Una vez que se ha caracterizado el choque basado en el tipo y la severidad se decide las medidas a tomar para salvar la vida. El choque es una condición crítica que resulta cuando los tejidos no consiguen el oxígeno y los nutrientes necesarios. La definición de choque no depende de la presión arterial (una consecuencia del choque). El choque puede resultar de las siguientes causas: inadecuado volumen (hipovolémico, hemorrágico), inadecuada distribución (distributivo/séptico), alteración de bomba (cardiogénico) y obstrucción al flujo sanguíneo (obstrutivo). La severidad del choque puede ser categorizada por su efecto sobre la presión sistólica, en el choque compensado la presión arterial es normal pero hay signos de pobre circulación (taquicardia, frialdad y palidez cutánea, relleno capilar lento, pulsos periféricos débiles, disminución del gasto urinario y alteración de conciencia) en el descompensado se presentan los síntomas previos más la hipotensión. Cualquier problema que incremente la necesidad de oxígeno empeorara el choque (fiebre, infección, lesión, dolor y distres respiratorio). El objetivo para el tratamiento del choque es restablecer el flujo sanguíneo a los tejidos, previniendo la injuria a los tejidos, mejorar el contenido arterial de oxígeno, y el flujo sanguíneo, reducir la demanda de oxígeno por los tejidos, soportar la función de los órganos y prevenir el arresto cardiaco.

**22C. PREVENCIÓN DE INFECCIONES. LAVADO DE MANOS.** Dra. Ellham Mandegari. Infectología Pediátrica. Hospital Escuela Universitaria; ODISH; Tegucigalpa, Honduras.

Las infecciones asociadas a la atención de salud (IAAS) corresponden a todo proceso infeccioso general o localizado

que 1) ocurre como consecuencia de la atención de salud; y que 2) no estaba presente ni incubándose al momento de hospitalizarse. Las infecciones asociadas a la atención sanitaria afectan cada año a cientos de millones de pacientes en todo el mundo. Son consecuencia involuntaria de dicha atención, y a su vez ocasionan afecciones más graves, hospitalizaciones más prolongadas, discapacidades de larga duración y por último, y más importante elevan la mortalidad. En los países en desarrollo, cada día mueren 4,384 niños por infecciones relacionadas con la atención sanitaria. La higiene de las manos es la práctica más simple, efectiva e importante para la prevención de la diseminación de organismos infecciosos en hospitales. Manos limpias salva vidas, al PREVENIR las infecciones. Higiene de Manos SALVA más vidas que las vacunas o cualquier intervención médica.

### **23C. RECONOCIENDO AL NIÑO CON SEPSIS NEONATAL.** Ileana Rosales Ferez. Pediatra y Neonatóloga. Hospital Regional Atlántida; La Ceiba, Honduras.

Reconociendo al recién nacido con sepsis neonatal pretende orientar cuando sospechar la probabilidad de infección en el neonato. La incidencia de septicemia es de 1-5 por cada 1000 nacidos vivos y será más elevada en el recién nacido con peso < de 1500 gramos. La sepsis de inicio temprano se presenta en los primeros 3-5 días de vida, con una mortalidad de un 15-19% y la sepsis neonatal tardía después del 5to día de vida con una mortalidad de un 21%. Identificar factores de riesgo en la historia clínica de la madre es el dato más importante para sospechar una sepsis, como: Infecciones durante el embarazo, especialmente dos semanas previas al nacimiento, corioamnionitis, fiebre materna, parto atendido sin asepsia, ruptura prematura de membranas mayor de 24 horas, y parto prematuro, son criterios de ingreso como potencialmente séptico. Una vez ingresado en la Sala de Neonatología, es importante evaluar frecuentemente los signos vitales. La fiebre, irritabilidad, hipo e hiperglicemia, cianosis, palidez y pobre succión, son entre otros algunas de las manifestaciones que pueden orientar al médico de una probable sepsis neonatal. Las manifestaciones clínicas de la sepsis, son inespecíficas ante la sospecha se inician antibióticos de amplio espectro desde su ingreso. El estándar de oro para el diagnóstico es el Hemocultivo. Las manifestaciones como: el choque, sangrado digestivo, enterocolitis, distensión abdominal, taquicardia, apneas y escleroedema son una clara evidencia de sepsis, los cuales se presentan muy tardíamente cuando el neonato pudiera encontrarse en un punto de no retorno, complicándose con una falla venti-

latoria, falla multiorgánica y posteriormente la muerte. Una vez instaurada la Sepsis en el neonato, este corre un mayor riesgo de tener un pronóstico desfavorable, por ello es importante establecer un tratamiento en el momento oportuno.

### **24C. RECONOCIMIENTO PRIMARIO DEL NIÑO GRAVE.** Rigoberto Mejía. Pediatra y Medicina Crítica Pediátrica. Hospital Regional Atlántida; La Ceiba, Honduras.

La evaluación general es la primera y la más básica evaluación que se realiza al paciente pediátrico la cual se basa en lo que vemos y escuchamos tiene tres componentes (aparición, trabajo respiratorio y circulación), el propósito; identificar rápidamente condiciones que amenazan la vida. Al no haber condición que amenaza la vida se procede a realizar la evaluación primaria con la cual hacemos la categorización según el tipo y la severidad de la condición respiratoria o circulatoria del niño. Esta evaluación incluye la toma de signos vitales, oximetría de pulso y la medición de glucosa sanguínea. En la evaluación primaria usaremos el abordaje evaluando la A (vía aérea), B (respiración), C (circulación), D (discapacidad/neurológico) y E (exposición). Al evaluar la vía aérea decidiremos si esta permeable u obstruida (libre, mantenible con medidas simples y no mantenible). La respiración la evaluamos cuantificando la frecuencia respiratoria, observando el trabajo o esfuerzo respiratorio (estas dos nos dan la información de la severidad del distress respiratorio), movimiento de aire, ruidos en la vía aérea y pulmón (nos permite clasificar el tipo de afección respiratorio) y la oximetría de pulso. La circulación la evaluamos cuantificando la frecuencia cardíaca, la calidad de los pulsos periféricos y centrales, el tiempo de relleno capilar, color y temperatura de la piel y la presión arterial (diferenciar choque compensado de choque descompensado). El nivel de conciencia del niño ayudara a evaluar el flujo cerebral y el gasto urinario evaluara el flujo sanguíneo a los riñones. La función neurológica se evalúa rápidamente evaluando 2 componentes principales del SNC: corteza cerebral y tallo cerebral. Aquí también un nivel sérico de glucosa. Y por último una evaluación de la temperatura y una focalización del examen físico.

### **27C. SEGUIMIENTO DEL RECIÉN NACIDO PATOLÓGICO.** Ileana Rosales Ferez. Pediatra y Neonatóloga. Hospital Regional Atlántida; La Ceiba, Honduras.

El seguimiento de un recién nacido normal, para la valoración del crecimiento y desarrollo se realiza mes a mes durante los primeros 6 meses de vida y según su evolución

se decide la frecuencia de cada control. En el recién nacido patológico dependerá del caso. El recién nacido prematuro se evaluara semanalmente para valorar la progresión de su peso adecuadamente, además se valora los cambios de fórmula para prematuros a fórmula de transición y luego a fórmula maternizada regular. Idealmente estas fórmulas son de apoyo ya que lo idóneo es que solo sea alimentado con lactancia materna. Además es importante indicarle multivitaminas, calcio y suplemento de hierro durante el primer año de vida. Si el neonato es menor de 32 semanas de gestación, o tiene un peso al nacer menor de 2000-1500 gramos, fue transfundido, con sepsis, curso con hiperbilirrubinemia o se utilizó oxígeno y mantuvo saturaciones superiores a 94% deberá referirse al Oftalmólogo para descartar una Retinopatía del prematuro al cumplir las 40 semanas de gestación, según edad cronológica. Otro recién nacido patológico podría resultar del hijo de madre diabética, este neonato debe ser vigilado desde el control prenatal, ya que las complicaciones se deberán al buen o mal control de la madre. Al nacer puede presentar macrosomía o restricción de crecimiento intrauterino, tener híper o hipoglicemia, poliglubulia, ictericia además puede estar acompañado de múltiples malformaciones en corazón, intestino y entre vías urinarias entre otras más. A las 72 horas se debe solicitar pruebas tiroideas además del resto de tamizaje de rutina.

**30C. TAMIZAJE ECOGRÁFICO DEL PRIMER TRIMESTRE DEL EMBARAZO.** Mónica García Santacruz. Ginecóloga y Obstetra, Medicina Fetal. Hospital del Valle. San Pedro Sula, Honduras.

Por años se ha creído que el uso del ultrasonido en el primer trimestre del embarazo como herramienta de diagnóstico prenatal servía únicamente para datar el embarazo, asegurar viabilidad y descartar embarazos gemelares, y si bien es cierto estas siguen siendo unas de sus utilidades no son las únicas, ni son las más relevantes. Para finales de los 90's se demuestra que ciertas aneuploidías pueden ser detectadas a través de ecografías tempranas en el embarazo, utilizando marcadores ultrasonográficos como ser: translucencia nucal y hueso nasal. Actualmente el Tamizaje Ecográfico del Primer Trimestre debe de realizarse entre las semanas 11+4 y 13+6, (LCC= 45 a 84 mm), por personal adecuadamente entrenado y certificado. Tiene como finalidad establecer de manera temprana todos los riesgos de la mujer que inicia un embarazo y de esta forma programar un control prenatal adecuado y prepararla para las mejores condiciones en el momento del parto. Este Tamizaje de Primer Trimestre del

Embarazo debe de ofrecerse a toda mujer embarazada independientemente de su edad según las últimas Guías de la ACOG (American College of Obstetricians and Gynecologist) y no solamente a mujeres mayores de 35 años, además debe de proporcionar la siguiente información: 1. Establecer la edad gestacional exacta: la medida de la LCC es una medida confiable para establecer edad gestacional; los ultrasonidos tardíos pueden enmascarar problemas de crecimiento fetal (RCIU, Macrosomías). 2. Determinar corionicidad en embarazos múltiples, mediante la presencia o ausencia del signo de lambda (fácilmente observable en primer trimestre). 3. Cálculo de riesgo de cromosomopatía: a través del uso de 4 marcadores ecográficos (translucencia nucal, hueso nasal, regurgitación tricúspidea y ductus venoso) y 2 marcadores en bioquímica materna (subunidad B libre de GCH y PAPP-A). Si se detecta riesgo, se ofrece una prueba invasiva (biopsia de vellosidades coriales) o no invasiva (NIPT). 4. Cálculo de riesgo de pre eclampsia y/o trastornos hipertensivos del embarazo: ayuda a determinar que paciente es candidata a iniciar uso de aspirina infantil. 5. Cálculo de riesgo de parto pre término: prevención de parto pre término. 6. El estudio precoz de la anatomía fetal nos permite descartar la presencia de malformaciones mayores que pueden poner en riesgo la vida del bebé. Concluimos que el Tamizaje Ecográfico de Primer Trimestre es una herramienta útil para determinar los riesgos de nuestra paciente embarazada de manera temprana en el embarazo, nos ayuda a prevenir complicaciones y nos prepara para recibir en condiciones óptimas a los bebés que presenten alguna afección asociada.

**32C. TAMIZAJE ECOGRÁFICO DEL SEGUNDO TRIMESTRE DEL EMBARAZO.** Mónica García Santacruz. Ginecóloga y Obstetra, Medicina Fetal. Hospital del Valle. San Pedro Sula. Honduras.

El Tamizaje Ecográfico del Segundo Trimestre del Embarazo, también conocido con el nombre de Estudio Morfológico o Estructural Fetal, debe ofrecerse a toda mujer embarazada, independientemente de su edad y debe de realizarse entre las 18 a 22 semanas de embarazo. Su propósito fundamental es proveer información diagnóstica adecuada para optimizar el control prenatal y obtener los mejores resultados tanto para la madre como para el feto. El estudio es realizado para determinar y/o confirmar edad gestacional y descartar malformaciones congénitas a través del estudio detallado de la anatomía fetal. El Tamizaje Ecográfico del segundo trimestre incluye la evaluación de lo siguiente:

Actividad Cardíaca, Corionicidad en embarazos múltiples, tamaño y edad fetal, anatomía fetal básica, localización y estructura de la placenta y medición de la longitud Cervical. Para obtener los mejores resultados este tipo de estudio debe ser realizado por personal debidamente entrenado en ultrasonido obstétrico, que regularmente realice ultrasonidos, que reciba educación médica continua y que la calidad de sus imágenes sea regularmente auditada. La Sociedad Internacional de Ultrasonido en Obstetricia y Ginecología (ISUOG) recomienda las siguientes guías de evaluación: 1. Biometría y Bienestar Fetal: medición de Diámetro Biparietal, Circunferencia Cefálica, Circunferencia Abdominal, Longitud de Fémur y Estimación de Peso Fetal; evaluación de Movimientos fetales, evaluación de líquido amniótico, y estudios de Doppler. 2. Evaluación detallada básica de la anatomía fetal la cual debe incluir lo siguiente: A nivel de Cabeza: observar cráneo intacto, visualizar cavum septum pelúcido, línea media, tálamo, ventrículos cerebrales, cerebelo y cisterna magna; A nivel de cara presencia de ambos globos oculares, perfil, paladar y labios; En cuello fetal ausencia de masas; A nivel de tórax y corazón evaluar tamaño y forma de tórax y pulmones, actividad cardíaca, cámaras cardíacas y salida de grandes vasos, descartar la presencia de hernia diafragmática; A nivel de abdomen se debe evaluar la inserción del cordón umbilical, la ubicación de la burbuja gástrica, presencia de ambos riñones; A nivel de esqueleto se debe evaluar que no existan defectos o masas en la columna, que miembros superiores e inferiores estén completos y muestren buena dirección; Valorar genitales y determinar género y finalmente debe determinarse la localización de la placenta, describir su estructura y descartar la presencia de masas en su superficie. La medición de la longitud cervical se recomienda como parte de la evaluación para el cálculo de riesgo de parto pre término. Finalmente podemos concluir diciendo que el Tamizaje Ecográfico del Segundo Trimestre es una herramienta útil para determinar los riesgos del feto, nos ayuda a prevenir complicaciones, en caso de ser necesario implementar diferentes métodos de terapia fetal y de no ser posible la terapia fetal intraútero nos prepara para recibir en condiciones óptimas a los bebés que presenten alguna afección asociada.

**35C. PRUEBAS DE TAMIZAJE EN ONCOLOGÍA.** Alejandra Dinora Zavala Molina. Oncología Médica y Medicina Interna. Hospital San Felipe, IHSS; Tegucigalpa, Honduras.

El cáncer es una epidemia mundial con efectos devastadores en la población. Actualmente se define como una en-

fermedad crónica, que se caracteriza por un crecimiento celular anormal, descontrolado con capacidad de invasión, de dar metástasis y estimular la angiogénesis. Es la segunda causa de muerte a nivel mundial, solo superada por las enfermedades cardiovasculares, pero las proyecciones indican que en 20 años, el cáncer será la primera causa de mortalidad a nivel mundial. El pronóstico de las enfermedades neoplásicas depende de varios factores, siendo el estadio clínico uno de los más importantes. Entre más temprano se detecta, la probabilidad de curación es mayor. Por esto se han creado programas para la detección temprana de ciertos tipos de cáncer, entre ellos: cáncer de mama, cervicouterino, colon, próstata y pulmón. Estos programas se llevan a cabo a través de pruebas de tamizaje. Las pruebas de tamizaje consisten en la detección temprana de la enfermedad con el objetivo de reducir la incidencia y la mortalidad por cáncer. Estas pruebas deben ser precisas, seguras y de bajo costo. Se abordaran en la conferencia datos estadísticos, epidemiológicos de cada tipo de cáncer anteriormente mencionado con sus respectivas guías de recomendación sobre las pruebas de tamizaje aprobadas local e internacionalmente.

**36C. ABORDAJE DE LA INCONTINENCIA URINARIA DE ESFUERZO.** Kristian Navarro Salomón. Ginecología y Obstetricia. Uro ginecología. Servicio de Uro ginecología Hospital de Especialidades del Seguro Social. Honduras. Medical Center. Tegucigalpa. Honduras.

La incontinencia urinaria es un síntoma común que puede afectar a mujeres de todas las edades con un amplio rango de severidad; afectando la calidad de vida en el aspecto físico, psicológico y social. Es definida por la Sociedad Internacional de Continencia (ICS) como la queja de alguna pérdida involuntaria de Orina. Esta podría ocurrir como resultado de un número importante de anomalías de la función del tracto urinario bajo, u otras enfermedades que predispongan a pérdida en diferentes situaciones. Clínicamente dividimos la Incontinencia Urinaria en: \*Incontinencia Urinaria de Esfuerzo. \*Incontinencia Urinaria de Urgencia. \*Incontinencia Urinaria Mixta. La Incontinencia Urinaria de Esfuerzo, es definida por ICS como la pérdida de orina asociada a esfuerzo: toser, reír, estornudar. Uro dinámicamente es definida, como la Pérdida de Orina asociada a un incremento de la presión abdominal, en ausencia de contracción del detrusor. La prevalencia de Incontinencia Urinaria varía, en relación a la edad de las pacientes, a la definición y a los diferentes métodos de diagnóstico. Reportándose desde 0.2% a 8.5%

en mujeres entre 15 y 64 años y de 2.5% a 69% en mujeres de 65 años y más. En términos generales los rangos de prevalencia en la población se estiman del 25-45%. El diagnóstico puede ser establecido a través de historia clínica completa y de estudio urodinámico. La Historia clínica completa tiene una sensibilidad del 92% con IC (91-93%) para el diagnóstico de incontinencia urinaria. De forma más objetiva se puede realizar la prueba de la toalla que consiste en la cuantificación de peso de la misma luego de una hora de haber sido portada durante actividad física, con una sensibilidad de 94% con IC 73-99% para un peso mayor de 2 gramos. Una vez establecido el diagnóstico se establecen tres niveles de tratamiento. El primero basado en modificaciones conductuales y de hábito por medio de corrección de frecuencia de micción y fortalecimiento de musculatura pélvica implementando ejercicios de musculatura pelviana. La segunda línea a través de la electroterapia con diferentes energías para lograr la hipertrofia muscular del piso pélvico. Y por último el manejo quirúrgico basado en la corrección de defectos anatómicos utilizando técnicas convencionales como la colposuspensión BURCH y actualmente con la colocación de material protésico para proporcionar un mejor soporte suburetral por medio de mallas libres de tensión con abordajes retropúbicos u obturadores con la correspondiente reparación de los compartimentos anterior, apical y posterior. Todo esto con la finalidad de lograr una mejoría en la calidad de vida de la paciente incluyendo además de la incontinencia urinaria, la fecal, el prolapso de órganos pélvicos y la función sexual.

**37C. IMPACTO DE LA TERAPIA BLANCO EN ONCOLOGIA.** Alejandra Dinora Zavala Molina. Oncología Médica y Medicina Interna. Hospital San Felipe, IHSS; Tegucigalpa, Honduras.

El cáncer es un problema de salud que afecta a un gran número de personas en el mundo. El pronóstico de esta enfermedad ha ido cambiando a través del tiempo, observando una mejoría con la incorporación de la quimioterapia, tratamientos con radioterapia, cirugía o la combinación de diferentes modalidades de tratamiento. En los años 70 se observó que a pesar de nuevos agentes quimioterapéuticos la supervivencia global en los pacientes con cáncer no era modificada. En los años 80 con el descubrimiento de nuevos fármacos conocidos como terapias dirigidas la historia de la enfermedad dio grandes avances en el control, curación y supervivencia de esta enfermedad. Estos fármacos son conocidos como terapias blanco o terapias dirigidas. Su objeti-

vo es afectar moléculas específicas implicadas en la proliferación, crecimiento, diferenciación, apoptosis, diseminación y angiogénesis de las células tumorales. Entre los diferentes tipos de terapias dirigidas están los fármacos hormonales, anticuerpos monoclonales, las moléculas anti-tirosina cinasa, vacunas y terapia genética. En la conferencia de expondrá sobre el impacto clínico, económico y científico de estos nuevos fármacos en el cáncer.

**47C. AVANCES EN EL DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE LA ESCLEROSIS MÚLTIPLE.** Luis César Rodríguez Salinas. Neurología. Instituto Hondureño de Seguridad Social; Tegucigalpa, Honduras.

Actualmente se considera a la Esclerosis Múltiple (EM) como la primera causa no traumática de discapacidad en jóvenes dada la persistente actividad inflamatoria-neurodegenerativa que induce y probablemente una situación similar se esté dando en nuestro país pero se carece de datos estadísticos reales y actualizados. Globalmente se considera que afecta aproximadamente a 1-2.5 millones de personas y la prevalencia estimada en Honduras es de 3.5/100,000 habitantes. Una de las limitantes diagnósticas es la carencia de un marcador biológico o prueba paraclínica que confirme la enfermedad, lo que con frecuencia retrasa el diagnóstico y conlleva a acúmulo de discapacidad. Recientemente se han modificado algunos de los criterios diagnósticos vigentes con el objetivo de simplificar y lograr diagnósticos en etapas tempranas de la enfermedad. A la vez han surgido nuevas opciones terapéuticas como los anticuerpos monoclonales y fármacos orales que ofrecen nuevas esperanzas de tratamiento a los pacientes con EM, algunos de ellos ya disponibles en nuestro país. En la presente revisión detallamos éstos nuevos avances en el diagnóstico y tratamiento de la EM.

**49C. ACTUALIZACIÓN SOBRE EL USO DE ANTICOAGULANTES ORALES EN LA ENFERMEDAD VASCULAR CEREBRAL ISQUÉMICA.** Luis César Rodríguez Salinas. Neurología. Instituto Hondureño de Seguridad Social; Tegucigalpa, Honduras.

La Fibrilación Auricular (FA) es una causa significativa de eventos vasculares-cerebrales isquémicos, particularmente en adultos mayores. En Honduras, la Warfarina tradicionalmente ha sido el único anticoagulante oral disponible que se ha utilizado para disminuir el riesgo de ictus isquémicos en pacientes con patologías cardio-embólicas. Sin embargo, hay varias desventajas del uso de Warfarina,

como el requisito para el seguimiento de la relación internacional normalizada (INR), su amplia gama de interacciones fármaco-alimento, y su estrecho índice terapéutico. Lo anterior ha impulsado el desarrollo de nuevos anticoagulantes orales (NOACs) que tienen una farmacocinética predecible y que evitan la necesidad de vigilar el INR. La FDA de EE.UU. ha aprobado un inhibidor directo de la trombina (Dabigatran) y 2 inhibidores del factor Xa (Rivaroxaban y Apixaban) para la prevención de los eventos cerebrovasculares en pacientes con FA no valvular; existen ya otros NOACs que están surgiendo como nuevas opciones terapéuticas. En la presente conferencia se analizan las propiedades farmacológicas, los datos de ensayos clínicos, y los problemas prácticos asociados con el uso de estos nuevos anticoagulantes orales.

### **50C. CIRUGÍA DE CONTROL DEL DAÑO EN ORTOPEDIA.**

Mauricio Pérez Inestroza. Ortopedia. Hospital Regional Atlántida; La Ceiba, Honduras.

La Cirugía de Control de Daños (CCD) en trauma múltiple nació para disminuir la morbimortalidad en pacientes severamente dañados posponiendo la reparación definitiva de las lesiones hasta conseguir el estado fisiológico normal. En sus inicios fue el trauma abdominal su objetivo principal y luego se extendió al sistema osteomuscular. Fisiopatológicamente después de la lesión primaria hay una reacción inflamatoria local y según la severidad del trauma la respuesta se vuelve sistémica, luego aparecen los mediadores antiinflamatorios a los que se les llama Síndrome de Respuesta Antiinflamatoria Compensadora, esta respuesta exagerada activa el sistema inmune y las células inflamatorias, las cuales se cree producen un daño micro vascular en el endotelio vascular y esto puede llegar a un síndrome de falla orgánica múltiple, coagulopatía, acidosis metabólica, hipotermia y muerte celular. La CCD, su aplicación es ideal en pacientes clasificados clínicamente de inestables, en gravedad extrema y en paciente límites o fronteras. Las indicaciones específicas son: fractura bilateral del fémur, fracturas inestables de pelvis con hemorragias y pacientes ancianos. Se benefician y también las fracturas expuestas tipo grado 3, B y C y fracturas aisladas complejas. La técnica más frecuente aplicable en CCD en Ortopedia es la fijación externa. La biología molecular con los marcadores inflamatorios nos ayudaría en un futuro cercano a descubrir los pacientes en riesgo. Es imperativo implementar esta es-

trategia con el paciente poli traumatizado en todos nuestros hospitales.

### **51C. EPIDEMIOLOGÍA Y FISIOPATOLOGÍA DEL ENVENENAMIENTO POR MORDEDURA DE SERPIENTE EN CENTROAMÉRICA.**

José María Gutiérrez. Instituto Clodomiro Picado, Facultad de Microbiología, Universidad de Costa Rica, San José, Costa Rica.

El envenenamiento por mordedura de serpiente constituye un importante problema de salud pública en Centroamérica, donde ocurren cerca de 5.000 casos anualmente; Panamá presenta la mayor incidencia en la región. La gran mayoría de los casos son inducidos por especies de la familia Viperidae, siendo la más importante *Bothrops asper*, popularmente conocida como 'terciopelo' o 'barba amarilla'. Sólo un 1% de casos son provocados por serpientes de la familia Elapidae (Género *Micrurus*, popularmente conocidas como 'corales'). Los trabajadores agrícolas son el sector más afectado, predominando los accidentes en varones jóvenes. Los envenenamientos ocurren durante todo el año, pero la incidencia es mayor en la temporada lluviosa. Los venenos de serpientes coral induce principalmente parálisis neuromuscular por bloqueo a nivel post-sináptico; en los casos severos, ocurre parálisis respiratoria que puede ser fatal. Los venenos de serpientes de la familia Viperidae inducen un drástico cuadro de patología local, caracterizado por edema, hemorragia, necrosis de tejido muscular, formación de flictenas y dermonecrosis, asociadas con dolor intenso. El edema en ciertos compartimientos musculares puede llevar a un síndrome compartimental. De no administrarse a tiempo el tratamiento, estas alteraciones locales pueden llevar a secuelas permanentes como pérdida de tejido y disfuncionalidad de la extremidad mordida. Las alteraciones sistémicas en envenenamientos por vipéridos incluyen coagulopatías, hemorragia, alteraciones hemodinámicas y fallo renal agudo. La principal consecuencia fisiopatológica sistémica es el choque cardiovascular producto de la hipovolemia. Complicaciones de estos envenenamientos incluyen la necrosis tisular local, el accidente vascular cerebral, las infecciones y la sepsis. Las pruebas de laboratorio, sobre todo las asociadas a la valoración de la coagulación y de la función renal, así como el hemograma, juegan un papel importante en el diagnóstico y seguimiento de estos casos. Los venenos se caracterizan por una alta complejidad bioquímica que se asocia a este complejo perfil fisiopatológico.

### **53C. TRATAMIENTO DEL ENVENENAMIENTO POR MORDEDURA DE SERPIENTE EN CENTROAMÉRICA.**

José María Gutiérrez. Instituto Clodomiro Picado, Facultad de Microbiología, Universidad de Costa Rica, San José, Costa Rica.

El envenenamiento por mordedura de serpiente se asocia a alteraciones fisiopatológicas variadas que requieren de un abordaje terapéutico integral. El diagnóstico, es decir la identificación de la familia a la cual pertenece la serpiente que causó la mordedura y la estimación de la severidad del accidente, deben basarse en criterios clínicos y de laboratorio objetivos. El eje central de la terapia de estos envenenamientos se basa en la administración intravenosa de anti venenos, ya sea el 'anticoral', para envenenamientos por corales, o el 'polivalente', para casos inducidos por vipéridos. La dosis inicial de anti veneno, para los productos del Instituto Clodomiro Picado (Costa Rica), es de 10 frascos. Esa dosis se diluye en solución salina (400 mL en adultos y 200 mL en niños) y se administra vía i.v., inicialmente a flujo lento, para detectar posibles reacciones adversas. No se recomienda el uso de pruebas intradérmicas para predecir las reacciones adversas por su pobre poder predictivo. En ausencia de reacciones adversas, a partir de los 20 minutos de tratamiento, se incrementa el flujo de infusión. En caso de reacciones adversas, se debe suspender temporalmente la administración del anti veneno y se administran antihistamínicos y esteroides por la vía i.v., o bien, si la reacción es fuerte, adrenalina por la vía s.c. Controlada la reacción adversa, se debe reiniciar la administración del anti veneno. Si al cabo de 12 horas no se ha controlado el sangrado o no se ha corregido parcial o totalmente la coagulopatía, en el caso de envenenamientos por vipéridos, se debe administrar una dosis adicional de 5 o 10 frascos de anti veneno. La terapia complementaria incluye profilaxis del tétano, antibioticoterapia, terapia de fluidos, tratamiento de las alteraciones renales y, en caso de síndrome compartimental, descompresión quirúrgica. La intubación endotraqueal y la ventilación mecánica deben considerarse en casos de envenenamiento neurotóxico.

### **59C. PREVALENCIA DE DISCAPACIDAD EN LA POBLACIÓN ECONÓMICAMENTE ACTIVA: UNA INVESTIGACIÓN PRIORITARIA A NIVEL NACIONAL. DATOS PRELIMINARES.**

Sonia Flores. Especialista en Medicina Física y Rehabilitación; Unidad de Medicina Física y Rehabilitación, Instituto Hondureño de Seguridad Social; Barrio Abajo, Tegucigalpa, Honduras.

La Agenda de Investigación 2012-2017 de los servicios de salud y unidades académicas de Medicina Física y Rehabilitación de Honduras contiene tres líneas prioritarias, incluyendo (1) Enfermedades crónicas no transmisibles y estilos de vida, (2) Derecho a la salud y los servicios de salud y (3) Línea institucional. Varios temas relacionados a la discapacidad fueron ponderados entre los primeros lugares en la línea (1). Enmarcados en la Agenda de Investigación, la Unidad de Investigación Científica y el Postgrado de Medicina Física y Rehabilitación, Facultad de Ciencias Médicas UNAH, diseñaron y ejecutaron un estudio descriptivo transversal con el objetivo de determinar la prevalencia de discapacidad >1 año de evolución en la población económicamente activa (PEA) en las áreas de influencia de los médicos en servicio social (MSS) del período 2013-2014. La muestra incluyó 50 casas habitadas y habitantes 18-65 años, de quienes cada MSS obtuvo consentimiento informado. Cada MSS seleccionó la comunidad o vecindario de manera aleatoria. Se utilizaron tres instrumentos, uno para búsqueda activa de casos, otro para su caracterización y otro para evaluación de la respuesta institucional. Se utilizó la clasificación Internacional del Funcionamiento de Discapacidad y de Salud (CIF) y el cuestionario WHO-DAS II de OMS para evaluar limitación de actividad y restricción de participación en los últimos 30 días. Se contó con el apoyo financiero de una Beca Sustantiva de la Dirección de Investigación Científica, UNAH. Participaron 301 MSS y se evaluaron 207 unidades de salud. Se encuestaron 16,669 viviendas habitadas y se identificaron 39,171 personas de 18-65 años, 44.5% (17,435) hombres y 55.5% (21,736) mujeres, y 1,807 personas con algún grado de discapacidad, 1,199 (66.4%) mujeres y 608 (33.6%) hombres, para una prevalencia de 4.6% (IC95% 4.3-4.7). La prevalencia identificada es 1.7 veces mayor que la informada por el Instituto Nacional de Estadísticas de Honduras (2002). Los estudios de prevalencia pueden contribuir de manera efectiva a influir en las políticas públicas que benefician a las poblaciones afectadas.

## RESÚMENES DE TRABAJOS LIBRES (TL)

**1TL. SISTEMA SANITARIO: CAPACIDAD DE RESPUESTA LIMITADA DETECTADA EN REFERENCIAS PARA ATENCIÓN QUIRÚRGICA, HOSPITAL ESCUELA UNIVERSITARIO, TEGUCIGALPA.** Bessy M. Mejía,<sup>1</sup> Juan Francisco Ayestas,<sup>2</sup> Jackeline Alger.<sup>3</sup> <sup>1</sup>MD, Postgrado de Cirugía General, Facultad de Ciencias Médicas, UNAH; <sup>2</sup>MD, Especialista en Cirugía General, Sala de Emergencia de Cirugía, Hospital Escuela Universitario; <sup>3</sup>MD, PhD en Parasitología, Servicio Parasitología, Departamento de Laboratorio Clínico, Hospital Escuela Universitario; Unidad de Investigación Científica, FCM UNAH; Tegucigalpa, Honduras.

**Antecedentes:** El Hospital Escuela Universitario (HEU) tiene cobertura de atención 24/7 y recibe pacientes referidos a nivel nacional. **Objetivo:** Identificar los centros asistenciales y características de pacientes referidos a Emergencia de Cirugía General (CG), HEU, mayo-julio 2013. **Metodología:** Estudio descriptivo transversal sobre pacientes referidos para atención quirúrgica captados en Sala de Emergencia de CG. Previo consentimiento informado verbal, los datos se recolectaron por entrevista, revisión de referencia y expediente clínico. Se registró información socio demográfico, clínica, condiciones del traslado. Se evaluó características de los centros asistenciales. **Resultados:** Se registraron 844 pacientes referidos, 20.5% de las atenciones del período. El 66.1% (558) fue referido de centros asistenciales de Francisco Morazán; el resto, procedía de El Paraíso 10.2%(86), Comayagua 6.8% (57) y Olancho 3.8% (32). De las referencias de hospitales regionales (103), 20% (48) correspondió Hospital Santa Teresa, Comayagua, y 18% (43) Hospital Gabriela Alvarado, El Paraíso. Las razones de referencia incluyeron falta de médico especialista de insumos conjuntamente (62.9%), falta de médicos especialistas (27.4%) y de insumos (4.6%), y falta de recursos económicos del paciente (3.1%). Entre condiciones clínicas, 26.7% (225) fue referido por dolor abdominal. El 4% (31) se recibió en condiciones inestables y 5.2% (44) con deterioro del estado de conciencia. **Conclusión/Recomendación:** El sistema sanitario de Honduras demuestra carencia de personal calificado e insumos para atención quirúrgica. La referencia por razones injustificadas acarrea impacto negativo al paciente, su familia y al centro receptor. Un sistema exitoso requiere organización, integración e interrelación entre los diferentes niveles de atención, acciones que se deben implementar y es responsabilidad de la Secretaría de Salud.

**2TL. ENFERMEDAD DE CHAGAS, MODELO DE CONTROL ALTERNATIVO: EXPERIENCIA EN HONDURAS, AMÉRICA CENTRAL.** Concepción Zúñiga,<sup>1-3</sup> Carlos Ponce,<sup>2,3</sup> Michio Kojima,<sup>4</sup> Gilles de Margerie,<sup>5</sup> Jackeline Alger.<sup>2,3,6,7</sup> <sup>1</sup>Secretaría de Salud de Honduras; <sup>2</sup>Asociación Hondureña de Parasitología; <sup>3</sup>Instituto de Enfermedades Infecciosas y Parasitología Antonio Vidal; <sup>4</sup>Agencia de Cooperación Internacional de Japón (JICA); <sup>5</sup>Agencia Canadiense de Desarrollo Internacional (CIDA); <sup>6</sup>Servicio de Parasitología, Departamento de Laboratorios Clínicos, Hospital Escuela Universitario; <sup>7</sup>Unidad de Investigación Científica, Facultad de Ciencias Médicas, UNAH; Tegucigalpa, Honduras.

**Antecedentes:** La Iniciativa de los Países de Centro América (IPCA) contra la Enfermedad de Chagas se inició en 1997, con la incorporación de México en 2013 pasa a llamarse IPCAM. En Honduras, el Programa Nacional de Prevención y Control ha basado su estrategia de control vectorial en educación para la salud, uso de insecticidas en el intra y peri-domicilio y la mejora de la vivienda. El control de la transmisión transfusional se realiza mediante tamizaje serológico de la sangre donada en los bancos de sangre. La atención médica de las personas infectadas se realiza mediante diagnóstico, tratamiento etiológico y seguimiento. El Modelo Alternativo, iniciado en 2003, integra la detección y el tratamiento de casos de infección reciente. **Métodos:** El Modelo incluye exploración serológica y/o entomológica entre los escolares, mediante un esquema gráfico para identificar el vector en las viviendas, uso de prueba rápida de diagnóstico y la confirmación de los casos mediante la prueba de ELISA, seguido por control químico del vector en áreas priorizadas de acuerdo a la prevalencia. El tratamiento etiológico bajo supervisión médica es proporcionado a los casos confirmados en los niños <15 años. Se instala la vigilancia epidemiológica institucional y comunitaria. Se utilizan consentimiento informado y asentimiento. El seguimiento del tratamiento incluye dos evaluaciones serológicas a los 18 y 36 meses post-tratamiento. **Resultados:** En un período de 8 años (2003-2011), 94 municipios fueron intervenidos con este enfoque. De un total de 49,150 niños evaluados serológicamente, 1638 (3.3%) se identificaron como infectados y tratados. Con este enfoque, las áreas con infestación de *Rhodnius prolixus* fueron intervenidas gradualmente, hasta alcanzar la Certificación Internacional de Interrupción de la Transmisión por *R. prolixus* en

2011. **Conclusiones/Recomendaciones:** Este modelo alternativo integra acciones de control de vectores, vigilancia epidemiológica y tratamiento etiológico, proporciona un enfoque racional, reduce los costos y el tiempo de ejecución en comparación con el modelo convencional. Se recomienda su utilización en regiones / países con condiciones similares.

### 3TL. CARACTERIZACIÓN CLÍNICO-EPIDEMIOLÓGICA Y SUPERVIVENCIA DE LOS PACIENTES VIH CON TUBERCULOSIS PULMONAR, INSTITUTO PEDRO KOURI, LA HABANA, CUBA, 2004-2010.

Blanca Azucena Martínez Vallecillo,<sup>1</sup> Juan Carlos Millán Marcelo,<sup>2</sup> Antonio Pérez Rodríguez,<sup>3</sup> Susana Marta Borroto Gutierrez,<sup>4</sup> Madelyn Garcés Martínez,<sup>5</sup> Yoandra Abad Lamoth.<sup>6</sup> <sup>1</sup>Doctora en Medicina General, MSc en Infectología y Enfermedades Tropicales <sup>2</sup>Especialista en 2do Grado Medicina Interna, Infectólogo Tropicalista, Dirección Hospital Clínico. <sup>3</sup>Doctor en Ciencias, Médico infectólogo Tropicalista. <sup>4</sup>MSc en Epidemiología, Departamento de Tuberculosis. <sup>5</sup>Especialista en Microbiología, MSc en Epidemiología. <sup>6</sup>Departamento de Estadística; Instituto Pedro Kouri, La Habana, Cuba.

**Antecedentes:** En personas con tuberculosis (TB) infectadas por VIH se ha observado elevada letalidad, constituyéndose la TB como la principal causa de muerte en pacientes con VIH. A escala mundial (2010) hubo 8.8 millones de casos TB nuevos, 1.1 millones de muertes por TB en personas VIH seronegativas y 350,000 muertes por TB en VIH seropositivas. En Honduras, 24% muere por esta co-infección. En el presente estudio se analiza la supervivencia de las mismas en el marco de un estudio Longitudinal analítico de las cohortes (cohorte histórica) **Objetivo:** Analizar la supervivencia en pacientes VIH diagnosticados con TB pulmonar (TBp) en la cohorte 2004-2010, IPK. **Sujetos y Métodos:** Se incluyeron 125 casos clínicos con co-infección TB pulmonar/VIH diagnosticados en el IPK comprendido entre enero 2004 - diciembre 2010. Las variables analizadas fueron: edad, sexo, procedencia, color de piel, hábitos tóxicos, categoría clínica, tiempo entre VIH y TB, adherencia al TARV, momento de inicio de TARV, manifestaciones clínicas, conteo de linfocitos T CD4+, bacteriología, patrón radiológico, enfermedades oportunistas, resistencia al tratamiento antituberculoso, salida del programa de TB. Se utilizó el método de Kaplan-Meier y la prueba de long-rank y análisis bivariado. **Resultados:** El 63.2% (79) de los pacientes tenía categoría sida. El 100% de pacientes que fallecieron por TBp, falleció antes del primer año del diagnóstico. La baciloscopia BAAR (+) se asoció dos

veces más a mortalidad en ese período (RR =2.2, IC95% 1.0-4.5,  $p=0.003$ ). A medida que aumentó la severidad clínica de los pacientes, disminuyó el tiempo de supervivencia ( $p=0.15$ ). Haber tenido enfermedades oportunistas antes del diagnóstico de TBp resultó significativo (RR 4.4, IC95% 1.5-12.5,  $p=0.005$ ). **Conclusiones/Recomendaciones:** La supervivencia en personas con TBp/VIH es muy variable y disminuye en los pacientes con debut clínico. La TBp se presentó independientemente de los niveles de linfocitos T CD4+. Las enfermedades oportunistas previas al diagnóstico de TBp y la baciloscopia positiva resultaron predictivas para la mortalidad. El éxito del tratamiento se puede considerar alto, con una mortalidad relativamente baja.

### 4TL. CARACTERIZACIÓN CLÍNICA Y EPIDEMIOLÓGICA DE LOS PACIENTES CON DIAGNOSTICO DE RETINOBLASTOMA, SERVICIO DE OFTALMOLOGÍA PEDIÁTRICA, HOSPITAL ESCUELA UNIVERSITARIO, TEGUCIGALPA.

Carlos Maldonado. Doctor en Medicina, Especialista en Oftalmología, sub-especialidad en Oftalmología pediátrica. Servicio de Oftalmología Pediátrica, Hospital Escuela Universitario; Tegucigalpa, Honduras.

**Antecedentes:** El HEU es el primer centro de referencia de pacientes con leucocoria, signo patognomónico de retinoblastoma. **Objetivo:** Caracterizar clínica y epidemiológicamente los pacientes atendidos en la consulta externa del Servicio de Oftalmología Pediátrica en el período enero 2000 al mes de abril 2014. **Metodología:** Estudio descriptivo transversal. Se registró información clínica-epidemiológica a partir de expedientes de pacientes con diagnóstico de retinoblastoma. Los parámetros analizados incluyeron edad, sexo, estado actual del paciente, tipo de tratamiento recibido. **Resultados:** Se evaluaron 160 pacientes, 35 pacientes (21%) procedentes de Francisco Morazán seguido de Cortes 27 pacientes (17%). Cuatro pacientes (1%) reusaron el tratamiento, 30 pacientes (19%) lo abandonaron. Se identificó una sobrevida de 65%, recibiendo la mayoría como tratamiento primario la cirugía conocida como enucleación seguida de quimioterapia como tratamiento coadyuvante y un pequeño grupo que recibió tratamiento laser. **Conclusión/Recomendación:** En este grupo de pacientes con retinoblastoma se identificó una sobrevida de 65% que puede aumentarse a través de diagnóstico oportuno por los médicos generales y pediatras en las unidades de salud de atención primaria.

**5TL. CARACTERIZACIÓN CLÍNICA Y EPIDEMIOLÓGICA DE LAS EMERGENCIAS OFTALMOLÓGICAS ATENDIDAS EN EL HOSPITAL ESCUELA UNIVERSITARIO, TEGUCIGALPA, AÑO 2013.** Carlos Maldonado. Doctor en Medicina, Especialista en Oftalmología, sub-especialidad en Oftalmología pediátrica. Servicio de Oftalmología Pediátrica, Hospital Escuela Universitario; Tegucigalpa, Honduras.

**Antecedentes:** En el HEU no se conocen las características de los pacientes que acuden a la Sala de Emergencia por problemas oftalmológicos y los diferentes procedimientos que se realizan. **Objetivo:** Caracterizar clínica y epidemiológicamente los pacientes atendidos en la Sala de Emergencia y que necesitaron una evaluación oftalmológica en el año 2013. **Metodología:** Estudio descriptivo transversal. Se registró información clínica-epidemiológica a partir de la Hoja de Registro de Atención Oftalmológica de Emergencia. Para analizar factores como edad, diagnóstico, tipo de accidente si eran menores de diez y ocho años o adultos y su respectivo sexo. **Resultados:** Se evaluaron 268 pacientes, 116 adultos y 152 niños, de los cuales pertenecían al sexo femenino 62 pacientes (23%) y al sexo masculino 206 pacientes (77%). Los pacientes procedían en su mayoría de Francisco Morazán, 172 (64%). Se identificaron 32 diferentes patologías, siendo la principal causa los cuerpos extraños 33 pacientes (12%) y las heridas corneales 28 pacientes (10%). Entre los que sufrieron accidentes, los lugares más frecuentes fueron en casa 45 pacientes (17%) y en el sitio de trabajo 53 pacientes (20%). La mayoría, 80 pacientes (30%), recibió tratamiento médico. **Conclusión/Recomendación:** La mayoría de las emergencias oftalmológicas fueron producidas por accidentes en casa en los niños y en el trabajo en los adultos, afectando más a los hombres que a las mujeres. Se recomienda realizar campañas de promoción de medidas de prevención de accidentes oftalmológicos tanto en el hogar como en lugares de trabajo.

**6TL. ASPERGILLOSIS INVASIVA DE SENOS PARANASALES.** Tito Alvarado, MD, MPH, MsCTM;<sup>1</sup> Juan Carlos Barrientos, MD;<sup>2</sup> Diana Gómez, MD;<sup>2</sup> Sandra Montoya, MQS.<sup>3</sup> <sup>1</sup>Sociedad Hondureña de Enfermedades Infecciosas; <sup>2</sup>Servicio de Otorrinolaringología, Hospital Escuela Universitario; <sup>4</sup>Sección Micología, Servicio Microbiología, Departamento de Laboratorio Clínico, Hospital Escuela Universitario; Tegucigalpa, Honduras.

**Antecedentes:** *Aspergillus* es un hongo oportunista de alta mortalidad en pacientes inmunocomprometidos. Infecta al hombre a través de su inhalación. Su espectro clínico es muy amplio; varía desde una simple contaminación, hasta una enfermedad invasiva diseminada. El diagnóstico es difícil, con frecuencia tardía, y su tratamiento infructuoso. **Descripción del caso clínico:** Paciente campesino, de 38 años, con historia de extracciones dentarias (mayo/2000). En junio/2009, le practicaron cirugía por proceso crónico "inflamatorio y/o tumoral" no ulcerado en mejilla derecha. Posteriormente (meses), el paciente experimentó aumento de volumen y dolor crónico en sitio operado, obstrucción nasal y rinorrea, acudiendo a consulta externa (ORL) del Hospital Escuela (Noviembre, Diciembre/2010, y Enero/2011). Fue hospitalizado el 3 de Enero/2011 en Sala de Otorrinolaringología. Rayos X y TAC realizados (Noviembre/2010), revelaron proceso ocupativo del seno maxilar derecho con compromiso osteolítico. Rayos X de tórax fue normal. El 1/Febrero, se le practicó curetaje (Caldwell Luc), extrayéndose abundante material fibroso blanquecino para biopsia y cultivos. En el cultivo (sabouraud), creció *Aspergillus fumigatus*; y la biopsia reveló proceso inflamatorio crónico con infiltración de elementos fungoides. El 5/Febrero, inició anfotericina B por 17 días, cambiándose a voriconazole IV por daño renal. El 18/Febrero, un segundo TAC reveló disminución del tumor. El 1/Marzo, se practicó nuevo curetaje, extrayéndose también abundante material para cultivo, el resultado (6/Marzo) mostró nuevamente, crecimiento del hongo. Un tercer TAC 17/Marzo, reveló considerable reducción del proceso infiltrativo. Fue dado de alta el 21/Marzo con itraconazole oral hasta obtener respuesta. Al año, el paciente experimentó mejoría satisfactoria y seis meses después se declaró curado. **Conclusiones/Recomendaciones:** Aspergillosis es una enfermedad cuyo diagnóstico demanda una dosis importante de sospecha clínica y tratamiento oportuno e integral, que involucren al médico y al microbiólogo, con el propósito de disminuir el impacto de su elevada mortalidad.

## 7TL. ANESTESIA REGIONAL: CASOS COMPLICADOS Y FACTORES ASOCIADOS, HOSPITAL ESCUELA UNIVERSITARIO, TEGUCIGALPA, HONDURAS. Ana Rosa Prince,<sup>1</sup> Ramón Amaya,<sup>2</sup> Jackeline Alger,<sup>3</sup> Manuel Sierra.<sup>4</sup>

<sup>1</sup>MD, Postgrado Anestesiología, Reanimación y Dolor, Facultad de Ciencias Médicas (FCM) UNAH; <sup>2</sup>MD, Especialista en Anestesiología, Departamento de Anestesiología, Hospital Escuela Universitario; <sup>3</sup>MD, PhD en Parasitología, Servicio de Parasitología, Departamento de Laboratorio Clínico, Hospital Escuela Universitario; Unidad de Investigación Científica, Facultad de Ciencias Médicas, UNAH; <sup>4</sup>MD, PhD, Maestría en Epidemiología, FCM UNAH; Tegucigalpa, Honduras.

**Antecedentes:** El uso de técnicas de anestesia regional se ha incrementado en los últimos años, por lo que es necesario conocer sus complicaciones. **Objetivo:** Describir las características de pacientes sometidos a anestesia regional y factores asociados a complicaciones, Hospital Escuela Universitario, Tegucigalpa, Enero 2012-Enero 2013.

**Metodología:** Estudio analítico tipo caso/control. Caso: paciente sometido a procedimiento quirúrgico electivo o emergencia bajo anestesia regional que presentó alguna complicación anestésica; Control: aquellos que no presentaron complicaciones, pareado por edad  $\pm 1$  año. Muestra estimada en 150 casos y 150 controles. Se registró información clínica-epidemiológica de expedientes seleccionados aleatoriamente. Se utilizó OR, IC95% y  $p < 0.05$  para analizar factores asociados (tipo de procedimiento, tipo de anestesia regional, clasificación ASA y co-morbilidad). **Resultados:** Ambos grupos presentaron distribución similar por sexo y peso. Categoría ASA I y procedimiento electivo se presentó en 50.6% (76) y 46.0% (69) de los casos, y en 58.6% (88) y 54.6% (82) de los controles, respectivamente. El bloqueo raquídeo fue el más utilizado, 76 (50.6%) y 106 (70.6%) casos y controles, respectivamente. Las complicaciones incluyeron bloqueo fallido (75.0%), hipotensión (24.6%) y bradicardia (10.0%). Bloqueo raquídeo y ausencia de co-morbilidad fueron protectores; categorías ASA III-IV y presencia de co-morbilidad fueron factores de riesgo; hipertensión arterial y diabetes mellitus se asociaron 3.5 y 7 veces más, respectivamente, a casos complicados; todos  $p < 0.05$ . **Conclusiones/ Recomendaciones:** El procedimiento electivo/emergencia no se asoció a complicaciones. Se recomienda estabilizar los pacientes que serán sometidos a anestesia regional, así como identificar otros factores relacionados a bloqueo fallido e implementar correctivos.

8TL. **NOCARDIOSIS DISEMINADA.** Tito Alvarado, MD, MPH, MsCTM.<sup>1</sup> Sandra Montoya, MQS.<sup>2</sup> <sup>1</sup>Sociedad Hondureña de Enfermedades Infecciosas; <sup>2</sup>Sección Micología, Servicio Microbiología, Departamento de Laboratorio Clínico, Hospital Escuela Universitario; Tegucigalpa, Honduras.

**Antecedentes:** Las nocardias son bacterias aeróbicas filamentosas que viven en el ambiente, y que ocasionalmente infectan a animales y al hombre a través de inoculación de su piel o mucosas, o por inhalación. El síndrome clínico característico (micetoma), es un proceso inflamatorio de evolución lenta que afecta piel, pulmones, etc. Sin tratamiento, pueden producir la muerte; particularmente en pacientes inmunocomprometidos. **Descripción del caso:** Paciente masculino de 22 años, campesino, procedente del El Paraíso (Trojes), quien ingresó a Sala de Neurocirugía, Hospital Escuela, el 30/ Agosto 2010 con historia: > 6 meses de fiebre, pérdida de peso, tos productiva y presencia de nódulos fistulizados en espalda; además, debilidad de ambos miembros inferiores con paraparesia que dificultaba su deambulación. Al examen físico, paciente desnutrido, PA=100/60, FC=70/min, FR=20/min y T°C=37.5. En pulmón derecho había disminución del murmullo vesicular. Los ruidos cardíacos R1 y R2 fueron normales. El abdomen era simétrico sin visceromegalia. Los miembros inferiores presentaban atrofia muscular y paraparesia bilateral con sensibilidad conservada. Se hizo el diagnóstico de síndrome medular incompleto. La resonancia magnética de tórax reveló compromiso pulmonar y presencia de masa paravertebral, comprimiendo la médula en su unión cervico-torácica (C7, T1 y T2). El TAC cerebral fue normal. El paciente permaneció en sala durante 36 días, siendo evaluado por los servicios de Neurocirugía, Dermatología, e Infectología. Se hizo el diagnóstico de nocardiosis diseminada, demostrada con cultivo (*Nocardia brasiliensis*). El paciente fue tratado con imipenem durante un mes y TMP/Sulfa, hasta obtener respuesta. El paciente egresó el 5/ Octubre, y su evolución en consulta externa de infectología 6 meses después, fue satisfactoria. Lamentablemente, el paciente no acudió a las consultas subsiguientes. **Conclusiones/ Recomendaciones:** El micetoma es una enfermedad tropical, lenta y progresiva, cuya etiología más frecuente son bacterias filamentosas (nocardias, estreptomicas, etc) y raramente, hongos verdaderos. Se necesita hacer un diagnóstico clínico-microbiológico y una fuerte dosis de paciencia para curar al paciente.

**9TL. HISTOPLASMOSIS VERTEBRAL.** Tito Alvarado, MD, MPH, MsCTM.<sup>1</sup> Sandra Montoya, MQS.<sup>2</sup> <sup>1</sup>Sociedad Hondureña de Enfermedades Infecciosas; <sup>2</sup>Sección Micología, Servicio Microbiología, Departamento de Laboratorio Clínico, Hospital Escuela Universitario; Tegucigalpa, Honduras.

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

**10TL. INFORME DE UN CASO: PÓLIPO EN ADENOCARCINOMA IN SITU DE COLÉDOCO DISTAL EN UNA PACIENTE DE 34 AÑOS CON HEPATITIS AUTOINMUNE.** Feizal J. Selman H., <sup>1</sup> Wendy A. Núñez Flores, <sup>2</sup> Junior Santamaría, <sup>3</sup> Ana Gabriela Caballero.<sup>4</sup> <sup>1</sup>Cirujano General, Hospital Nacional Dr. Mario Catarino Rivas; <sup>2</sup>Medico general, Master en Psicología con Orientación Educativa, Universidad Católica de Honduras, San Pedro Sula; <sup>3</sup>Médico General, Universidad Nacional de Honduras en el Valle de Sula; <sup>4</sup>Médico en Servicio Social, Universidad Católica de Honduras, San Pedro Sula, Honduras.

**Antecedentes:** El colangiocarcinoma es una neoplasia infrecuente que se origina en el epitelio del conducto biliar intra o extra hepático. Tiene un carácter clínicamente silencioso hasta fases avanzadas y un difícil abordaje quirúrgico. Se presenta especialmente después de la sexta década de la vida. El pronóstico es reservado a corto plazo. La Hepatitis Autoinmune es una enfermedad de etiología desconocida caracterizada por hepatitis de interfase, hipergammaglobulinemia, auto anticuerpos circulantes y una respuesta favorable a la inmunosupresión. Los hallazgos de laboratorio varían entre hepatitis autoinmune tipo I, cirrosis biliar primaria o colangitis esclerosante primaria. **Descripción del Caso:** Presentamos el caso de una paciente de 34 años con Hepatitis Autoinmune (laboratorialmente ANA positivos, Anti mitocondriales y Anti músculo liso negativos y una fosfatasa alcalina de 4,065 UI/L e hipertransaminasemia, sin hepato-esplenomegalia y biopsia percutánea de hígado normal) con buena respuesta al tratamiento con metilprednisolona y azatioprina. Posteriormente a embarazo tuvo una exacerbación de su cuadro clínico debutando con síndrome icterico e identificándose una dilatación biliar (por Colangio-RM) particularmente del colédoco, de 37mm de diámetro asociado a proceso ocupante desde el extremo distal del colédoco hasta su tercio medio. Se realizó CPRE observando únicamente salida de moco y al no ser concluyente se decidió intervención quirúrgica encontrándose un tumor intraluminal que ocupaba toda la luz del colédoco. Se realizó resección de Wipplhe. Biopsia reporto una histología de pólipo adenomatoso con focos de adenocarcinoma in situ de la vía biliar. A 5 años postratamiento quirúrgico sin requerir quimioterapia ni radiación, la paciente ha evolucionado satisfactoriamente sin recidivas del tumor, marcadores tumorales negativos. Su manejo por hepatitis autoinmune aún continúa. **Conclusiones:** La presencia de pólipo adenomatoso mucinoso de la vía biliar con cambios

displásicos y carcinoma con infiltración mínima es infrecuente y mucho menos en una población joven. La supervivencia a 5 años se estima solo para el 20% de todos estos pacientes.

#### **11TL. COLECISTECTOMÍA LAPAROSCÓPICA AMBULATORIA: UNA ALTERNATIVA PARA REDUCIR COSTOS EN HOSPITALES PÚBLICOS DE HONDURAS.** Erika Blanco Raudales,<sup>1</sup> Rafael Sierra,<sup>2</sup> Jackeline Alger.<sup>3</sup>

<sup>1</sup>MD, Especialista en Cirugía General, Facultad de Ciencias Médicas UNAH; <sup>2</sup>MD, Especialista en Cirugía General, Hospital de Especialidades del Instituto Hondureño Seguridad Social; <sup>3</sup>MD, PhD en Parasitología, Servicio de Parasitología, Departamento de Laboratorio Clínico, Hospital Escuela Universitario; Unidad de Investigación Científica, Facultad de Ciencias Médicas, UNAH; Tegucigalpa, Honduras.

**Antecedentes:** La Colectomía Laparoscópica Ambulatoria (CLA) es el procedimiento donde el tiempo entre ingreso del paciente hasta egreso es  $\leq 12$  horas. En Honduras surgió como iniciativa del Hospital de Especialidades (HE) del Instituto Hondureño de Seguridad Social (IHSS), Tegucigalpa, desde 2007. **Objetivo:** Determinar las características de CLA y de la Colectomía Laparoscópica Hospitalaria (CLH), IHSS, 2012-2013. **Metodología:** Estudio descriptivo transversal de asociación en pacientes atendidos en Unidad de Cirugía Ambulatoria y HE IHSS entre enero 2012–Enero 2013. Se estimó un tamaño muestral de 40-59% del total de CLA y CLH realizadas. Se identificaron las características de los pacientes y de la enfermedad determinando diferencias entre ambos grupos (OR, IC95%,  $p < 0.05$ ). Se estimó costo-beneficio en base a costo/intervención quirúrgica y días de hospitalización e incapacidad. **Resultados:** Se analizaron 100 pacientes en cada grupo. El 86% (86) y 76% (76) fueron mujeres en CLA y CLH, respectivamente. Los dos grupos fueron diferentes en cuanto a edad, evolución de la enfermedad, antecedente de episodios de dolor y presencia de co-morbilidad. Edad  $\leq 50$  años se asoció casi 4 veces más a CLA (3.8,  $2.1 < OR < 7$ ,  $p = 0.0001$ ). Evolución  $< 3$  meses se asoció 2 veces más a CLA (2.0,  $1.1 < OR < 3.6$ ,  $p = 0.02$ ). Dos o menos episodios de dolor previos se asoció 2 veces más a CLA (2.2,  $1.0 < OR < 5.1$ ,  $p = 0.05$ ). La presencia de co-morbilidad se asoció 2 veces más a CLH (0.5  $0.2 < OR < 0.9$ ,  $p = 0.02$ ). No hubo diferencias estadísticamente significativas en cuanto a sexo y complicaciones post intervención quirúrgica. Se estimó costo total de USD 78,750.00 (promedio USD 70,000.00) y USD 158,322.00 (promedio USD 140,000.00) para CLA y CLH, respectivamente.

**Conclusiones/Recomendaciones:** Se debe establecer un protocolo para CLA y CLH. CLA es un procedimiento seguro que redujo los costos de hospitalización, representando una opción más económica para los hospitales públicos de Honduras.

#### **12TL. MENOR PORCENTAJE DE RECURRENCIA EN CÁNCER CÉRVICOUTERINO LOCALMENTE AVANZADO CON TRATAMIENTOS MÉDICO-QUIRÚRGICO.** Claudia María Calderón Valenzuela,<sup>1</sup> Pedro Guillermo Zelaya,

<sup>2</sup>Jackeline Alger. <sup>1</sup>MD, postgrado Oncología Quirúrgica, FCM UNAH; MD, <sup>2</sup>Especialista en Oncología Quirúrgica, Hospital General San Felipe; <sup>3</sup>MD, PhD en Parasitología, Servicio de Parasitología, Departamento de Laboratorio Clínico, Hospital Escuela Universitario; Unidad de Investigación Científica, Facultad de Ciencias Médicas, UNAH; Tegucigalpa, Honduras.

**Antecedentes:** En América Latina, las tasas anuales de cáncer cérvicouterino son mayores a 20 casos por 100,000 mujeres. Las tasas de supervivencia a cinco años varían entre 28% y 65%. **Objetivo:** determinar el porcentaje de recurrencia a cinco años en pacientes con cáncer cérvicouterino en estadios localmente avanzados de acuerdo a modalidad de tratamiento, hospital general San Felipe (HSF), 2008-2010. **Metodología:** Estudio descriptivo transversal. Se revisaron expedientes clínicos de pacientes tratadas con radioterapia (RT), radio quimioterapia (RTQT). Se utilizó prueba de proporciones (Chi) y OR (IC95%,  $p < 0.05$ ) para analizar resultados. **Resultados:** De 111 casos registrados, se encontró recurrencia en 59 (53.2%), de los cuales 43 (72.8%) recurrieron en los primeros 2 años. La recurrencia por modalidad de tratamiento se presentó en RT 75.6% (31/41), RTQT 57.1% (16/28), RTCG 20.0% (3/15) y RTQTCG 33.3% (9/27). La comparación entre grupos identificó diferencias estadísticamente significativas entre los grupos con abordaje quirúrgico y la radioterapia solo ( $p = 0.000$ ). No hubo diferencia entre grupos RT y RTQT. La modalidad de tratamiento con cirugía (RTCG, RTQTCG) se asoció como factor protector para recurrencia en  $< 2$  años (OR 0.2, IC95%  $0.1 < OR < 0.5$ ,  $p = 0.0006$ ). **Conclusiones/Recomendaciones:** En este estudio las pacientes que no se sometieron a cirugía presentaron  $> 5$  veces mayor probabilidad de recurrencia en un periodo  $< 2$  años. La histerectomía adyuvante puede contribuir a un mejor control local del cáncer cérvicouterino y puede ser una opción eficiente al no contar con braquiterapia en el HGSF.

**13TL. SÍNDROME DE PENDRED.** Guillermo Villatoro Godoy, Lesby Espinoza Colindres. Endocrinólogo Pediatra. Consulta Externa de Endocrinología Pediátrica, Hospital Materno Infantil; Tegucigalpa, Honduras.

**Antecedentes:** El síndrome de Pendred es una enfermedad autosómica recesiva caracterizada por la combinación de sordera neurosensorial y bocio. Su incidencia se estima en 7.5-10 casos por cada 100,000 nacidos. El defecto auditivo, aunque suele estar presente al nacimiento, puede también manifestarse a lo largo de la infancia, siendo el causante del 10% de todas las sorderas hereditarias. La dishormonogénesis tiroidea asociada a la sordera suele cursar con bocio multinodular, y los pacientes clínicamente son eutiroideos. Hipotiroidismo leve puede aparecer en el periodo de la pubertad. Los niveles de tiro globulina están elevados y presentan un test de descarga de perclorato positivo. El gen causante es el PDS (Pen Dred Syndrome) que codifica una proteína denominada pendrina, cuya función es el transporte de sulfatos a través de la membrana de las células tiroideas. El papel de la pendrina en el desarrollo coclear es menos obvio. **Descripción de casos clínicos:** Femenina de 9 años, con antecedente de retraso psicomotor severo, caminó a los 7 años, solo dice tres palabras, no escucha. Historia actual de 6 meses de notar aumento del tamaño de la tiroides sin signos de hipo e hipertiroidismo. Al examen físico fenotipo normal. Bocio G3 multinodular. TSH: 2.36 uIU/L (0.4-4), T4: 6.82 ug/dl (4.5-12.5), T3: 215 ng/dl (84-172), Anticuerpos antitiroglobulina < 20 IU/L, Anticuerpos antimicrosomales < 10 IU/L. Evaluación en audiología: hipoacusia congénita, se apoya en señas para su comunicación. Tratamiento con Levo tiroxina 100 µg/ml. **Conclusiones/Recomendaciones.** Es importante la evaluación integral del paciente para enmarcar toda la sintomatología dentro de una sola enfermedad, y brindar un tratamiento integral y oportuno.

**14TL. GIGANTISMO.** Guillermo Villatoro Godoy, Lesby Espinoza Colindres. Endocrinólogo Pediatra. Consulta Externa de Endocrinología Pediátrica, Hospital Materno Infantil; Tegucigalpa, Honduras.

**Antecedente.** El gigantismo se caracteriza por talla alta y alargamiento desproporcionado de las partes acras, además de rasgos faciales toscos. La causa más frecuente es un tumor hipofisario productor de hormona de crecimiento (98%). El diagnóstico se basa en la demostración de secreción excesiva de HC, así como la presencia del adenoma hipofisario. La cirugía transesfenoidal es el

tratamiento de elección. Si la secreción de HC no se normaliza puede recurrirse a la radiación hipofisaria y al tratamiento con somatostatina de acción prolongada o bromocriptina. **Descripción de casos clínicos:** Masculino de 12 años 10 meses con historia que desde los 7 años notan importante aumento de estatura. Niega signos neurológicos. Examen físico: facies toscas. Peso: 71.3 kg. Talla: 175.3 cm. P/A: 100/70. No prognatismo. Testes 20 cc. No hiperlaxitud. Exámenes complementarios: EO: 13 años. IGF-1: 873 ng/ml (143-693). IGF-BP3: 7.27 ug/ml. (2.7-8.9). HC: 31.9 ng/ml (1-14). TSH: 2.35 mIU/ml (0.4-6). T4: 7.89 mg/dl (4.8-12). T3: 111 ng/ml (0.6-1.85). Prolactina: 16.3 ng/ml. ACTH: 32.1 pg/ml. (Hasta 46). Cortisol: 10.5 ug/dl. LH: 2.19 mIU/ml. FSH: 1.8 mIU/ml. Testosterona: 80.3 ng/dl. Glucemia: 95 mg/dl. BUN: 11 mg/dl. Creatinina: 1 mg/dl. Colesterol: 122 mg/dl. Triglicéridos: 160 mg/dl. TSGO: 18 mg/dl. TSGP: 14 mg/dl. Sodio 132 mEq/L. Potasio: 4.7 mEq/L. Densidad urinaria: 1016. En curva de tolerancia a la glucosa no hubo supresión de los niveles de HC. Campimetría: No hemianopsias ni cuatrantopsias. IRM: imagen de 7 mm dentro de la hipófisis. Tratamiento con cabergolina. En el seguimiento se evidencia franca disminución de la velocidad de crecimiento y disminución de los niveles de HC e IGF-1. **Conclusiones/Recomendaciones:** El reconocimiento y el diagnóstico de los cuadros clínicos que cursan con hipercrecimiento son relevantes para un adecuado tratamiento médico-quirúrgico y vigilancia de aparición de complicaciones.

**15TL. SÍNDROME DE BARAKAT.** Guillermo Villatoro Godoy, Lesby Espinoza Colindres. Endocrinólogo Pediatra. Consulta Externa de Endocrinología Pediátrica, Hospital Materno Infantil; Tegucigalpa, Honduras.

**Antecedentes:** El síndrome de Barakat o HDR por sus siglas en inglés (Hipoparatiroidismo, sordera sensorial y enfermedad renal). Prevalencia desconocida, aunque se considera una enfermedad muy poco frecuente. El cuadro clínico incluye hipoparatiroidismo, sordera sensorial y enfermedad renal. Herencia autosómica dominante causado por mutaciones en el gen GATA3, situado en el cromosoma 10p (10p15, 10p15.1-p14). El tratamiento consiste en tratar las anomalías clínicas a medida que se van presentando. **Descripción de casos clínicos:** Masculino de 18 años, producto del noveno embarazo. Desarrollo psicomotor adecuado con retraso del lenguaje. Ingresado a los 4 años por hipocalcemia. Tomaba calcio de manera irregular. Desde los 7 años notan disminución de la audición. Asintomático

y sin control médico hasta hace un mes que ingresa con tetania. Peso: 50 kg, talla: 159 cm, P/A: 110/80 mmHg, F.C: 68x'. Hipoacusia sensorineural. USG renal: agenesia de riñón derecho. EKG: Prolongación del segmento QT. Calcio: 5.3 mg/dl; fósforo: 4.6 mg/dl; albúmina: 4.5 g/dl; creatinina: 1.3 mg/dl; BUN: 11 mg/dl; Sodio: 149 mEq/L; potasio: 5.7 mEq/L; TSGO: 390 U/L; LDH: 1518 U/L; CPK: 7659 U/L; PTH: 3 pg/ml; vitamina D: 19.4 nmol/L; magnesio: 2.3 mg/dl; hematuria; Proteinuria en orina de 24 horas 22.5 mg/m<sup>2</sup>/hora. Tratamiento: calcio 600 mg cada 8 horas y vitamina D3 0.5 µg/día. Estudio genético mutación c.1099C>T (p.Arg367\*) en el gen GATA3. **Conclusiones/Recomendaciones:** El síndrome HDR es una afección poco frecuente que debe sospecharse en un paciente que presente hipoparatiroidismo para dar un tratamiento oportuno y adecuado.

**16TL. HIPERPARATIROIDISMO SECUNDARIO A ADENOMA PARATIROIDEO.** Guillermo Villatoro Godoy, Lesby Espinoza Colindres. Endocrinólogo Pediatra. Consulta Externa de Endocrinología Pediátrica, Hospital Materno Infantil; Tegucigalpa, Honduras.

**Antecedentes:** El hiperparatiroidismo primario se caracteriza por un exceso de secreción de parathormona (PTH). Afecta aproximadamente 1 de cada 500-1000 personas. Es 2-4 veces más común en mujeres que en hombres. Afecta preferentemente adultos de edad media y raramente se ve en niños. Es causado por un adenoma solitario (80% de los casos) y menos comúnmente por hiperplasia de células principales (15%), neoplasia endocrina múltiple (<5%). Aproximadamente la mitad de los pacientes son asintomáticos. Aunque afecta principalmente el sistema esquelético, pueden presentar alteraciones renales (60-70%), musculares, neuropsiquiátricas, gastrointestinales y queratopatía. El diagnóstico se hace por la detección de niveles altos de PTH inmunoreactiva, hipercalcemia, hipofosfatemia y fosfatasa alcalina elevada. La ultrasonografía, TAC y RMN tienen un rol definido pero limitado en el diagnóstico. El centelleo gamma paratiroideo con tecnecio-99 sestamibi es considerado la mejor modalidad de localización preoperatorio del adenoma paratiroideo. **Descripción de casos clínicos:** Masculino de 14 años, inicialmente en control en nefrología y urología por nefrolitiasis, como parte de los estudios le realizaron PTH y se objetivó elevada por lo que fue referido a endocrinología donde se completaron estudios: PTH: 293 pg/ml (12-65), calcio: 13.3 mg/dl, fósforo 3.3 mg/dl, fosfatasa alcalina 333 UI/L, vitamina D: 64 ng/ml (>30), índice de reabsorción de calcio: 98%, índice de reabsorción de fósforo 95%, TSH:

2.5 mIU/L, T4:8.57 µg/dl, cortisol: 18.4 ng/dl, prolactina: 11.2 ng/ml (1.9-25). Rx de huesos largos y cráneo normales. En USG de cuello se visualizó adenoma paratiroideo superior derecho de 3.2x1.0x1.3cm. Se realizó resección quirúrgica. Sus niveles de calcio y fósforo postoperatorios se normalizaron. En el seguimiento el paciente está asintomático y sin episodios recurrentes de nefrolitiasis. **Conclusiones/Recomendaciones:** Aunque el hiperparatiroidismo sea raro en niños es importante tenerlo en cuenta en pacientes con nefrolitiasis para brindar un tratamiento adecuado y oportuno y evitar el daño renal permanente.

**17TL. SÍNDROME DE ROGERS.** Guillermo Villatoro Godoy, Lesby Espinoza Colindres. Endocrinólogo Pediatra. Consulta Externa de Endocrinología Pediátrica, Hospital Materno Infantil; Tegucigalpa, Honduras.

**Antecedentes:** El síndrome de Rogers` o síndrome de anemia megaloblástica sensible a tiamina (TRMA por sus siglas en ingles). Es un desorden autosómico recesivo caracterizado por diabetes mellitus, anemia megaloblástica y sordera neurosensorial. Es debido a mutaciones en el transportador de tiamina SLC19A2. El tratamiento es sintomático con tiamina, lo cual mejora no solo la anemia sino también la diabetes. La pérdida de audición es irremediable y se recomiendan ayudas auditivas. El pronóstico es variable. Los pacientes con un tratamiento adecuado y un seguimiento regular pueden alcanzar una esperanza de vida normal. **Descripción de casos clínicos. Caso 1:** Femenina, peso al nacer 3200g, desarrollo psicomotor normal, con sordera neurosensorial severa. Ingresó a los 6 meses con cuadro respiratorio, glucemia 600 mg/dl, cetonuria positiva, se inició insulina en infusión, posteriormente insulina Glargine. HbA1.c 10%, péptido C < 0.3 uUI/ml. Genética molecular: mutación frameshift en homocigosis c.759dup. Al conocer el resultado molecular se inició tiamina vía oral y descensos progresivos de insulina hasta llegar a omitir la insulina, manteniendo hemoglobina glucosilada en 5.2%. **Caso 2:** masculino, ingresado a los 7 meses con cuadro diarreico. Glucemia: 586 mg/dl. Diagnóstico: Shock séptico mixto, síndrome diarreico agudo con deshidratación del 10%. Evolución tórpida e hiperglucémico, se consideró la posibilidad de diabetes mellitus neonatal. Se manejó con insulina en perfusión y posteriormente con insulina Glargine. Se transfundió GRE, plasma fresco y plaquetas por anemia megaloblástica y trombocitopenia. HbA1.c: 7.5 %. Genética molecular: mutación missense en homocigosis p.G172D. Falleció a los 15 meses por un cuadro diarreico.

**Conclusiones/Recomendaciones:** Ante la presencia de hiperglucemia persistente en un niño menor de un año es imperioso hacer la confirmación diagnóstica de diabetes neonatal con estudios de genética molecular para evitar conductas terapéuticas iatrogénicas con consecuencias relevantes en la vida del paciente.

#### **18TL. PAPILOMATOSIS CONFLUENTE RETICULADA, A PROPOSITO DE UN CASO.**

Johana Bermúdez Lacayo,<sup>1</sup> Luis Alejandro Green,<sup>2</sup> <sup>1</sup>Especialista en Medicina Interna, Especialista en Dermatología, Master en Salud Pública; Instituto Hondureño de Seguridad Social; Facultad de Ciencias Médicas, UNAH; <sup>2</sup>Estudiante, Primer Año Carrera de Medicina, Universidad Nacional Autónoma de Honduras, Tegucigalpa, Honduras.

**Antecedentes:** La papilomatosis reticulada y confluyente (PRC) de Gougerot y Carteaud (síndrome de Gougerot-Carteaud) es una dermatosis poco común que afecta personas jóvenes, más en afroamericanos. Se caracteriza por la aparición de pequeñas pápulas aplanadas rojo-marrones, que confluyen formando una placa reticulada; localizada principalmente en las zonas intermamarias y medio escapular. Su etiología y patogénesis son aún poco conocidas; dos hipótesis son aceptadas por la mayoría de investigadores: una respuesta anormal del huésped frente a la colonización por hongos y una queratinización anormal. No existe un tratamiento estándar, se han ensayado diversos agentes con resultados variables. Se ha usado para el tratamiento minociclina, un antimicrobiano que cuenta además con efectos antiinflamatorios. **Descripción del caso clínico:** mujer afro hondureña, 21 años de edad, estudiante universitaria, procedente de la Costa Norte de Honduras (Sambo Creek), sin antecedentes familiares de patológicos de interés, acudió a la consulta de Dermatología por presentar desde dos años de evolución, lesiones pigmentadas, reticulares con descamación fina, asintomáticas, localizadas en espalda, tórax, cara, con el tiempo las lesiones se fueron extendiendo hasta cubrir los flancos, toda la espalda y hombros. La paciente inicialmente fue manejada como pitiriasis versicolor con imidazólicos tópicos y orales, sin mejoría alguna. Al examen físico encontramos numerosas pápulas hiperpigmentadas, color marrón, descamación fina, piel con apariencia de papel de arrugado. Las lesiones confluían en la línea media del abdomen, dibujando un patrón reticulado. El examen con lámpara de Wood y examen micológico fueron negativos. Se realizó biopsia de piel que demostró epidermis con hiperqueratosis, papilomatosis y ligera acantosis en

las crestas interpapilares. En la dermis papilar se observó infiltrado inflamatorio mononuclear peri vascular. Se inició tratamiento con betametasona más ácido salicílico aplicado dos veces al día, ácido fólico 5 mgs día, doxiciclina 100 mgs diarios por 12 semanas. **Conclusiones/Recomendaciones:** El tratamiento aplicado produjo resolución de las lesiones. La paciente ya tiene un año sin recidiva de las lesiones.

#### **19TL. EXPRESIONES CLÍNICAS COMUNES DE ATOPIA EN PACIENTES DEL HOSPITAL ESCUELA UNIVERSITARIO.**

Vladimir Guzmeli Vásquez, Jorge A. Fernández V. Servicio de Alergia e Inmunología Clínica, Hospital Escuela Universitario; Tegucigalpa, Honduras.

**Antecedentes:** Atopia es la tendencia personal o familiar de producir preponderantemente anticuerpos IgE en respuesta a bajas dosis de alérgenos y desarrollar síntomas típicos como asma (AB), rinoconjuntivitis (RA) o síndrome dermatitis/eccema (EA). En nuestro medio el tema no es bien conocido por los médicos clínicos, ocasionando confusión y dificultades en su manejo. **Objetivo:** Describir los casos clínicos de atopia, sus expresiones clínicas más frecuentes y tratamiento, atendidos en el Servicio de Alergia e Inmunología Clínica. **Metodología:** Una serie de 30 pacientes, se realizó historia clínica, examen físico, exámenes complementarios incluyendo IgE y pruebas cutáneas con alérgenos inhalantes. El diagnóstico de cada entidad clínica se hizo siguiendo los criterios de consenso mundial. **Resultados:** La mayoría de atenciones fue para pacientes mujeres (80%), entre 11 y 40 años de edad (50%), con una proporción mujer/varón de 4:1. El antecedente positivo de alergia familiar se registró en 10 pacientes (33%), sobre todo con los diagnósticos de RA y AB. El antecedente personal de alergia ocurrió en 14 pacientes (54%) con diagnósticos de RA, AB, prurigo alérgico (PA) y urticaria crónica (UC). Los diagnósticos de ingreso fueron RA (83%), AB (67%), EA (7%) y PA (7%). 28 pacientes (93%), presentaron diagnóstico compuesto RA/AB/UC. El total de pacientes (excepto 1) se mantuvo en régimen de inmunoterapia con extracto mezcla de polvo, ácaros y mohos. **Conclusiones/recomendaciones.** Los eventos clínicos más frecuentes fueron: presencia mayor en población femenina, en edad productiva, con antecedentes personales o familiares de las entidades clínicas relacionadas, IgE total elevada y/o pruebas cutáneas de alergia positivas. El manejo abarcó farmacoterapia, inmunoterapia y medidas de control ambiental de alérgenos. Se recomienda incluir en el pensum académico del pregrado y el postgrado, los temas relacionados con la atopia, como elementos trascendentales en la práctica clínica cotidiana.

**20TL. ESTILOS DE VIDA SALUDABLE EN ESTUDIANTES DE MEDICINA DE LA FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS, UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE HONDURAS, 2011.** Johana Bermúdez Lacayo,<sup>1</sup> María Elena Caceres,<sup>2</sup> Luis Alejandro Green.<sup>3</sup> <sup>1</sup>Especialista en Medicina Interna, Especialista en Dermatología, Master en Salud Pública; Instituto Hondureño de Seguridad Social; Facultad de Ciencias Médicas, UNAH; <sup>2</sup>Universidad Nacional Autónoma de Honduras; <sup>3</sup>Estudiante, Primer Año Carrera de Medicina, Universidad Nacional de Honduras, Tegucigalpa, Honduras.

**Antecedentes:** Los problemas de Salud Pública actualmente en edad adulta son las enfermedades cardiovasculares, el cáncer, los accidentes y la salud mental; todas patologías derivadas del estilo de vida de las personas. **Objetivo:** Describir el comportamiento de los estudiantes de 6to Año de la Carrera de Medicina de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional Autónoma de Honduras, en relación a su estilo de vida saludable durante el 2do semestre del año 2011. **Metodología:** Estudio descriptivo; universo todos los estudiantes matriculados en el primer y segundo semestre del año 2011. Muestra de 231 estudiantes, a quienes se les aplicó un instrumento de recolección cualitativa de datos de la escala de Likert, lo cual permitió medir las escalas, variables que constituían comportamiento o actitudes. El cuestionario consta de 57 enunciados y evalúa 6 dimensiones de estilos de vida como ser actividad física y deporte, tiempo de ocio, autocuidado, hábitos alimenticios, consumo de alcohol tabaco y sueño. **Resultados:** El 58% pertenecía al sexo femenino; 55% con edad 21 y 24 años. Percepción del bienestar físico y mental de su salud como buena, muy buena y excelente (72.8%); las mujeres tienen una mejor percepción de bienestar físico y mental, 23.4% es muy buena vs 15.6% en los hombres. El 46.3% a veces hace algún tipo de actividad física, 7% nunca realiza actividad física. Compartir tiempo libre para estar en familia y amigos 31.2% y 35.9% casi y casi siempre utilizan el tiempo libre para estar en familia y amigos y 42.4% siempre utiliza su tiempo libre para recreación. El 76.2% tiene hábitos de alimentación muy saludable o saludable, el 0.4% tiene hábito de alimentación nada saludable. Consumo de agua 25% siempre consume entre 4 y 8 vasos de agua a diario, 29% casi siempre lo hacen, el 2.2% nunca consumen agua durante el día. Hábito de fumar cigarrillo 85% nunca fuman y menos del 3% siempre fuman. **Conclusiones/ Recomendaciones:** El 58% mujeres, promedio 24.8 años de edad, un tercio tiene muy buena percepción de su estado de salud física y mental, tenían una actitud muy desfavorable

y comportamiento nada saludable. Dimensiones actividad física, tiempo de ocio, sueño actitud muy favorable y comportamiento muy saludable. Autocuidado y consumo de sustancias psicoactivas, aunque se observa una actitud y comportamiento no muy definida o neutral en alimentación. Se recomienda construir y consolidar políticas integrales de bienestar estudiantil universitarios e iniciar el proceso para tener una escuela de medicina saludable. Reflexionar respecto a la efectividad del proceso de enseñanza articulación de los contenidos y metodologías utilizadas por los docentes de la Facultad de Ciencias Médicas, proponiendo la introducción de un modelo de autocuidado y promoción de estilos de vida saludable.

**21TL. EL PAPEL DE LOS HOSPITALES DE TERCER NIVEL EN LA VIGILANCIA Y RESPUESTA ANTE LA MALARIA: EXPERIENCIA DEL HOSPITAL ESCUELA UNIVERSITARIO, TEGUCIGALPA, HONDURAS.** Jackeline Alger, Jorge A. García. <sup>1</sup>MD, PhD en Parasitología; <sup>2</sup>Microbiólogo y Químico Clínico; Servicio de Parasitología, Departamento de Laboratorio Clínico, Hospital Escuela Universitario; Instituto de Enfermedades Infecciosas y Parasitología Antonio Vidal; Tegucigalpa, Honduras.

**Antecedentes:** En países endémicos, los hospitales de tercer nivel pueden contribuir a mejorar la planificación, implementación y evaluación de prácticas de salud pública dirigidas al control y eliminación de la malaria. **Objetivo:** Describir las actividades de vigilancia y datos estadísticos del diagnóstico de malaria realizado en el Hospital Escuela Universitario (HEU), 2010-2013. **Metodología:** El diagnóstico de malaria mediante gota gruesa/extendido fino en una sola lámina se implementó en el Servicio de Parasitología, Departamento de Laboratorio Clínico HEU, en 1997, incorporándose posteriormente las pruebas de diagnóstico rápido y la técnica de PCR. En el período 2000-2013 se atendieron 10,232 solicitudes, promedio anual 731 (rango 333-1,043), incluyendo 9,567 (93.5%) solicitudes nuevas, 227 (2.2%) seriadas y 438 (4.3%) controles post-tratamiento. Se identificaron 650 casos positivos (6.4%), promedio anual de 47 casos (rango 26-84), 568 (87.4%) por *Plasmodium vivax*, 75 (11.5%) por *P. falciparum* y 7 (1.1%) infecciones mixtas (*P. vivax* y *P. falciparum*). De estos 650 casos, 64.0% (416) se presentó en sujetos  $\geq 15$  años de edad, 20.0% (130) en el grupo 5-14 años, 6.5% (42) en 1-4 años y 3.8% (25) en <1 año; en 5.7% (37) la edad no fue consignada. En 2007-2013, se documentaron 26 casos en mujeres embarazadas, edad promedio 22.3 años (rango 16-42), 92.3% (24) por *P. vivax*.

En 2009-2013, se identificaron 213 casos de malaria, de los cuales se evaluó la respuesta terapéutica de 121 (56.8%), 113 (93.3%) por *P. vivax*, 7 (5.8%) por *P. falciparum* y 1 (0.9%) infección mixta. Todos presentaron buena respuesta clínica y parasitológica (1-2 ciclos cloroquina 25 mg/kg, 48 horas). **Conclusiones/Recomendaciones:** Debido a sus características y funciones asistenciales, académicas, de investigación y de vinculación con la sociedad, el HEU es un actor clave en la vigilancia y respuesta ante la malaria en Honduras, contribuyendo a las actividades para su eliminación.

**22TL. PREVALENCIA DE TUBERCULOSIS PULMONAR EN PACIENTES CON VIH/SIDA Y FACTORES ASOCIADOS. CENTRO DE ATENCION INTEGRAL, DANLI, EL PARAISO, AÑO 2012 – 2013.** Dra. Gilma Nereyda Murillo Figueroa. Médico Salubrista. Región de Salud Departamental N° 7, El Paraíso.

**Antecedentes:** La Investigación aborda la coinfección existente entre los casos de TBP con VIH/SIDA, que constituyen grave problema de salud pública, dado que la TBP es una de las causas más frecuentes de Morbi – mortalidad en pacientes SIDA, es necesario profundizar el conocimiento de la repercusión clínico – epidemiológica de estas enfermedades para dirigir esfuerzos educativos, preventivos para la detección temprana, por lo que este estudio enfatiza en la comprobación del diagnóstico por TB en los pacientes con VIH – SIDA atendidos en CAI, Danli.

**Objetivo:** Conocer la prevalencia de TBP e identificar los factores asociados a esta coinfección en pacientes con VIH – SIDA atendidos en CAI, Danli, ubicado en el Hospital Gabriela Alvarado. **Metodología:** Estudio descriptivo, retrospectivo, cuantitativo, de corte transversal, utilizándose 100% de los pacientes con infección mixta. El procesamiento, análisis, e interpretación de datos se vaciaron en tablas y gráficos, obteniéndose porcentajes, tasas. **Resultados:** De 9 casos investigados en 2012 y 14 2013; el grupo de edad más afectado fue 45 a 54 años en el 2012, de 25 a 34 años el 2013. Sexo Masculino representa el 78% en 2012 y 71% 2013. EL estado civil más frecuente fue Unión Libre, en ambos años, con el 55% y 64%, respectivamente. Nivel de educación el mayor aporte fue Primaria Incompleta 67% en 2012 y 36% en 2013. El lugar de residencia que más casos aportó fue el Urbano, en ambos años, con 56% y 64%, respectivamente. Cuatro municipios, presentaron casos, Danlí, 2012, 89% y 71% en 2013. Recibieron profilaxis con Clotrimoxazol los 9, 100%, en 2012, en 2013, 11 casos, 79%. Profilaxis con Isoniacida ninguno recibió por desabastecimiento nacional.

Medio de diagnóstico, en 2012, 56% por radiología, en 2013, 50%, por baciloscopia y 50% por Radiología. Tipo de tuberculosis, pulmonar 78% y 79%, respectivamente. MDR, el 11%, en 2012 y 7%, 2013. Evolución del paciente TB/VIH, en tratamiento 67% se curó 2012, en 2013 el 64%. Pacientes TB estudiados por VIH, en 2012, de 59 pacientes, 90% fue estudiado, resultando 17% positivos, en 2013 93%, con un 16% de positividad. Pacientes VIH+ estudiados para TB, de los 157 acumulados en 2012, el 100% ha sido estudiado en 2013, los 187, fueron estudiados para un 100%. **Conclusiones/Recomendaciones:** Pacientes caracterizados como sexo masculino fue más afectado, todos los pacientes solo cursaron nivel primario, ningún paciente recibió quimioprofilaxis con Isoniacida, brindar quimioprofilaxis con Isoniacida a todos los pacientes VIH/ SIDA, ya que se reduce el riesgo de infectarse con TB. La prevención y el control de la TB, se controla a través de educación y promoción.

**23TL. ANÁLISIS DE LOS TRABAJOS CIENTÍFICOS ORIGINALES DE MEDICINA INTERNA PUBLICADOS EN LA REVISTA DE LOS POSTGRADOS DE MEDICINA EN EL PERÍODO 2000-2010.** Iván Espinoza Salvadó,<sup>1</sup> Manuel Antonio Sierra,<sup>2</sup> Mabelyn Palacios Rodríguez,<sup>3</sup> Karen Paola David,<sup>3</sup> Karla Gabriela Carías,<sup>3</sup> Lila Flores Rivera,<sup>3</sup> Óscar Alvarenga Maldonado,<sup>3</sup> Christian Yáñez Cerrato.<sup>3</sup> <sup>1</sup>MD, MPH; Unidad de Investigación Científica FCM UNAH; <sup>2</sup>MD, MSc, PhD; Maestría en Epidemiología, FCM UNAH; <sup>3</sup>Doctor en Medicina y Cirugía, FCM UNAH.

**Antecedentes:** El contenido de la Revista de los Postgrados de Medicina consiste esencialmente de Trabajos Científicos Originales en las diversas áreas del conocimiento médico. Los investigadores básicamente son médicos egresados de los diferentes postgrados de Medicina con la asesoría de al menos un médico especialista o sub-especialista y/o un asesor versado en investigación. La historia de su publicación ha sido un tanto errática ya que no ha sido periódica. **Objetivo:** Describir las características de los trabajos científicos originales publicados en la Revista de los Postgrados de Medicina en el período 2000-2010. **Metodología:** Se trata de un estudio descriptivo transversal, donde se analiza el contenido de 34 trabajos científicos originales con temática relacionada a Medicina Interna. Se utilizó un instrumento tipo encuesta, investigando variables como ser redacción de objetivos según lineamientos SMART, diseño de investigación, detalles del diseño metodológico, origen del financiamiento, aprobación de un Comité de Ética, aplicación

de consentimiento y asentimiento informado, referencia a los principios de bioética, redacción de citas bibliográficas según Vancouver. **Resultados:** El 91.1 % de los trabajos publicados consignan sus objetivos, pero únicamente 52.9 % de ellos estaban adecuadamente redactados. Los diferentes elementos del diseño metodológico son mencionados explícitamente en porcentajes que oscilan entre 58.8 y 85.2%. Solo el 2.9% consigna el origen del financiamiento de la investigación. Un 5.9 % de los trabajos contaron con el aval de un comité de bioética. Un 17.6% aludió al consentimiento y asentimiento informado; ninguno hizo referencia de los principios de bioética. El 97% aplicó adecuadamente las normas de Vancouver. **Conclusión/ Recomendación:** La Revista de los Postgrados de Medicina debe reforzar el reglamento existente y estandarizar la calidad del marco metodológico de los artículos que publica, así como regularizar su periodicidad para ser considerada una revista de referencia en bases de datos internacionales.

**24TL. OFIDISMO EN EL HOSPITAL REGIONAL ISRAEL SALINAS ELVIR DEL IHSS DE SAN PEDRO SULA, PERÍODO DE ENERO DE 2005 – ENERO DE 2014.** Oscar Armando Ponce Barahona, Cristian Alejandro Milla Matute. Médico General. Universidad Católica de Honduras; San Pedro Sula, Honduras.

**Antecedentes:** Hace casi 30 años se realizó el único estudio estadístico de prevalencia e incidencia de ofidismo en nuestro país. Desde esa fecha no existe otra publicación del tema. **Objetivo:** Presentar la incidencia de los casos de ofidismo en el Hospital Regional Israel Salinas del IHSS de San Pedro Sula; en el período de enero de 2005 - enero 2014. **Materiales y métodos:** Estudio descriptivo de los casos de ofidismo atendidos en dicho Hospital. Se identificaron 24 casos de un universo de 489,486 pacientes atendidos en dicho período. Se caracterizaron los casos de acuerdo a edad, ocupación, estación del año, tipo de serpiente, características clínicas de la mordedura, severidad del envenenamiento, complicaciones, respuesta terapéutica y mortalidad. **Resultados:** La incidencia de los casos de ofidismo fue de 0.005%. La mayoría de pacientes afectados son adultos que desempeñan labores agrícolas en el departamento de Atlántida (50%). Se observa la mayor incidencia en los meses de estación lluviosa (70%). Más de la mitad de los casos son ocasionados por *Bothrops asper* (barba amarilla). Las mordeduras ocurren más frecuentemente en miembros inferiores (80%). El envenenamiento leve fue prevalente (67%) se observaron pocos severos. La principal

complicación fue la infección (8%). Únicamente el 8% de los pacientes desarrollaron reacciones adversas tempranas a la administración del suero antiofídico, todas leves. La tasa de mortalidad fue del 0%. **Conclusiones/Recomendaciones:** Los empleados de la agroindustria y los poblados rurales son la población de riesgo ante esta patología. *Bothrops asper* es la responsable de la mayoría de los casos de ofidismo en la zona Nor-occidental. El adecuado manejo hospitalario fue responsable de una evolución clínica favorable. Capacitar a todo el personal de salud sobre ofidismo e informar a la población sobre el manejo pre hospitalario adecuado luego de sufrir una mordedura. Crear un protocolo de manejo que incluya clasificación, diagnóstico y tratamiento de pacientes afectados por ofidismo.

**25TL. PREVALENCIA DE DISCAPACIDAD Y FACTORES RELACIONADOS EN LA POBLACIÓN ECONÓMICAMENTE ACTIVA DEL MUNICIPIO DE MARALE, DEPARTAMENTO DE FRANCISCO MORAZÁN, AÑO 2012-2013.** Briana Y. Beltrán,<sup>1</sup> Jackeline Alger,<sup>2</sup> Ana Jiménez,<sup>3</sup> Wilmer Castellanos,<sup>3</sup> Sonia Flores,<sup>4</sup> José Sierra,<sup>5</sup> Lucía Zúñiga,<sup>4</sup> Edna Maradiaga,<sup>2</sup> Mauricio Gonzales.<sup>2</sup> <sup>1</sup>Médico General (Médico en Servicio Social Período Noviembre 2012 – Noviembre 2013); <sup>2</sup>Docente Unidad de Investigación Científica, Facultad de Ciencias Médicas (FCM) UNAH; <sup>3</sup>Médico Residente Postgrado de Medicina Física y Rehabilitación, FCM UNAH; <sup>4</sup>Unidad de Medicina Física y Rehabilitación IHSS Tegucigalpa; <sup>5</sup>Sociedad de Medicina Física y Rehabilitación, Tegucigalpa, Honduras.

**Antecedentes:** Discapacidades un término genérico que incluye alteraciones en la función y en las estructuras anatómicas que conlleva a deficiencia, limitaciones en la actividad y restricciones en la participación. La información en Honduras es escasa. **Objetivo:** Analizar la prevalencia de discapacidad en población económicamente activa, factores relacionados y capacidad de respuesta institucional, municipio de Marale, Francisco Morazán, 2012-2013. **Metodología:** Estudio descriptivo transversal, muestra de 50 casas habitadas. La información se obtuvo a través de observación y tres encuestas tipo entrevista. Se realizó búsqueda activa de casos y caracterización de personas con discapacidad previo consentimiento informado escrito. Se utilizó OR, IC95% y  $p < 0.05$  para evaluar los factores relacionados. Se evaluó el CESAMO de Marale. **Resultados:** Se encontró 134 personas económicamente activas y 14 personas con discapacidad para una prevalencia de 10.4%. La edad promedio fue 38 años (rango 31-50). El 57.1% (8) pertenecía

al sexo masculino. La causa más frecuente fue adquirida en 85.7% (12), la mayoría 91.6% (11) por enfermedad común incluyendo hipertensión arterial 18.2% (2), diabetes mellitus 9.1% (1), epilepsia 18.2% (2), todas enfermedades crónicas. Ninguno ha recibido atención en programa de rehabilitación. No hubo diferencias estadísticamente significativas asociadas al sexo. De los aspectos evaluados, la unidad de salud sólo contaba con 4 (44.4%). El personal no ha sido capacitado en rehabilitación. **Conclusiones/Recomendaciones:** Se concluye que la prevalencia de discapacidad en el municipio de Marale, Francisco Morazán, fue 4 veces más que la prevalencia informada por el INE a nivel nacional (2.6%). La población más afectada fueron los hombres menores de 50 años, presentando un bajo nivel educativo y sin empleo formal. El estado y los servicios de salud deben brindar mejor calidad de respuesta en rehabilitación a las personas con discapacidad. *Investigación patrocinada parcialmente por Beca Sustantiva, Dirección de Investigación Científica, UNAH.*

**26TL. PREVALENCIA DE DISCAPACIDAD Y FACTORES RELACIONADOS EN LA POBLACIÓN ECONÓMICAMENTE ACTIVA DE LA COMUNIDAD LOS PLANES, MUNICIPIO SANTA MARÍA, DEPARTAMENTO LA PAZ, AÑO 2013-2014.** Linda Dianira Padilla Suazo,<sup>1</sup> Iván Espinoza,<sup>2</sup> Ana Jiménez,<sup>3</sup> Wilmer Castellanos,<sup>3</sup> Sonia Flores,<sup>4</sup> Lucia Zúñiga,<sup>4</sup> José Sierra,<sup>5</sup> Edna Maradiaga,<sup>2</sup> Jackeline Alger,<sup>2</sup> Mauricio Gonzales.<sup>2</sup> <sup>1</sup>Médico General (Médico en Servicio Social promoción 2013 – 2014); <sup>2</sup>Docente Unidad de Investigación Científica, Facultad de Ciencias Médicas (FCM), UNAH; <sup>3</sup>Médicos Residentes, Postgrado de Medicina Física y Rehabilitación, FCM UNAH; <sup>4</sup>Unidad de Medicina Física y Rehabilitación IHSS Tegucigalpa; <sup>5</sup>Sociedad de Medicina Física y Rehabilitación, Tegucigalpa, Honduras.

**Antecedentes:** Se estima que el 15% de la población mundial está afectada por una discapacidad. Los factores relacionados incluyen la edad, sexo femenino, ocupación, menor grado de instrucción, así como los conflictos armados, accidentes de todo tipo, abuso de alcohol y drogas, violencia social, entre otros. En Honduras son pocos los estudios realizados sobre prevalencia de discapacidad, factores asociados y rehabilitación. **Objetivo:** Analizar la prevalencia de discapacidad, los factores relacionados y la capacidad de respuesta del servicio de salud, en la población económicamente activa (PEA) de comunidad Los Planes, municipio Santa María, departamento La Paz año 2013 – 2014. **Metodología:** Estudio descriptivo transversal.

Se visitaron 55 casas de forma aleatoria, de las cuales 50 estaban habitadas y 5 cerradas, aplicando un instrumento al grupo poblacional seleccionado. Se caracterizaron las personas con discapacidad. La información recopilada fue digitada en una base de datos electrónica Programa Epi-Info Vs 3.5.4. **Resultados:** Prevalencia de discapacidad 10.6% (16/150). De las 15 personas que aceptaron participar, 53.3% (8) tenía edad entre 51 y 65 años, pertenecía al sexo femenino 66.6% (10). El 80.0% (12) poseía algún grado de instrucción, 20.0% (3) era asalariado, solamente 20.0% (3) había recibido atención por un programa de rehabilitación. La principal causa de discapacidad fue congénita 53.3% (8); las funciones esqueléticas 46.6% (7) y las estructuras relacionadas con movimiento 40.0% (6) fueron las principalmente afectadas. La unidad de salud carece de recurso humano, logística e infraestructura adecuada para el acceso y tránsito de los pacientes con discapacidad. **Conclusiones/Recomendaciones:** Se encontró en esta población una prevalencia alta de discapacidad, siendo mayor edad y sexo femenino los principales factores relacionados. Se recomienda destinar fondos para capacitar sobre servicios de rehabilitación a todo el personal que labora en los centros asistenciales a nivel nacional. *Investigación patrocinada parcialmente por Beca Sustantiva, Dirección de Investigación Científica, UNAH.*

**27TL. PREVALENCIA DE DISCAPACIDAD Y FACTORES RELACIONADOS EN LA POBLACIÓN ECONÓMICAMENTE ACTIVA DEL BARRIO SAN ANTONIO, MUNICIPIO DE LA PAZ, DEPARTAMENTO DE LA PAZ, AÑO 2013 – 2014.** Eduardo Núñez,<sup>1</sup> Iván Espinoza,<sup>2</sup> Ana Jiménez,<sup>3</sup> Wilmer Castellanos,<sup>3</sup> Sonia Flores,<sup>4</sup> Lucia Zúñiga,<sup>4</sup> José Sierra,<sup>5</sup> Edna Maradiaga,<sup>2</sup> Jackeline Alger,<sup>2</sup> Mauricio Gonzales.<sup>2</sup> <sup>1</sup>Médico General (Médico en Servicio Social, promoción 2013-2014, Facultad de Ciencias Médicas, UNAH); <sup>2</sup>Docente Unidad de Investigación Científica, FCM UNAH; <sup>3</sup>Médico Residente Postgrado de Medicina Física y Rehabilitación, FCM UNAH; <sup>4</sup>Especialista Medicina Física y Rehabilitación, Unidad de Medicina Física y Rehabilitación IHSS Tegucigalpa; <sup>5</sup>Especialista Medicina Física y Rehabilitación, Sociedad de Medicina Física y Rehabilitación, Tegucigalpa, Honduras.

**Antecedentes:** La OMS ha estimado alrededor de 600 millones de personas en el mundo con algún tipo de discapacidad; 85 millones en América Latina. En Honduras, los estudios sobre discapacidad son escasos. El Instituto Nacional de Estadística (INE 2002) identificó

una prevalencia de 2.6% de discapacidad en población general; en el Departamento de La Paz se estimó 20% de personas que presentaba algún tipo de discapacidad. **Objetivo:** Analizar la prevalencia de discapacidad, los factores relacionados y la capacidad de respuesta de los servicios de salud, en la población económicamente activa del Barrio San Antonio, Municipio de La Paz, Departamento de La Paz, 2013 – 2014. **Metodología:** Estudio descriptivo transversal; muestra de 50 casas habitadas. Se utilizaron tres instrumentos, uno para búsqueda activa de casos, otro para caracterizar las personas con discapacidad y otro para evaluar la capacidad de respuesta institucional. Se obtuvo consentimiento informado escrito. La información se analizó en base de datos EpiInfo Vs. 3.5.4. La Unidad de Salud no cuenta con infraestructura adecuada y carece de programas para la prevención y promoción de salud. **Resultados:** Se identificaron 142 personas económicamente activas y 15 personas con discapacidad para una prevalencia de 10.6%. El 80% (11) pertenecía al sexo femenino, la edad promedio fue 50 años (rango 34-56). La mayor causa de discapacidad fue de origen adquirido (86.7%) y de éstas, todas por enfermedad común. La deficiencia en función sensorial y cardiovascular fueron las más comunes, ambas con 60% (9). El 66.7% (10) afirmó algún tipo de limitación para movilizarse en su alrededor y entorno. El 73.3% (11) informó estar bajo control de algún programa de rehabilitación. **Conclusiones/ Recomendaciones:** Se identificó una prevalencia 4 veces mayor que la informada por INE. Se identificó mayor ocurrencia de discapacidad a mayor edad. *Investigación patrocinada parcialmente por Beca Sustantiva, Dirección de Investigación Científica, UNAH.*

## 28TL. PREVALENCIA DE DISCAPACIDAD Y FACTORES RELACIONADOS EN LA POBLACIÓN ECONÓMICAMENTE ACTIVA DEL MUNICIPIO DE OROCUINA, DEPARTAMENTO DE CHOLUTECA, AÑO 2013-2014.

Sonia M. Fajardo,<sup>1</sup> Ana Jiménez,<sup>2</sup> Wilmer Castellanos,<sup>2</sup> Sonia Flores,<sup>3</sup> José Sierra,<sup>4</sup> Lucía Zúñiga,<sup>3</sup> Edna Maradiaga,<sup>5</sup> Jackeline Alger,<sup>5</sup> Mauricio Gonzales.<sup>5</sup> <sup>1</sup>Médico General (Médico en Servicio Social Periodo Enero 2013 – Enero 2014); <sup>2</sup>Médico Residente Postgrado de Medicina Física y Rehabilitación, FCM UNAH; <sup>3</sup>Unidad de Medicina Física y Rehabilitación IHSS Tegucigalpa; <sup>4</sup>Asociación Hondureña de Medicina Física y Rehabilitación Tegucigalpa; <sup>5</sup>Docente Unidad de Investigación Científica, Facultad de Ciencias Médicas (FCM) UNAH; Tegucigalpa, Honduras.

**Antecedentes:** La discapacidad engloba deficiencia, limitación en la actividad y restricción en la participación, e indica los aspectos negativos de la interacción entre el individuo con su condición de salud y sus factores ambientales y personales. **Objetivo:** Determinar la prevalencia de discapacidad, los factores relacionados y la capacidad de respuesta de los servicios de salud, en la población económicamente activa del municipio de Orocuina, Choluteca, 2013-2014. **Metodología:** Estudio descriptivo transversal; muestreo no probabilístico de 50 casas. La información se obtuvo mediante las técnicas de observación y encuesta tipo entrevista, utilizando tres instrumentos y obtención de consentimiento informado escrito. Se analizó mediante Epi-Info Vs 3.5.4. **Resultados:** Se identificaron 117 personas económicamente activas y 8 personas con discapacidad para una prevalencia de 6.8%. El promedio de edad fue 41 años (rango 27-58), el 62.5% (5) del sexo femenino. La causa más frecuente de discapacidad fue enfermedad común en 62.5% (5); la deficiencia más frecuentemente encontrada fue la sensorial y de estructuras relacionadas con movimiento, 41.7% (5) y 31.6% (6), respectivamente. El CESAMO de Orocuina carece de facilitadores para la población con discapacidad y de personal capacitado en rehabilitación. **Conclusiones/ Recomendaciones:** La prevalencia identificada de 6.8% fue 2.6 veces mayor a la informada por el INE a nivel nacional (2.6%) debido probablemente a los materiales y métodos utilizados. La enfermedad común fue la causa más frecuente de discapacidad, provocando mayor severidad. La unidad de

salud no posee capacidad de respuesta a las necesidades de las personas con discapacidad por lo que éstas no buscan atención de rehabilitación. Tanto el estado como la Secretaría de Salud deben tomar en cuenta esta problemática para la construcción de establecimientos y formación de personal en salud. *Investigación patrocinada parcialmente por Beca Sustantiva, Dirección de Investigación Científica, UNAH.*

#### **29TL. PREVALENCIA DE DISCAPACIDAD Y FACTORES RELACIONADOS EN LA POBLACIÓN ECONÓMICAMENTE ACTIVA DE BARRIO SOLARES NUEVOS DEL MUNICIPIO DE LA CEIBA, DEPARTAMENTO DE ATLÁNTIDA AÑO 2013 - 2014.**

Laura C. Maradiaga G.,<sup>1</sup> Iván Espinoza,<sup>2</sup> Ana Jiménez,<sup>3</sup> Wilmer Castellanos,<sup>3</sup> Sonia Flores,<sup>4</sup> José Sierra,<sup>5</sup> Lucia Zúñiga,<sup>4</sup> Edna Maradiaga,<sup>2</sup> Jackeline Alger,<sup>2</sup> Mauricio Gonzales.<sup>2</sup> <sup>1</sup>Médico en Servicio Social Periodo Mayo 2013 – Mayo 2014; <sup>2</sup>Docente Unidad de Investigación Científica, Facultad de Ciencias Médicas (FCM) UNAH; <sup>3</sup>Médico Residente Postgrado de Medicina Física y Rehabilitación, FCM UNAH; <sup>4</sup>Unidad de Medicina Física y Rehabilitación IHSS Tegucigalpa; <sup>5</sup>Sociedad de Medicina Física y Rehabilitación, Tegucigalpa, Honduras.

**Antecedentes:** En Honduras existe poca investigación en la problemática de discapacidad. El Módulo Discapacidad de la Encuesta Permanente de Hogares de Propósitos Múltiples ((XXVI–EPHPM, INE 2002) informó una prevalencia de 2.6%. **Objetivo:** Analizar la prevalencia de discapacidad en población económicamente activa, factores relacionados y capacidad de respuesta del servicio de salud del Municipio de La Ceiba, Departamento de Atlántida, año 2013-2014.

**Metodología:** Estudio descriptivo transversal, con una muestra de 50 casas habitadas del Barrio Solares Nuevos. Se realizó búsqueda activa de casos; se utilizaron tres instrumentos. Previo consentimiento informado escrito, se obtuvo información sobre las características de las personas con discapacidad y factores relacionados. Se evaluó la capacidad de respuesta de la Unidad de Salud Metropolitana de La Ceiba. La información se procesó y analizó utilizando Epi-Info Versión 3.5.4. **Resultados:** Se encontró una prevalencia de discapacidad de 7.8% (8 personas con discapacidad/103 personas económicamente activas). El 87.5% (7) pertenecía al sexo femenino, 62.5% (5) al grupo de edad 51-65. La causa principal de discapacidad fue enfermedad común 50.0% (4), todos del sexo femenino. Se identificó deficiencia en función sensorial y dolor en

75.0% (6) y en estructuras relacionadas con el movimiento en 50.0% (4). El 75.0% (6) presentó dificultad para caminar distancias como 1 km y para estar solo unos días, respectivamente. Hay baja respuesta de la Unidad de Salud en infraestructura, equipamiento y no existen programas de prevención. **Conclusiones/Recomendaciones:** La prevalencia identificada en este estudio es 3 veces mayor a la identificada por INE. La mayoría de los pacientes con discapacidad pertenecía al sexo femenino y solo una minoría informó haber recibido rehabilitación, ya que la respuesta de la Unidad de Salud es baja. Se recomienda realizar programas de capacitación para el desarrollo institucional y personal. *Investigación patrocinada parcialmente por Beca Sustantiva, Dirección de Investigación Científica, UNAH.*

#### **30TL. PREVALENCIA DE DISCAPACIDAD Y FACTORES RELACIONADOS EN LA POBLACIÓN ECONÓMICAMENTE ACTIVA DEL BARRIO LA TRINIDAD, MUNICIPIO DE LA PAZ, DEPARTAMENTO DE LA PAZ, AÑO 2013-2014.**

Dulce Escalante.<sup>1</sup> Jackeline Alger,<sup>2</sup> Ana Jiménez,<sup>3</sup> Wilmer Castellanos,<sup>3</sup> Sonia Flores,<sup>4</sup> José Sierra,<sup>5</sup> Lucia Zúñiga,<sup>4</sup> Edna Maradiaga,<sup>2</sup> Mauricio Gonzales.<sup>2</sup> <sup>1</sup>Médico en Servicio Social Periodo Mayo 2013 – Mayo 2014; <sup>2</sup>Docente Unidad de Investigación Científica, Facultad de Ciencias Médicas (FCM) UNAH; <sup>3</sup>Médico Residente Postgrado de Medicina Física y Rehabilitación, FCM UNAH; <sup>4</sup>Unidad de Medicina Física y Rehabilitación IHSS Tegucigalpa; <sup>5</sup>Asociación Hondureña de Medicina Física y Rehabilitación, Tegucigalpa, Honduras.

**Antecedentes:** En Honduras, el último estudio de prevalencia de discapacidad se realizó en el 2002 (INE) y encontró una prevalencia de 2.65%. **Objetivo:** Analizar la prevalencia de discapacidad en la población económicamente activa, los factores relacionados y la capacidad de respuesta de la Unidad de Salud del Barrio La Trinidad, Municipio La Paz, La Paz, 2013-2014. **Metodología:** Estudio descriptivo transversal, con muestreo no probabilístico de 50 casas habitadas. Se utilizaron tres instrumentos: uno para búsqueda activa de casos de discapacidad, otro para caracterizar los casos y otro para evaluar la capacidad de respuesta de la Unidad de Salud. Se obtuvo consentimiento informado. La información se procesó en Epi-Info Vs 3.5.4; se utilizó OR, IC95% y valor de  $p < 0.05\%$ . **Resultados:** Se registraron 118 sujetos en edad económicamente activa, 49 (41.5%) hombres y 69 (58.5%) mujeres. Se identificaron 23 casos

de discapacidad para una prevalencia de 19.5%. De los 23 casos con discapacidad, 47.8% (11) tenía entre 31 y 50 años de edad, promedio 39 años; 73.9% (17) pertenecía al sexo femenino, 26% (6) tenía educación primaria completa. La principal causa de discapacidad fue la adquirida 78.3% (18) y de las causas adquiridas, todos por enfermedad crónica no transmisible. Ningún factor se asoció de forma significativa al sexo. La dificultad emocional, aunque no fue estadísticamente significativo, se asoció 5 veces más a las mujeres (OR 0.2, y C95% 0.02-1.3,  $p=0.09$ ). El Hospital Roberto Suazo Córdova

tiene una capacidad de respuesta adecuada en cuanto infraestructura. **Conclusiones/Recomendaciones:** La prevalencia de discapacidad identificada de 19.5% es mayor que el valor estimado de 10% en estudios realizados por OMS. Recomendamos fortalecer la infraestructura hospitalaria y el registro de datos para que estos puedan ser tomados en cuenta en planes de acción nacional sobre discapacidad. *Investigación patrocinada parcialmente por Beca Sustantiva, Dirección de Investigación Científica, UNAH.*

## INDICE POR AUTOR

Abadie, M	C2,5,8	Mandegari, E	22C
Alger, J	CP6,21; TL1,2,7,11,12,21, 25,26,27,28,29,30	Maradiaga, E	21CP; TL25,26,27,28,29,30
Alvarado, T	CP2,3,5,9; TL6,8,9	Martínez, B	3TL
Bobadilla, N	11C	Mejía, B	1TL
Blanco, E	11TL	Mejía, R	C20,24
Bermúdez, J	TL18,20	Moncada, W	CP1,10
Beltrán, B	25TL	Murillo, G	22TL
Castellón, R	C1,4,7	Navarro, K	36C
Castellanos, W	TL25,26,27,28,29,30	Núñez, W	10TL
Campbell, K	17C	Nuñez, E	27TL
Calderon, C	12TL	Padilla, L	26TL
Escalante, D	30TL	Palacios, M	23TL
Espinoza, L	TL13,14,15,16,17	Prince, A	7TL
Espinoza, I	27TL	Ponce, O	24TL
Fajardo, S	28TL	Rodríguez, E	19CP
Flores, S	59C; TL25,26,27,28,29,30	Rodríguez, H	21CP
García, M	C30, 32	Rodríguez, L	C47,49
González, M	TL25,26,27,28,29,30	Rosales, I	C23,27
Guzmeli, B	19TL	Sierra, J	TL25,26,27,28,29,30
Gutiérrez, J	C51,53	Sierra, M	TL7,23
Hernandez, R	C3,6,10	Villatoro, G	TL13,14,15,16,17
Jiménez, A	TL25,26,27,28,29,30	Zuniga, C	8CP; 2TL
Knoop, K	21CP	Zúñiga, L	TL25,26,27,28,29,30
Maldonado, C	17CP; TL4,5	Zavala, A	C35,37

# **LVIII CONGRESO MÉDICO NACIONAL**

TEGUCIGALPA

8 AL 11 DE JULIO DEL 2015

## ***AVANCES EN ENFERMEDADES ONCOLÓGICAS: GENÉTICA, PREVALENCIA, DIAGNÓSTICO Y MANEJO INTEGRAL***

### **COMITÉ ORGANIZADOR**

Dr. Carlos Rene Guerra Franco	Presidente
Dr. Carlos Sanchez	Secretario
Dra. Johana E. Romero	Tesorero
Dra. Janeth Bu Figuero	Coordinadora Comité Científico
Dra. Xenia J. Velasquez	Coordinadora Comité Socio Cultural
Dr. Raul Trejo	Coordinador Comité de Logística
Dr. Gerardo Castejon	Coordinador Comité Publicidad y Propaganda

# PREPARACION DE RESÚMENES (CONFERENCIAS Y TRABAJOS LIBRES) DEL CONGRESO MEDICO NACIONAL PARA SER INCLUIDOS EN EL SUPLEMENTO DE LA REVISTA MEDICA HONDUREÑA DEL AÑO 2015

## INSTRUCCIONES

Lea las instrucciones antes de comenzar a llenar el formato del resumen y revise ejemplos publicados en el Suplemento del Congreso Médico Nacional de la Revista Médica Hondureña del año anterior, el cual puede obtener en [www.colegiomedico.hn](http://www.colegiomedico.hn) o [www.bvs.hn](http://www.bvs.hn). Los resúmenes de las Conferencias y Trabajos Libres aceptados para presentación serán publicados en el Suplemento del Congreso Médico Nacional de la Revista Médica Hondureña. La Revista Médica Hondureña está indizada internacionalmente por lo que es indispensable que todos los expositores se apeguen a las instrucciones, en cuanto a formato y tiempo, al momento de escribir y enviar el resumen. No se aceptarán resúmenes que no cumplan con los requisitos señalados.

1. Lea atentamente la información que se le solicita abajo. Escoja el tipo de trabajo. Si es una **Conferencia** (magistral, plenaria, simposium, mesa redonda, foro, panel, etc.) o **Trabajo Libre** (Científico, Clínico y Experiencia).
2. Proporcione los datos que se le piden: Nombre del expositor, dirección postal, datos de la ciudad, Teléfono/FAX, Correo Electrónico. Marque las ayudas audiovisuales de acuerdo a sus necesidades.
3. Escriba el cuerpo del Resumen. Utilice letra tipo Arial, tamaño 12, interlineado simple. **El Resumen debe tener una extensión máxima de 300 palabras.** Comience por el **Título** de la Conferencia o Trabajo Libre, continúe con una nueva línea con los **Autores** (subraye el nombre del Expositor), y en otra línea, no debe faltar la especialidad y las respectivas **Instituciones**. En otra línea comience el **Cuerpo del Resumen** el cual debe contener las secciones descritas a continuación.
4. **Cuerpo del Resumen.** Debe ser escrito según el tipo de presentación, conferencia o trabajo libre. Si tiene dudas favor abóquese al comité científico, antes de comenzar a escribirlo.

**Conferencias:** Texto sin subtítulos.

**Trabajo Libre Científico:** Texto dividido en los siguientes subtítulos de forma continua: Antecedentes, Objetivo, Metodología, Resultados y Conclusiones/Recomendaciones.

**Trabajo Libre Clínico:** Texto dividido en los siguientes subtítulos de forma continua: Antecedentes, Descripción del caso clínico/serie de casos clínicos (criterios clínicos, epidemiológicos, laboratorio, manejo y desenlace), Conclusiones/Recomendaciones.

**Trabajo Libre de Experiencia de Salud Pública:** Texto dividido en los siguientes subtítulos de forma continua: Antecedentes, Descripción de la experiencia, Lecciones aprendidas.

5. **Los Trabajos Libres deben ser Originales, es decir no publicados,** 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.
6. Los resúmenes no incluyen cuadros, figuras ni referencias.

### **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. Los resúmenes deben presentarse en formato electrónico (CD, USB o vía correo electrónico) a la dirección que el Comité Organizador estará proporcionando oportunamente.

# RESUMEN DE TRABAJOS LIBRES Y CONFERENCIAS

Para someter su resumen al Comité Organizador, complete la siguiente información.

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

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

## **TÍTULO DEL TRABAJO O CONFERENCIA**

### **DATOS DEL O LOS(AS) AUTORES**

Nombre  
Grado académico  
Institución afiliada

### **DATOS DEL EXPOSITOR**

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

## **CUERPO DEL RESUMÉN (NO MÁS DE 300 PALABRAS)**

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

### **TRABAJO CIENTÍFICO**

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

### **TRABAJO CLÍNICO**

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

### **EXPERIENCIA DE SALUD PÚBLICA**

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

### **CONFERENCIA**

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

**FECHA LÍMITE PARA ENTREGA DE RESÚMENES: 31 DE MARZO DE 2015**

## PATROCINADORES

