



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

# Revista **MEDICA** Hondureña

ISSN 0375-1112

Vol. 83 (Suplemento No. 1)  
2015 pp. S1-66

**LVIII CONGRESO MÉDICO NACIONAL 2015**  
Dr. Ángel Ernesto Argueta Aguilar  
Avances en Enfermedades Oncológicas:  
"Genética, Prevención, Diagnóstico y Manejo integral"

**Tegucigalpa, Honduras, C. A.  
07-10 de Julio del 2015**

[www.colegiomedico.hn](http://www.colegiomedico.hn)

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



# Revista **MEDICA** Hondureña

ISSN 0375-1112

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

**Vol. 83 (Suplemento No.1)**  
**2015 pp. S1-66**

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

**LVIII CONGRESO MÉDICO NACIONAL**

*Dr. Ángel Ernesto Argueta*

**Avances en Enfermedades Oncológicas:  
“Genética, Prevención, Diagnóstico  
y Manejo Integral”**

**Tegucigalpa, Honduras  
Hotel Plaza Juan Carlos y Hotel Honduras Maya  
07 al 10 de Julio 2015**

# CONTENIDO

## ORGANIZACIÓN DEL CONGRESO

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

## BIENVENIDA

Mensaje de la Secretaria de Asuntos Educativos y Culturales del Colegio Médico de Honduras .....	7
Mensaje del Presidente Comité Organizador.....	8
Mensaje de la Coordinadora del Comité Científico .....	9
Mensaje de Bienvenida del Presidente Colegio Médico de Honduras.....	10
Reseña biográfica del Dr. Ángel Ernesto Argueta .....	11

## PROGRAMA CIENTÍFICO

Cursos Pre-Congreso.....	12
Programa Científico .....	13
Programa de Ceremonia Inaugural .....	29
Programa de Ceremonia de Clausura.....	30
Programa Socio-Cultural .....	31

## RESUMENES

Resúmenes de Conferencias Magistrales.....	32
Resúmenes de Trabajos Libres.....	44

INDICE POR AUTOR .....	59
------------------------	----

INFORMACIÓN SOBRE EL LIX CONGRESO MÉDICO NACIONAL 2016 .....	61
--	----

INSTRUCCIONES PARA LA PREPARACIÓN DE RESUMENES CONGRESO MÉDICO NACIONAL AÑO 2016 .....	63
--	----

PATROCINADORES Y COLABORADORES .....	65
--------------------------------------	----

# ORGANISMO DE GOBIERNO DEL COLEGIO MÉDICO DE HONDURAS

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

Secretaria de Asuntos Educativos y Culturales  
Secretaria de Actas y Correspondencia

# COMITÉ ORGANIZADOR DEL LVIII CONGRESO MÉDICO NACIONAL COMENAC 2015



**Presidente:**

Dr. Carlos Rene Guerra Franco

**Secretaria:**

Dra. Rosa Pamela Coello

**Tesorera**

Dra. Ietet Johana Romero

**Comité Científico**

Dra. Jeaneth Bu Figueroa (Coordinadora),  
Dr. Gaspar Rodríguez (Subcoordinador),  
Dr. Carlos Rivera; Dra. María del Carmen Montoya,  
Dr. Adonis Duarte, Dr. Juan Carlos Munguía,  
Dr. César Duran, Dr. Heriberto Rodríguez,  
Dra. Carolina Bustillo, Dra. Jackeline Alger

**Comité de Logística**

Dr. Oscar Arnaldo Carranza (Coordinador),  
Dr. Adonis Andonie (Subcoordinador),  
Dra. Dany Maldonado, Dra. Lucy Zapata,  
Dra. Marta Urquía, Dra. Karina Fonseca,  
Dra. Juan Pablo Bulnes, Dra. Yanira Gómez,  
Blanca Carolina Lagos, Dra. Marco Tulio Zuniga.

**Comité Socio Cultural**

Dra. Xenia Jackeline Velásquez M. (Coordinadora),  
Dra. Carolina Ayestas, Dra. Marilú Peralta,  
Dra. Helga Codina

**Comité de Propaganda y Publicidad**

Dr. Gerardo Castejón (Coordinador),  
Dr. Pedro Rigoberto Martínez (Subcoordinador),  
Dr. Luis Membreño, Lic. Javier Franco,  
Dr. Leonardo Gaitán

**Dirección Ejecutiva COMENAC-2015**

Soad Lobo Aguilera.  
Apoyo Logístico, Alma Alvarado Pineda, Patricia Núñez.

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



Real de Minas de San Miguel de Tegucigalpa, Capital de Honduras, es la sede de nuestro del LVIII Congreso Médico Nacional, este centro político y administrativo de nuestro país es además cuna de la medicina en Honduras, desde la fundación de nuestra Facultad de Ciencias Médicas en 1882, Tegucigalpa ha visto nacer a grandes Mujeres y Hombres Galenos de la Medicina, orgullo nacional, que han destacado en el conocimiento y en el servicio a sus pacientes. Hoy en día la formación en la medicina de Honduras se desarrolla en diferentes ciudades y facultades que están forjando la nueva Honduras.

El tema central escogido para este COMENAC 2015, integra el carácter multidisciplinario del Colegio Médico de Honduras y cumple su objetivo este año al desarrollar el tema Avances en Enfermedades Oncológicas: “Genética, Prevención, Diagnóstico y Manejo Integral”, esto en el marco de una situación difícil en materia de salud, pero además política y económica que vive nuestra Honduras busca fortalecer la visión de nuestro paciente como un todo y un ser humano integral.

Desde esta Secretaría de Asuntos Educativos y Culturales, es nuestro deber promover ésta visión humana de la medicina fortaleciendo la prevención y la salud pública, promocionando la educación al paciente haciendo énfasis en la ética y la relación médico paciente y así fomentar el apostolado de la medicina.

Tegucigalpa como sede de la Junta Directiva del Colegio Médico de Honduras ha trabajado y apoyado al Comité Organizador quienes con esfuerzo, dedicación y empeño se han ocupado 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 fomentando así la investigación científica en nuestra amada Honduras.

Tegucigalpa recibe y da la más cordial de las bienvenidas a todo el gremio médico a tan magno evento al recibir con sus mejores galas a todo el gremio médico, invitados especiales e internacionales. Nuevamente doy gracias a Dios la oportunidad de servir desde ésta Secretaría de Asuntos Educativos y Culturales fomentando la educación médica continua y propiciar las relaciones culturales, gremiales y amistosas entre los colegas.

Dra. Mayra Carolina Ochoa  
Secretaria de Asuntos Educativos y Culturales

# MENSAJE DEL PRESIDENTE DEL COMITÉ ORGANIZADOR DEL LVIII CONGRESO MÉDICO NACIONAL COMENAC 2015



“El conocimiento es poder, la información es libertadora, y la educación es la premisa del progreso” **(Kofi Annan)**

Estimados colegas, de nuevo celebramos nuestro Congreso Médico Nacional; evento de mayor relevancia en el campo de la actualización e investigación médica, del país, excelente marco para compartir conocimientos y experiencias.

En esta ocasión, el tema central es: Avances en enfermedades oncológicas: “Genética, Prevención, Diagnóstico y Manejo Integral”, del cual, estamos seguros superaremos muchas dudas, logrando un mayor conocimiento en el manejo de este problema de salud, que se ha convertido en un asunto de interés nacional.

Este LVIII Congreso Médico Nacional, rinde homenaje al Dr. Ángel Ernesto Argueta Aguilar, quien ha dedicado gran parte de su vida a la investigación y tratamiento de esta enfermedad, contribuyendo además, en la formación de recurso médico principalmente en el área quirúrgica; actividades que ha realizado con extraordinario esmero.

Nuestro agradecimiento al Comité Organizador y todos los Comités que lo integran, La Junta Directiva del Colegio Médico de Honduras, Voluntarios, Colaboradores, Expositores Nacionales y Extranjeros, y a todos los asistentes a este magno evento.

Bienvenidos sean todos ustedes.

Dr. Carlos Guerra Franco  
Presidente del Comité Organizador

## MENSAJE DE LA COORDINADORA DEL COMITÉ CIENTÍFICO

El aprendizaje permanente, el estudio y actualización constante nos garantiza una práctica profesional óptima para atender a nuestros pacientes con calidad y calidez. Es así, que el Comité Científico del Congreso Médico Nacional 2015 se enorgullece en presentar a todo el gremio médico las conferencias de más alto nivel, a cargo de expositores nacionales e internacionales con conocimiento y capacidad, así como el deseo de compartir sus experiencias con todos los colegas que asistirán a este magno evento.



El tema central **“AVANCES EN ONCOLOGÍA”** nos permitirá una actualización completa desde la prevención en sus primeros pasos, que hoy en día y a través del conocimiento y la investigación, sabemos que es el pilar fundamental para lograr la curación; siguiendo con atención primaria, manejo integral del paciente, familia y entorno social; hasta las nuevas terapias o tratamientos, que en su conjunto han logrado un mejor pronóstico y sobrevida con pasos agigantados, y la experiencia del logro de este objetivo en las últimas décadas.

Hemos también escogido otros temas de actualidad e interés para nuestro gremio, que estamos seguros serán de mucha utilidad en la práctica profesional diaria a través de simposios, conferencias magistrales y talleres que le darán un enfoque multifacético al Congreso.

No menos importante es la presentación de TRABAJOS LIBRES, que demuestra, mediante el espacio que se dedica a estos, que el CMH apoya la investigación tan necesaria en países como el nuestro que urge de apoyo científico, tanto en el área de la salud, como en el desarrollo integral de nuestra nación. Los trabajos libres demuestran el esfuerzo de nuestros médicos en investigar por lo tanto, merecen nuestra admiración y reconocimiento especial por su participación.

Aproximadamente, 106 conferencistas nacionales e internacionales engalanarán el máximo evento médico de Honduras bajo la bandera de nuestro Colegio Médico de Honduras. Contamos con dos hoteles para albergar a todos los colegas asistentes, cinco salones y los brazos abiertos para darles la bienvenida a todos nuestros agremiados a quienes va dedicado con respeto y aprecio el programa científico del año 2015.

**BIENVENIDOS!!!!**

Dra. Jeaneth Bu Figueroa  
Coordinadora Comité Científico

# PALABRAS DE INAUGURACION DE LA PRESIDENCIA DEL COLEGIO MÉDICO DE HONDURAS CON MOTIVO DEL LVIII CONGRESO MÉDICO NACIONAL



Me produce una enorme satisfacción poder dirigirme a ustedes en un momento tan trascendente como este.

El Colegio Médico de Honduras, como responsable de impulsar actividades de educación médica continua, promover y fomentar todas las actividades de capacitación y formación, que conllevan a mantenerse actualizado en las diferentes áreas del conocimiento médico, considera que el aspecto académico ha sido siempre el baluarte de la profesión médica, con la finalidad de mantener el nivel y la calidad del servicio médico a nuestros pacientes. La demanda para que los médicos presten atención médica de calidad, realicen prevención de las enfermedades y proporcionen asesoría en materia de salud exige el más alto nivel de enseñanza y desarrollo profesional continuo.

Es en ese punto donde los programas de Educación Médica continua de nuestra organización, funcionan, ya que es del conocimiento de todos, que la medicina basada en la evidencia (MBE) es actualmente sinónimo de práctica médica moderna e innovadora y que la evidencia que guía la práctica médica cambia de acuerdo con la evolución de la medicina y la ciencia. Es allí donde entendemos la importancia de la Educación médica Continua.

La Junta Directiva del Colegio Médico, que me honro en presidir, presenta a ustedes el contenido de este Congreso Médico Nacional, que este año cumple ya 58 años de transmitir conocimiento a nuestros colegas y que es el producto del esfuerzo del Comité organizador, que ha ido más allá de lo convencional para presentar un contenido científico destacado a la vez interesante, para cumplir con los objetivos planteados.

La ciudad de Tegucigalpa se engalana y abre los brazos para recibir a los participantes a nuestro Congreso. Esperamos que esta actividad académico educativa sea de gran provecho científico para todos nosotros y que además sirva para estrechar las manos de aquellos que hace tiempo, -por razones geográficas- no habíamos saludado.

**Salud Colegas!**

Dr. Elmer Sady Mayes Cisneros  
Presidente del Colegio Médico de Honduras

## RESEÑA BIOGRAFICA DEL DR. ANGEL ERNESTO ARGUETA AGUILAR



El Dr. Ángel E. Argueta nació el 23 de marzo de 1938 en el centro de Tegucigalpa, a un bloque detrás de la Catedral. Sus padres, Ángel Argueta Canela y Hortensia Aguilar de Argueta, siempre soñaron que sus cuatro hijos fueran buenos profesionales.

La vocación de médico del Dr. Argueta nació desde que tenía 7 años de edad y fue con la muerte de su padre muchos años después, que decidió ser especialista en Cirugía Oncológica para luchar contra esta enfermedad.

Un día partió para Madrid, España, donde 7 años después se graduó de Doctor en Medicina y Cirugía. En la Universidad de Duke, Carolina del Norte, Estados Unidos de América, después de 5 años de entrenamiento, se graduó de Especialista en Cirugía General y finalmente 4 años más tarde recibió el grado de Especialista en Cirugía Oncológica en el Hospital Ellis Fishel, Columbia, Missouri. Para ese entonces ya era residente en esa nación donde le ofrecieron un puesto en la Fuerza Naval. Fue una decisión difícil de tomar, pero regresó a Honduras en 1975.

El Dr. Argueta fue el primer Cirujano Oncólogo en Honduras. Como profesional debe estar muy satisfecho por haber realizado por primera vez cirugías que no se practicaban antes y que eran necesarias para controlar el cáncer. Asimismo, realizó de manera innovadora procedimientos con microcirugía necesarios para trasplante de tejidos por primera vez en Honduras.

El Dr. Argueta se desempeñó profesionalmente en el Hospital General San Felipe, Hospital Escuela Universitario, Hospital y Clínicas Viera, Centro del Cáncer Emma Romero de Callejas. Actualmente sigue desempeñándose en su práctica privada en el Honduras Medical Center, Tegucigalpa.

Para el personal de salud de Honduras en general y para el gremio médico y el Comité Organizador en particular, es de enorme satisfacción rendir homenaje al Dr. Ángel E. Argueta en el marco de un congreso médico nacional dedicado a los avances en enfermedades oncológicas. Reconocemos su contribución científica, académica, profesional y humana. Congratulaciones Dr. Argueta!

**PROGRAMA CIENTÍFICO DEL LVIII CONGRESO  
MÉDICO NACIONAL  
TEGUCIGALPA, M.D.C., 2015**

**CURSOS PRECONGRESO**

MARTES, 7 DE JULIO, 2015  
CENTRO DE CONVENCIONES, COLEGIO MEDICO DE HONDURAS.

**CURSO PRE CONGRESO SOBRE ETICA MÉDICA**

<b>HORA</b>	<b>TEMA/EXPOSITOR</b>
8:00	Inauguración. <b>Dra. Mayra Carolina Ochoa</b>
8:10	El arte de dar malas noticias. <b>Dra. Carolina Fortín</b>
8:40	Acompañamiento. <b>Dra. Rosa Edith Alvarenga</b>
9:10	Encarnizamiento Terapéutico. <b>Dr. Ángel Cruz Banegas</b>
9:40	Cuidados Paliativos. <b>Dr. Tulio Velásquez</b>
10:10	La Ética en Investigación. <b>Dr. Julio Colindres</b>
10:40	Manejo de la Comorbilidad afectiva en el paciente oncológico. <b>Dr. Mario Francisco Aguilar</b>
11:10	<b>Refrigerio</b>
11:40	Los peritos imperitos en los Juicios de mala praxis. <b>Dr. Denis Castro Bobadilla</b>
12:10	Autorregulación en la Práctica Médica: Enfoque Ético. <b>Dr. Jorge Fernández</b>

# PROGRAMA CIENTÍFICO DEL LVIII CONGRESO MÉDICO NACIONAL TEGUCIGALPA, M.D.C., 2015

MARTES, 7 DE JULIO, 2015  
CENTRO DE CONVENCIONES, COLEGIO MEDICO DE HONDURAS.

## CURSO PRE CONGRESO SOBRE ESCRITURA Y PUBLICACION DE ARTICULOS BIOMEDICOS

**Coordinación:** Consejo Editorial de la Revista Médica Hondureña.

**Objetivo:** Fomentar la práctica de la escritura y publicación de artículos científicos en revistas biomédicas. Al final del curso, el participante tendrá conocimiento básico sobre: 1) Como preparar un artículo científico original y el proceso general para publicar, 2) Los antecedentes históricos y estado actual de la Revista Médica Hondureña.

### PROGRAMA

HORA	CONFERENCIA	EXPOSITOR
13:00	Inauguración y Bienvenida Objetivos del Curso	Dra. Mayra Ochoa, CENEMEC Dr. Heriberto Rodríguez, Consejo Editorial RMH
13:30	Reseña histórica de la Revista Médica Hondureña	Dr. Heriberto Rodríguez
13:50	Empezando a estructurar el artículo	Dra. Jackeline Alger
14:10	Resultados, Cuadros y Figuras	Dr. Heriberto Rodríguez
14:40	Materiales/Sujetos y Métodos	Dra. Edna Maradiaga
15:10	<b>RECESO</b>	
15:25	Introducción	Dra. Edna Maradiaga
15:50	Discusión	Dra. Jackeline Alger
16:20	Resumen, Palabras clave, Título	Dra. Carolina Bustillo
16:50	Discusión final	Consejo Editorial RMH
17:00	Clausura	Dr. Heriberto Rodríguez, Consejo Editorial RMH, Dra. Mayra Ochoa, CENEMEC

**PROGRAMA CIENTÍFICO DEL LVIII CONGRESO  
MÉDICO NACIONAL  
TEGUCIGALPA, M.D.C., 2015**

C: Conferencia TL: Trabajos Libres

MIÉRCOLES, 8 DE JULIO, 2015

HOTEL HONDURAS MAYA, SALÓN "A"

HORARIO	CÓDIGO	TEMA/EXPOSITOR
08:00	1C Plenaria Salones A-B-C HHM	<b>La genética y el cáncer.</b> Dra. Silvia Vidal
09:10	2C	<b>Incidencia y prevalencia del cáncer, la estadística nacional.</b> Dra. Jackeline Figueroa
09:40	3C	<b>Avances en radioterapia, acelerador lineal mastomografo incorporado, braquiterapia altas dosis.</b> Dr. Luis Flores
10:10	RECESO	
10:30	4C	<b>Nuevos esquemas internacionales en el tratamiento de la HTA.</b> Dr. Gustavo Moncada
11:00	5C	<b>La actividad física en el paciente oncológico.</b> Dr. José Ramón Solórzano
11:30	6C	<b>Nutrición y cáncer.</b> Dra. Nora Guzmán
12:00	RECESO	
12:20	7C	<b>Cuál es el esquema actualizado de vacunas en niños y adultos?</b> Dra. Berenice Molina
12:50	8C Panel Salones A-B-C HHM	<b>Análisis del nuevo modelo de salud en Honduras.</b> Héctor Díaz (OIT), Dr. Alcides Martínez, Dr. Elmer Mayes
13:50	1TL	<b>Definición de Prioridades de Investigación: Experiencia en la Secretaría de Salud de Honduras, año 2015.</b> Dra. Sandra Villalvir
14:10	2TL	<b>Biblioteca Virtual en Salud de Honduras (<a href="http://www.bvs.hn">www.bvs.hn</a>): 15 años proporcionando recursos de información en salud.</b> Dra. Martha Cecilia García
14:30	3TL	<b>Fortalecimiento de la investigación para la salud en Honduras a través de la promoción de la investigación ética: Experiencia del Comité de Ética en Investigación Biomédica (CEIB), Facultad de Ciencias Médicas UNAH.</b> Dra. Eleonora Espinoza

# PROGRAMA CIENTÍFICO DEL LVIII CONGRESO MÉDICO NACIONAL TEGUCIGALPA, M.D.C., 2015

C: Conferencia TL: Trabajos Libres

MIÉRCOLES, 8 DE JULIO, 2015

HOTEL HONDURAS MAYA, SALÓN "B"

HORARIO	CÓDIGO	TEMA/EXPOSITOR
08:00	1C Plenaria Salones A-C HHM	<b>La genética y el cáncer.</b> Dra. Silvia Vidal
09:10	9C	<b>¿Cuáles son los Tumores más frecuentes de la Región Selar? Tratamiento.</b> Dr. Osly Vásquez
09:40	10C	<b>Tratamiento quirúrgico en cáncer de mama.</b> Dr. Marcio Pinto
10:10	RECESO	
10:30	11C	<b>Cirugía Cerebral sin bisturí.</b> Dr. Eduardo Lovo
11:00	12C	<b>¿Qué hay de nuevo en Epilepsia?</b> Dr. Marco Tulio Medina
11:30	13C	<b>Trastornos de Ansiedad: Diagnóstico Diferencial y Recomendaciones del Tratamiento.</b> Dr. Marshall Smith
12:00	RECESO	
12:20	14C	<b>Los Rayos y Lesiones Producidas por el Impacto de los mismos.</b> Dr. Robert Walkup
12:50	8C Panel Salones A-B-C HHM	<b>Análisis del nuevo modelo de salud en Honduras.</b> Héctor Díaz (OIT), Dr. Alcides Martínez, Dr. Elmer Mayes
13:50	15C	<b>Ebola: Experiencia y lecciones aprendidas.</b> Dr. Michael Owens

**PROGRAMA CIENTÍFICO DEL LVIII CONGRESO  
MÉDICO NACIONAL  
TEGUCIGALPA, M.D.C., 2015**

C: Conferencia TL: Trabajos Libres

MIÉRCOLES, 8 DE JULIO, 2015

HOTEL HONDURAS MAYA, SALÓN "C"

HORARIO	CÓDIGO	TEMA/EXPOSITOR
08:00	1C Plenaria Salones A-C HHM	<b>La genética y el cáncer.</b> Dra. Silvia Vidal
09:10	16C	<b>Linfomas, factores de riesgo y diagnóstico.</b> Dr. Ángel Sánchez
09:40	17C	<b>Osteoporosis. Factores de riesgo y diagnóstico.</b> Dra. Helga Codina
10:10	RECESO	
10:30	18C	<b>Rinosinusitis, actualización.</b> Dr. Iran Villela
11:00	19C Taller	<b>Citología vaginal (Toma, manejo y lecturas de muestras)</b> Dr. Hector Antúnez, Dra. Silvana Varela, Dra. Silvia Portillo
12:30	RECESO	
12:50	8C Panel Salones A-B-C HHM	<b>Análisis del nuevo modelo de salud en Honduras.</b> Héctor Díaz (OIT), Dr. Alcides Martínez, Dr. Elmer Mayes
13:50	4TL	<b>Prevalencia de discapacidad en personas adultos mayores en las áreas de influencia de los médicos en servicio social, UNAH, período 2014-2015. Resultados preliminares.</b> Dra. Melissa A. Mejía
14:10	5TL	<b>Frecuencia y tipos de discapacidad en los habitantes del municipio de San Ignacio, Francisco Morazán, año 2011.</b> Dra. Claudia M. Martínez
14:30	6TL	<b>Prevalencia de discapacidad y sus características en población de 18 a 65 años de edad, Honduras, Centro América, 2013-2014.</b> Dra. Sonia Flores

**PROGRAMA CIENTÍFICO DEL LVIII CONGRESO  
MÉDICO NACIONAL  
TEGUCIGALPA, M.D.C., 2015**

C: Conferencia TL: Trabajos Libres

MIÉRCOLES, 8 DE JULIO, 2015

HOTEL PLAZA JUAN CARLOS, SALÓN "D"

HORARIO	CÓDIGO	TEMA/EXPOSITOR
08:00	1C Plenaria Salones A-C HHM	<b>La genética y el cáncer.</b> Dra. Silvia Vidal
09:10	20C	<b>Enfermedad Chikungunya, epidemia en Honduras?</b> Dr. Denis Padgett
09:40	21C	<b>Virus oncogénicos y su impacto en la población.</b> Dr. Efraín Bu Figueroa
10:10	RECESO	
10:30	22C	<b>Paciente oncológico con infección. Diagnóstico y tratamiento.</b> Dr. Denis Padgett
11:00	23C	<b>Tratamiento de hepatitis C: Un cambio de Paradigma.</b> Dr. Tito Alvarado
11:30	24C	<b>Epidemiología y factores de riesgo en paciente Oncológico.</b> Dr. Manuel Sierra
12:00	25C	<b>Leucemias, factores de riesgo y diagnóstico.</b> Dra. Flora Duarte
12:30	RECESO	
12:50	8C Panel Salones A-B HHM	<b>Análisis del nuevo modelo de salud en Honduras.</b> Héctor Díaz (OIT), Dr. Oscar Carranza Dr. Elmer Mayes
13:50	7TL	<b>Hepatitis aguda por virus del dengue. Informe de un caso.</b> Dr. Elvin Omar Videa
14:10	8TL	<b>Frecuencia y características de los casos de coinfección dengue y malaria en pacientes atendidos en el Hospital Escuela Universitario, Tegucigalpa, Honduras, periodo 2010-2013. Resultados preliminares.</b> Dr. Jorge García
14:30	9TL	<b>Malaria grave y complicada por <i>Plasmodium falciparum</i> en adulto joven: Informe de un caso fatal en Honduras, Centro América.</b> Estudiante Katherine Peña

**PROGRAMA CIENTÍFICO DEL LVIII CONGRESO  
MÉDICO NACIONAL  
TEGUCIGALPA, M.D.C., 2015**

C: Conferencia TL: Trabajos Libres

MIÉRCOLES, 8 DE JULIO, 2015

HOTEL PLAZA JUAN CARLOS, SALÓN "E"

HORARIO	CÓDIGO	TEMA/EXPOSITOR
08:00	1C Plenaria Salones A-C HHM	<b>La genética y el cáncer.</b> Dra. Silvia Vidal
09:1	26C	<b>¿Hay Emergencias en el paciente Oncológico?</b> Dra. Cinthia Aquino
09:40	27C	<b>Tumores de ovario. Manejo actual.</b> Dr. Andrés Alberto Coello
10:10	RECESO	
10:30	28C	<b>Intervencionismo en cáncer gastrointestinal.</b> Dra. Susana Pineda
11:00	29C	<b>Ablación con microondas.</b> Dr. Carlos Rivera
11:30	30C	<b>Dispositivos auditivos en el manejo de la sordera.</b> Dr. Lucas Zelaya
12:00	31C	<b>Cardiología Intervencionista Manejo actual.</b> Dr. Haroldo López
12:30	RECESO	
12:50	8C Panel Salones A-B HHM	<b>Análisis del nuevo modelo de salud en Honduras.</b> Héctor Díaz (OIT), Dr. Oscar Carranza Dr. Elmer Mayes
13:50	10TL	<b>Criptococosis pulmonar y vertebral en un paciente sin infección por VIH. Informe de un caso.</b> Dra. Alejandra María Sosa Rivera
14:10	11TL	<b>Angiostrongiliasis abdominal: Informe de un caso en niño lactante mayor.</b> Dra. Fátima Lara
14:30	12TL	<b>Estrongiloidiasis como causa de úlcera duodenal en paciente inmunocompetente: informe de un caso.</b> Dr. Elvin Omar Videá

# PROGRAMA CIENTÍFICO DEL LVIII CONGRESO MÉDICO NACIONAL TEGUCIGALPA, M.D.C., 2015

C: Conferencia TL: Trabajos Libres

JUEVES, 9 DE JULIO, 2015

HOTEL HONDURAS MAYA, SALÓN "A"

HORARIO	CÓDIGO	TEMA/EXPOSITOR
08:00	32C Simposio Salones A-C HHM	<b>Programas de prevención nacional para la detección del cáncer y leyes vigentes: Ley antitabaco, Semana del Lunar, protección radiológica, retinoblastoma.</b> Dra. Odesa Henríquez, Dr. Carlos Borjas, Dra. Berenice Reyes, Dr. Carlos Maldonado
09:10	33C	<b>Cáncer de mama, factores de riesgo y sospechas para diagnóstico.</b> Dra. Lía Bueso
09:40	34C	<b>Imágenes diagnósticas en patología mamaria.</b> Dr. Carlos Paz
10:10	RECESO	
10:30	35C	<b>Cáncer de mama, que hay de nuevo en el tratamiento?</b> Dra. Lesbia Rivera
11:00	36C	<b>Cáncer de cérvix uterino y virus papiloma humano.</b> Dra. Yesica Zelaya
11:30	37C	<b>Cáncer de próstata, generalidades y diagnóstico.</b> Dr. Carlos Fajardo
12:00	RECESO	
12:20	38C	<b>Radioterapia Intraoperatoria, Opción innovadora.</b> Dra. Lesbia Rivera
12:50	39C	<b>Cirugía oncológica en Honduras, mi experiencia.</b> Dr. Ángel Argueta
13:50	40C	<b>Duelo Corporal.</b> Dr. José Luis Cruz
14:10	41C	<b>Tratamiento farmacológico de la depresión y ansiedad en el paciente oncológico.</b> Dra. Cecilia Carías
14:30	42C	<b>Comorbilidades psiquiátricas en el paciente oncológico.</b> Dr. Octavio López
14:50	43C	<b>Necesidad de atención a familia de pacientes con enfermedades oncológicas crónicas y/o graves.</b> Dra. Sagrario Guifarro
15:10	44C	<b>Cáncer pediátrico: impacto personal, familiar y cuidados paliativos.</b> Dra. Alejandra Munguía

# PROGRAMA CIENTÍFICO DEL LVIII CONGRESO MÉDICO NACIONAL TEGUCIGALPA, M.D.C., 2015

C: Conferencia TL: Trabajos Libres

JUEVES, 9 DE JULIO, 2015

HOTEL HONDURAS MAYA, SALÓN "B"

HORARIO	CÓDIGO	TEMA/EXPOSITOR
08:00	32C Simposio Salones A-C HHM	<b>Programas de prevención nacional para la detección del cáncer y leyes vigentes: Ley antitabaco, Semana del Lunar, protección radiológica, retinoblastoma.</b> Dra. Odesa Henríquez, Dr. Carlos Borjas, Dra. Berenice Reyes, Dr. Carlos Maldonado
09:10	45C	<b>Imagen en Neurocisticercosis</b> Dra. Jeaneth Bú Figueroa
09:40	46C	<b>Tratamiento Actual de Metástasis Cerebrales.</b> Dra. Lesbia Rivera
10:10	RECESO	
10:30	47C	<b>Cáncer de pene y testículo. Detección y diagnóstico.</b> Dr. Robert Gernat
11:00	48C	<b>Dolor abdominal agudo, una aproximación al diagnóstico.</b> Dr. Juan Carlos Mendoza.
11:30	49C	<b>Fracturas vertebrales por osteoporosis. Vertebroplastia y Xifoplastia como alternativas de tratamiento.</b> Dr. Isaí Gutiérrez
12:00	RECESO	
12:20	50C	<b>Factores de riesgo para melanoma.</b> Dra. Johana Bermúdez
12:50	51C Simposio	<b>Fotoprotección en la prevención de Cáncer de Piel.</b> Dra. Miriam González, Dra. Verónica Meléndez, Dra. Nelly Sandoval, Dra. Iris Álvarez
13:50	13TL	<b>Prevalencia de dermatosis en niños del centro escolar Tela American School, municipio de Tela, departamento de Atlántida, 2013 – 2014.</b> Dr. José Emanuel Cueva Núñez
14:10	14TL	<b>Prevalencia de Dermatitis en Niños Escolares de la Escuela Espíritu Santo, Municipio de Comayagua, Departamento de Comayagua, Año 2014.</b> Dra. Victoria Gonzales.
14:30	15TL	<b>Prevalencia de Dermatitis en Niños Escolares de la Escuela Juan Ramón Montoya, Municipio de Yuscarán, Departamento de El Paraíso, Año 2014.</b> Dr. Mario Ricardo Funes Hernández

# PROGRAMA CIENTÍFICO DEL LVIII CONGRESO MÉDICO NACIONAL TEGUCIGALPA, M.D.C., 2015

C: Conferencia TL: Trabajos Libres

JUEVES, 9 DE JULIO, 2015

HOTEL HONDURAS MAYA, SALÓN "C"

HORARIO	CÓDIGO	TEMA/EXPOSITOR
08:00	32C Simposio Salones A-C HHM	<b>Programas de prevención nacional para la detección del cáncer y leyes vigentes: Ley antitabaco, Semana del Lunar, protección radiológica, retinoblastoma.</b> Dra. Odesa Henríquez, Dr. Carlos Borjas, Dra. Berenice Reyes, Dr. Carlos Maldonado
09:10	52C	<b>Cáncer en el adulto mayor. Ética profesional y toma de decisiones.</b> Dra. Flora Duarte
09:40	53C	<b>¿Cuál debería ser el papel de la familia frente al enfermo oncológico?</b> Dr. Tulio Velásquez
10:10	RECESO	
10:30	54C	<b>Infección urinaria en pediatría.</b> Dr. Gaspar Rodríguez
11:00	55C	<b>Taller de radiología en oncología.</b> Dr. Carlos Rivera, Dr. José Luis Criales y Postgrado de Radiología
12:30	RECESO	
12:50	56C	<b>Cáncer de pulmón de la radiografía simple al PET-CT.</b> Dr. José Luis Criales
13:50	57C	<b>Artritis Reumatoide.</b> Dr. Carlos Santiago Pastelin

**PROGRAMA CIENTÍFICO DEL LVIII CONGRESO  
MÉDICO NACIONAL  
TEGUCIGALPA, M.D.C., 2015**

C: Conferencia TL: Trabajos Libres

JUEVES, 9 DE JULIO, 2015

HOTEL PLAZA JUAN CARLOS, SALÓN "D"

HORARIO	CÓDIGO	TEMA/EXPOSITOR
08:00	32C Simposio Salones A-C HHM	<b>Programas de prevención nacional para la detección del cáncer y leyes vigentes: Ley antitabaco, Semana del Lunar, protección radiológica, retinoblastoma.</b> Dra. Odesa Henríquez, Dr. Carlos Borjas, Dra. Berenice Reyes, Dr. Carlos Maldonado
9:10	58C	<b>Cirugía Reconstructiva en el paciente oncológico.</b> Dr. Emec Cherenfant
09:40	59C	<b>Cáncer de colon. Generalidades y abordaje quirúrgico.</b> Dr. Marcio Pinto
10:10	RECESO	
10:30	60C	<b>Cáncer de colon. La importancia de las imágenes.</b> Dr. Said Kafati
11:00	61C	<b>Generalidades y actualización en el manejo de Hepatocarcinoma.</b> Dr. Edgardo Pineda
11:30	62C	<b>Endoscopia en el diagnóstico de cáncer de tubo digestivo.</b> Dr. Edgar Aguilera
12:00	63C	<b>Cámara endoscópica en tubo digestivo.</b> Dra. Susana Pineda
12:30	RECESO	
13:50	16TL	<b>Conocimientos, actitudes y prácticas (CAP) sobre la medicina y cirugía sin sangre (MCSS) de los médicos especialistas y residentes del Hospital Escuela Universitario pertenecientes a las áreas de cirugía, medicina interna, anestesiología y ginecología durante el periodo de marzo a junio del 2013.</b> Estudiante Crisley Dávila Láinez.
14:10	17TL	<b>Caracterización psico – social del intento suicida en niños y adolescentes.</b> Dra. Blanca C. Lagos
14:30	18TL	<b>Conocimiento sobre Muerte Súbita Inexplicada en Epilepsia entre el personal de salud, pacientes con epilepsia y población general en Olancho, Honduras.</b> Dra. Gabriela A. Guifarro
14:50	19TL	<b>Paciente con Síndrome de Fahr secundario a Hipoparatiroidismo primario. A propósito de un caso.</b> Dr. José Alberto Rivera

**PROGRAMA CIENTÍFICO DEL LVIII CONGRESO  
MÉDICO NACIONAL  
TEGUCIGALPA, M.D.C., 2015**

C: Conferencia TL: Trabajos Libres

JUEVES, 9 DE JULIO, 2015

HOTEL PLAZA JUAN CARLOS, SALÓN "E"

HORARIO	CÓDIGO	TEMA/EXPOSITOR
08:00	32C Simposio Salones A-C HHM	<b>Programas de prevención nacional para la detección del cáncer y leyes vigentes: Ley antitabaco, Semana del Lunar, protección radiológica, retinoblastoma.</b> Dra. Odesa Henríquez, Dr. Carlos Borjas, Dra. Berenice Reyes, Dr. Carlos Maldonado
09:10	64C	<b>Violencia en el Hospital.</b> Dr. Eduardo Cálix Perato
09:40	65C	<b>Células Madre: ¿Cuál es el futuro?</b> Dr. René Fiallos
10:10	RECESO	
10:30	66C	<b>Alzheimer, actualidades.</b> Dra. Heike Hesse
11:00	67C	<b>Síndrome de Ovario Poliquístico.</b> Dr. José Manuel Claros
11:30	68C	<b>¿Qué hacer con el cuerpo extraño en oftalmología?</b> Dra. Mayra Ochoa
12:00	69C	<b>¿Hay novedades en el tratamiento de trastornos de la estática pélvica?</b> Dr. Cristian Navarro
12:30	RECESO	
12:50	20TL	<b>Coriocarcinoma de útero: reporte de caso de autopsia.</b> Dra. Beatriz Rivas
13:10	21TL	<b>Mieloma múltiple en paciente joven: reporte de caso.</b> Dr. Guímel Peralta
13:30	22TL	<b>Síndrome Hipoglucémico en presencia de Tumores Pancreáticos Múltiples Secretores de Proinsulina.</b> Estudiante Luis F. Guifarro R.

**PROGRAMA CIENTÍFICO DEL LVIII CONGRESO  
MÉDICO NACIONAL  
TEGUCIGALPA, M.D.C., 2015**

C: Conferencia TL: Trabajos Libres

VIERNES, 10 DE JULIO, 2015

HOTEL HONDURAS MAYA, SALÓN "A"

HORARIO	CÓDIGO	TEMA/EXPOSITOR
08:00	70C Simposio Salones A-C HHM	<b>Avances en Oncología.</b> Dr. José Luis Ciales, Dr. Luis H. Camacho
09:10	71C	<b>Vacuna contra el dengue, participación hondureña.</b> Dra. Maribel Rivera
09:40	72C	<b>Factores de riesgo para cáncer en los niños.</b> Dra. Ligia Fu
10:10	RECESO	
10:30	73C	<b>Leucemias en niños.</b> Dra. Catherine Lam
11:00	74C	<b>Linfomas en la edad pediátrica.</b> Dra. Catherine Lam
11:30	75C	<b>Tumores cerebrales en niños.</b> Dra. Catherine Lam
12:00	RECESO	
12:20	76C	<b>Embarazo en adolescentes.</b> Dr. Marlon Sánchez
12:50	77C	<b>Tablas de Crecimiento en niños.</b> Dr. Guillermo Villatoro, Dra. Lesby Espinoza
13:50	23TL	<b>Caracterización clínica-epidemiológica de pacientes con diagnóstico de retinoblastoma, Servicio de Oftalmología Pediátrica, Hospital Escuela Universitario, 1990-2015.</b> Dr. Carlos Rene Maldonado
14:10	24TL	<b>Caracterización de los tumores sólidos pediátricos diagnosticados en el Hospital Escuela Universitario de enero a diciembre del 2014.</b> Dra. Joan Lagos
14:30	25TL	<b>Diagnostico post mortem de neoplasias no sospechadas clínicamente: estudio clínico patológico de 5 casos.</b> Dra. Ana Raquel Urbina

# PROGRAMA CIENTÍFICO DEL LVIII CONGRESO MÉDICO NACIONAL TEGUCIGALPA, M.D.C., 2015

C: Conferencia TL: Trabajos Libres

VIERNES, 10 DE JULIO, 2015

HOTEL HONDURAS MAYA, SALÓN "B"

HORARIO	CÓDIGO	TEMA/EXPOSITOR
08:00	70C Simposio Salones A-C HHM	<b>Avances en Oncología.</b> Dr. José Luis Criales, Dr. Luis H. Camacho
09:10	78C	<b>¿Puede el estrés activar los Oncogenes? Psiconeuroinmunoendocrinología.</b> Dr. Juan Carlos Munguía
09:40	79C	<b>Nódulo pulmonar solitario. Abordaje clínico.</b> Dr. Carlos Alvarado
10:10	RECESO	
10:30	80C	<b>Factores de riesgo en cáncer de pulmón.</b> Dra. Miriam Chávez
11:00	81C	<b>Cáncer de pulmón, métodos diagnósticos.</b> Dra. Suyapa Sosa
11:30	82C	<b>Tratamientos en cáncer de pulmón, Actualización.</b> Dr. Ricardo Bulnes
12:00	RECESO	
12:20	83C	<b>Neumointervención.</b> Dr. Mario Lanza
12:50	84C	<b>Diagnóstico temprano en cáncer.</b> Dr. Omar Castillo
13:50	26TL	<b>Sepsis por <i>Chromobacterium violaceum</i> en un niño del Sur de Honduras.</b> Dra. Sandra M. Ramos
14:10	27TL	<b>Uso de los exámenes de parasitología en las Salas de Pediatría del Hospital Escuela Universitario, Tegucigalpa, 2015.</b> Dr. Eduardo Núñez
14:30	28TL	<b>Extracción de cuerpos extraños en tejidos blandos con técnica mínimamente invasiva guiados por estudios de imagen.</b> Dr. Jorge Murillo

**PROGRAMA CIENTÍFICO DEL LVIII CONGRESO  
MÉDICO NACIONAL  
TEGUCIGALPA, M.D.C., 2015**

C: Conferencia TL: Trabajos Libres

VIERNES, 10 DE JULIO, 2015

HOTEL HONDURAS MAYA, SALÓN "C"

HORARIO	CÓDIGO	TEMA/EXPOSITOR
08:00	70C Simposio Salones A-C HHM	<b>Avances en Oncología.</b> Dr. José Luis Criales, Dr. Luis H. Camacho
09:10	85C	<b>El papel del laboratorio en la práctica clínica.</b> Dr. Carlos Javier
09:40	86C	<b>Faringoamigdalitis.</b> Dr. Wilfredo Cáceres
10:10	RECESO	
10:30	87C	<b>Manejo del dolor en el paciente Oncológico.</b> Dra. Xenia Pineda
11:00	88C Taller	<b>Cuidados paliativos.</b> Dra. Xenia Pineda, Dr. Ángel Sánchez, Dr. Amílcar Rodas
12:30	RECESO	

**PROGRAMA CIENTÍFICO DEL LVIII CONGRESO  
MÉDICO NACIONAL  
TEGUCIGALPA, M.D.C., 2015**

C: Conferencia TL: Trabajos Libres

VIERNES, 10 DE JULIO, 2015

HOTEL PLAZA JUAN CARLOS, SALÓN "D"

HORARIO	CÓDIGO	TEMA/EXPOSITOR
08:00	70C Simposio Salones A-C HHM	<b>Avances en Oncología.</b> Dr. José Luis Criales, Dr. Luis H. Camacho
09:10	89C	<b>Nódulo Tiroideo, consideraciones clínicas.</b> Dra. Cristy Sierra
09:40	90C	<b>La imagen en cáncer de tiroides.</b> Dr. Carlos Rivera
10:10	RECESO	
10:30	91C	<b>Terapias en cáncer de tiroides.</b> Dr. Luis H. Camacho
11:00	92C	<b>Papel de la Cirugía en cáncer de tiroides.</b> Dr. Jorge Rodríguez
11:30	93C	<b>Actualidades en enfermedad tiroidea.</b> Dra. Cristina Boccalandro
12:00	94C	<b>Avances de laboratorio en el diagnóstico del paciente. Exámenes especiales que deciden conductas.</b> Dra. Amparo Andrade
12:30	RECESO	
12:50	29TL	<b>Embolia de líquido amniótico: Reporte de un caso.</b> Dra. Ana Lucia Vargas Maradiaga
13:10	30TL	<b>Sensibilidad y Especificidad del método de Johnson y Toshach para la estimación de peso fetal, año 2013.</b> Dr. Marco Modesto Cáliz
13:30	31TL	<b>Riesgo cardiovascular en pacientes con Diabetes Mellitus que asisten a la consulta externa de Endocrinología del Hospital Escuela Universitario.</b> Dr. Elvin Omar Videá Irías
13:50	32TL	<b>Parasitismo intestinal y anemia, en preescolares y escolares de San Vicente Centenario.</b> Dra. Tania Soledad Licona Rivera

**PROGRAMA CIENTÍFICO DEL LVIII CONGRESO  
MÉDICO NACIONAL  
TEGUCIGALPA, M.D.C., 2015**

C: Conferencia TL: Trabajos Libres

VIERNES, 10 DE JULIO, 2015

HOTEL PLAZA JUAN CARLOS, SALÓN "E"

HORARIO	CÓDIGO	TEMA/EXPOSITOR
08:00	70C Simposio Salones A-C HHM	<b>Avances en Oncología.</b> Dr. José Luis Criales, Dr. Luis H. Camacho
09:10	95C	<b>Apnea del Sueño.</b> Dr. Oscar Castañeda
09:40	96C	<b>Rehabilitación cardiaca en prevención de Coronariopatías.</b> Dra. Ivette Zelaya
10:10	RECESO	
10:30	97C	<b><i>Helicobacter pylori</i>: ¿Carcinogeno o un simple espectador?</b> Dr. Tito Alvarado.
11:00	98C	<b>Prevención en Envejecimiento Cutáneo.</b> Dra. Miriam González
11:30	99C	<b>¿Cuáles son los avances en terapias de rehabilitación?</b> Dr. José Manuel Matheu
12:00	100C	<b>Guías de prevención en EVC en atención primaria.</b> Dr. Allan Alvarez
12:30	RECESO	

# PROGRAMA DE CEREMONIA INAUGURAL

**MIÉRCOLES 8 DE JULIO DEL 2015**  
**LUGAR: CENTRO DE CONVENCIONES DEL**  
**COLEGIO MÉDICO DE HONDURAS**

**INICIO: 7:00 p.m.**

**Maestro de Ceremonia: Dr. Evandro Valladares**

Presentación de integrantes de la Mesa Principal

Invocación a Dios

Himno Nacional

**Mensaje de Bienvenida Presidente del Comité Organizador. Dr. Carlos René Guerra Franco**

**Palabras de la Secretaria de Estado en el Despacho de Salud. Dra. Yolani Batres**

**Palabras del Alcalde Municipal del Distrito Central. Sr. Nasry Asfura**

**Palabras de la Rectora de la UNAH. Lic. Julieta Castellanos**

**Palabras del Presidente del Colegio Médico de Honduras. Dr. Elmer Mayes**

**Entrega de Reconocimiento en homenaje al Dr. Ángel Ernesto Argueta**

Conjunto de Cuarteto de Cuerdas

**Palabras de Inauguración del Evento. Dr. Elmer Mayes**

# **PROGRAMA DE CEREMONIA DE CLAUSURA**

**VIERNES 10 DE JULIO DEL 2015  
LUGAR: HOTEL PLAZA JUAN CARLOS  
DE TEGUCIGALPA**

**INICIO: 7:00 p.m.**

**Maestro de Ceremonia: Dr. Evandro Valladares**

***Presentación de integrantes de la Mesa Principal***

**Entrega de Premios de los 3 mejores trabajos libres durante el LVIII Congreso Médico Nacional.**

Dra. Jeaneth Bu, Dr. Gaspar Rodríguez, Comité Científico.

**Presentación y Juramentación del Comité Organizador del LIX Congreso Médico Nacional a realizarse en El Progreso, Yoro, 2016**

**Palabras de despedida por el Presidente del Comité Organizador del LVIII Congreso Médico Nacional**

**2015.** Dr. Carlos René Guerra Franco

**Palabras de clausura del Presidente del Colegio Médico de Honduras.** Dr. Elmer Mayes

## PROGRAMA SOCIO CULTURAL

FECHA	HORA	LUGAR	EVENTO	VESTUARIO
Miércoles 08 de Julio	7:00 p.m.	Centro de Convenciones del Colegio Médico de Honduras	Coctel de Inauguración	Formal
Jueves 09 de Julio	7:00 p.m.	La Hacienda, El Trapiche	Noche Típica	Informal, Jeans y Camisa Blanca (Ropa Folklórica hondureña)
Viernes 10 de Julio	7:00 p.m.	Hotel Plaza Juan Carlos	Cena de Gala	Tema Charleston (Gatsby)

# CONFERENCIA MAGISTRALES

## RESUMENES

### 4C. NUEVOS ESQUEMAS INTERNACIONALES EN EL TRATAMIENTO DE LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL.

Gustavo Adolfo Moncada Paz, MD, PhD. Unidad de Investigación Científica, Facultad de Ciencias Médicas UNAH; Servicio de Cardiología, IHSS; Tegucigalpa.

La hipertensión arterial constituye la más frecuente alteración del estado de salud en el planeta. Se estima que un billón de personas la sufre. Sin embargo, su naturaleza es en la mayoría de los casos silente, por lo cual ha sido denominada "El Asesino Silencioso". En efecto, las enfermedades cardiovasculares a las cuales está vinculada la HTA son la causa número uno de muerte en países industrializados y en vías de desarrollo, entre hombres y mujeres adultos. De ahí que el correcto abordaje de la HTA constituye un reto de salud pública. Para un correcto tratamiento se requiere de un diagnóstico acertado no solo de la HTA, sino también, de los factores de riesgo asociados a la misma. No es para lograr alivio de los síntomas que debemos tratar la HTA, sino para evitar el daño a los órganos blanco, reducir el número de incapacidades transitorias y permanentes, evitar el deterioro de la calidad de vida y la muerte prematura. Grandes esfuerzos se han realizado en las últimas décadas para elaborar guías clínicas que sirvan al médico de atención primaria y a los especialistas para lograr el correcto abordaje de la HTA. En lo personal, consideramos que las Guías Europeas están mejor diseñadas, puesto que han logrado definir con claridad las categorías de severidad de la HTA, y además, proporcionan una visión integral del paciente en función de los otros factores de riesgo (Euro Score). Es importante identificar diferentes variantes de la HTA, tales como la HTA Sistólica aislada, propia del adulto mayor y la HTA Refractaria. La educación para lograr que la población en general adopte estilos de vida saludable, basados en una adecuada nutrición, ejercicio regular, y evitar hábitos tóxicos deben ser la estrategia más importante a implementar desde la secretaría de salud hasta cada nicho de trabajo de los trabajadores en el área de la salud.

**7C. ¿CUAL ES EL ESQUEMA ACTUALIZADO DE VACUNAS DE NIÑOS Y ADULTOS?** Ida Berenice Molina. Doctora en Medicina y Cirugía con especialidad en Salud Pública. Jefe del Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI) de la Secretaría de Salud de Honduras, Tegucigalpa.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) brinda recomendaciones anuales sobre el esquema de vacunación de rutina en niños, adolescentes y adultos para todos los programas de inmunización de los países, para algunas regiones del mundo, poblaciones en riesgo y para programas que cumplen algunas características, como niveles de cobertura de

vacunación. A la vez en la mayoría de los países existen Comités de Prácticas de Inmunización, que brindan recomendaciones nacionales, que pueden ser adoptadas o no por las autoridades nacionales de salud de los países. El establecimiento de un esquema de vacunación debe basarse en el análisis de aspectos políticos y técnicos como la prioridad política y de salud pública, carga de la enfermedad, eficacia, calidad y seguridad de la vacuna, otras intervenciones (incluidas otras vacunas), criterios económicos y financieros y aspectos programáticos y de factibilidad como características de la presentación de la vacuna y la capacidad de almacenamiento en la cadena de frío, oferta de la vacuna y desempeño del programa. Es un proceso que debe estar fundamentado en evidencia científica. Existen muchas vacunas disponibles y otras en desarrollo, pero no todas pueden ser introducidas a los programas nacionales de vacunación de los países. La Secretaría de Salud de Honduras, a través del Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI), oferta 15 vacunas para los niños, adolescentes y adultos, a través de la red de servicios de salud pública (incluye la seguridad social) de manera gratuita. Además el sector privado oferta vacunas que no forman parte del esquema nacional para la población que tiene acceso a dichos servicios. Actualmente se encuentra en proceso la introducción de dos nuevas vacunas al esquema nacional: vacuna de poliomielitis inactivada (VPI) para la población infantil y vacuna contra el virus del papiloma humano (VPH) para las niñas adolescentes de 11 años de edad.

**9C. TUMORES MAS FRECUENTES DE REGIÓN SELAR; TRATAMIENTO.** Osly Javier Vásquez Avila. Médico especialista en Neurocirugía. Hospital Escuela Universitario. Tegucigalpa

Los tumores de hipófisis representan de un 10 a 15% de las neoplasias intracraneales, la tercera más frecuente después de gliomas y meningiomas, la incidencia anual oscila entre 0.4 a 18.7 casos por 100,000. Muchos pacientes con estos tumores permanecen asintomáticos o no diagnosticados, la distribución por sexo es igual, la incidencia incrementa con la edad. El manejo de la patología de Hipófisis requiere de un equipo médico y quirúrgico experimentado, retraso en el diagnóstico y tratamiento resulta en secuelas permanentes. Tratamiento médico, quirúrgico y radiación pueden ser utilizados, el tratamiento quirúrgico es la primera opción en la mayoría de los tumores, provee descompresión de los nervios ópticos y resolución rápida del estado hipersecretorio, actualmente el abordaje ideal es vía transnasal endoscópica, en la presente revisión describimos la técnica y la experiencia en el Hospital Escuela.

### **11C. RADIOCIRUGÍA ESTEREOTÁXICA CON INFINI.**

Eduardo Lovo. Neurocirujano, Centro Internacional del Cáncer. El Salvador.

La radiocirugía estereotáxica cerebral con bisturí de rayos gamma es el gold estándar para el tratamiento de tumores del cerebro y una opción importante para el tratamiento de enfermedades funcionales y patologías vasculares, ya que permite entregar dosis altas de radiación a zonas precisas del cerebro. El Centro Internacional de Cáncer comenzó a utilizar su unidad de radiocirugía estereotáxica (INFINI) en marzo de 2014; en mayo del 2015, se alcanzaron los primeros 100 tratamientos. Se hizo una revisión de expedientes para determinar las características de los pacientes. Se encontró que de los 100 pacientes estudiados, 97 recibieron una sola sesión de radiocirugía y tres recibieron dos sesiones debido al tamaño de sus lesiones. El tiempo promedio entre los dos tratamientos fue de 132 días. Tres tipos de patologías fueron tratadas: tumores cerebrales (54.6%), alteraciones vasculares (24.7%) y patologías funcionales (20.6%). Al comparar los tres grupos de patologías no se encontraron diferencias en la procedencia, ( $p=0.153$ ) 24.7% fueron extranjeros, 75.3% salvadoreños y de estos 42.1% viven fuera de la capital; tampoco se encontraron diferencias en sexo, (56.7% mujeres,  $p=0.076$ ). Es importante destacar además que ~30% de los pacientes referidos pertenecen al seguro social. Estos pacientes son referidos debido a que no son candidatos a cirugías por su cuadro clínico complejo o porque sus patologías son refractarias a tratamiento médico o quirúrgico. La procedencia geográfica de los pacientes y el hecho de llevar sus controles principales en otros lugares, vuelve difícil el seguimiento a largo plazo, sin embargo, las instituciones y médicos referidores han informado sobre la evolución favorable de los pacientes. Hemos aprendido que el tratamiento es eficaz, pero que es necesario hacer un programa para dar seguimiento continuo a los pacientes.

### **13C. DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL Y RECOMENDACIONES DE TRATAMIENTO PARA PACIENTES CON SÍNTOMAS DE LA ANSIEDAD.**

Marshall H. Smith. Teniente coronel Ejército de los Estados Unidos de América, Doctor en Medicina, Psiquiatra Forense, Comandante del Elemento Médico Fuerza de Tarea Conjunta Bravo, Base Aérea Soto Cano, Comayagua, Honduras.

Muchas personas se presentan a la consulta médica de atención primaria o al servicio de emergencia con trastornos de ansiedad. La presentación inicial de la ansiedad puede ser confusa, y el médico puede tratar el síntoma sin reconocer la causa subyacente de la ansiedad. El diagnóstico diferencial de la queja principal del paciente por ansiedad es compleja y puede incluir los trastornos de ansiedad, trastornos del estado de ánimo, trastornos de la personalidad, trastornos psicóticos, trastornos por consumo de drogas y otros trastornos relacionados. La obtención de una adecuada historia de la enfermedad actual permitirá que el médico

pueda reducir el diagnóstico diferencial para hacer un diagnóstico más preciso. Al igual que con otros diagnósticos, el tratamiento apropiado se basa en hacer un diagnóstico preciso. El objetivo de esta presentación es el de discutir los diagnósticos diferenciales de la ansiedad para facultar al médico hacer un diagnóstico más exacto con el fin de desarrollar un plan de tratamiento adecuado. Además, a los asistentes a esta conferencia se le proporcionará las herramientas para ayudar a decidir cuándo se requerirá referir al paciente a un proveedor de salud mental.

### **14C. LOS RAYOS Y LESIONES PRODUCIDAS POR EL IMPACTO DE LOS MISMOS.**

Robert D. Walkup, MD, PhD. Ejército de los Estados Unidos de Norteamérica, Cuerpo Médico de las Reservas, Cirujano de Vuelo, Elemento Médico, Base Aérea Soto Cano, Palmerola, Honduras, Doctor en Medicina, Texas Tech University Health Sciences Center; PhD, en Química Orgánica de la Universidad de Stanford, Estados Unidos de Norte América

El rayo es un fenómeno natural y común en todo el mundo, y una fuente importante de morbilidad y mortalidad en las personas que trabajan o juegan en el exterior. Esta conferencia discutirá los conocimientos actuales acerca de: 1) Las áreas geográficas del mundo con el mayor número de impactos de rayos, por lo tanto con los riesgos mayores de lesiones por rayos; 2) Los tipos de rayos y lesiones que por estos pueden ocurrir, 3) Cómo el proveedor médico debe de tratar las lesiones producidas por el rayo; 4) El pronóstico para las personas que han sido lesionados por el impacto de un rayo y, 5) Cómo disminuir el riesgo de impacto por un rayo. Conceptos clave en el enfoque para tratar a las víctimas por impacto de un rayo son el rescate inmediato de la respiración, incluso con un pulso débil, efectuando un "triage a la inversa", donde las víctimas que parecen estar en paro cardio respiratorio se les proporciona RCP aún cuando parece ser inútil.

### **15C. EBOLA: EXPERIENCIA Y LECCIONES APRENDIDAS.**

Michael D Owens DO, MPH, FAAEM, FACEP. Médico de Medicina de Emergencia, Director de Preparación Global para Emergencias y de Becas para Respuestas en caso de Desastres, Centro Médico Naval de Portsmouth, Portsmouth, Virginia, Estados Unidos de Norteamérica

La epidemia de Ébola en África Occidental (Liberia, Sierra Leona, Guinea y Nigeria) que infectó a decenas de miles de personas, con una tasa de mortalidad de aproximadamente 60%. Este brote desafió a la comunidad médica local, regional y nacional para prevenir una pandemia mundial. La respuesta mundial que involucro aspectos logísticos, epidemiológicos, de salud pública y las intervenciones médicas disminuyeron la propagación e inicialmente la contuvieron. Las experiencias y lecciones aprendidas despertó a la comunidad médica mundial sobre la fragilidad del sistema de respuesta de salud mundial y proporciona un patrón para hacer

frente a esta y futuras pandemias. Esta discusión de Ébola incluye lecciones aprendidas durante las fases iniciales del confrontamiento y el monitoreo mundial a la experiencia de primera mano como Coordinador Médico de una Unidad de Tratamiento de Ébola (UTE) en Monrovia, Liberia durante el pico del brote a la eventual declinación, y la contención del virus. Estas experiencias incluyen el rol de un planificador de desastres durante la propagación inicial, estudiante en el proceso de educación y entrenamiento, actuando como Coordinador Médico y asistencial en una UTE, miembro del grupo de laboratorio en Monrovia, y eventual instructor para los proveedores locales de salud y otros personal de servicios de salud y funcionarios de salud pública. El desarrollo y la propagación del virus del Ébola proporciona lecciones aprendidas incluyendo el envío de un mensaje eficiente de salud pública, como coordinar una respuesta local y mundial efectiva, el manejo adecuado de un paciente con Ébola, cómo dirigir una Unidad de Tratamiento del Ébola (UTE) de manera eficaz y segura, y las complejidades de coordinar a la comunidad global para una enfermedad tan altamente infecciosa. Esta presentación se basa en las experiencias que incluyen el desarrollo inicial del protocolo, entrenamiento, la creación de la política, y dos meses como médico Coordinador de una UTE en Monrovia, Liberia durante el apogeo y la declinación del brote.

**20C. ENFERMEDAD CHIKUNGUNYA: EPIDEMIA EN HONDURAS.** Denis Padgett Moncada. Médico Especialista en Medicina Interna, Maestría en Medicina Tropical. Médico Especialista del IHSS, Tegucigalpa.

Chikungunya es una enfermedad por arbovirus transmitido por los mosquitos *Aedes*. El virus fue aislado por primera vez en 1953 en Tanzania. Virus Chikungunya es un miembro del género *alfavirus* y la familia *Togaviridae*. La enfermedad por lo general consiste en una enfermedad aguda caracterizada por fiebre, sarpullido y artralgia incapacitante. Los vectores que la transmiten son *Aedes aegypti* y el *Aedes albopictus*. Las razones del surgimiento de Chikungunya en el continente americano se explican por el alto tránsito de personas a nivel internacional, la circulación del vector y una población susceptible al virus. Los mosquitos adquieren el virus a partir de un huésped virémico. Después de un periodo promedio de incubación extrínseca de 10 días, el mosquito es capaz de transmitir el virus. Después de picadas por un mosquito infectado, los síntomas aparecen entre tres a siete días (rango: 1–12 días). Las tasas de ataque en las comunidades afectadas por las epidemias recientes oscilaron entre 38% - 63%. Entre el 3% y el 28% de la población tienen infecciones asintomáticas. Los casos clínicos y asintomáticos contribuyen a la diseminación de la enfermedad. Se presenta la transmisión perinatal, los niños generalmente nacen asintomáticos y pueden iniciar síntomas entre el tercer y séptimo día de nacido, con una media de 4 días, presentando: fiebre (100%), dolor (100%), exantema (52.6%), edema periférico (78.9%) y petequias (47.3%). El diagnóstico diferencial de

la fiebre de Chikv es: leptospirosis, malaria, enfermedades exantemáticas de la infancia, primo infección por VIH, mononucleosis infecciosa, artritis reumatoidea juvenil, artritis pos infecciosa. Diagnóstico de laboratorio se realiza en sangre total: aislamiento viral y reacción en cadena de la polimerasa con transcriptasa reversa (RT-PCR) los primeros 5 días de la fiebre y serología a partir del 5º día. El tratamiento es sintomático y la prevención es el control del vector.

**22C. PACIENTE ONCOLÓGICO INFECTADO: DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO.** Denis Padgett Moncada. Médico Especialista en Medicina Interna, Maestría en Medicina Tropical. Médico Especialista del IHSS, Tegucigalpa.

Las infecciones constituyen una complicación frecuente en los pacientes con cáncer, aumentando la morbi-mortalidad, las infecciones pueden además generar cambios en los plazos y tipos de quimioterapia contemplados en el plan original del tratamiento oncológico y en consecuencia, influir en su resultado. Diversos factores contribuyen a aumentar el riesgo de infección en estos pacientes siendo primordiales los defectos de inmunidad humoral y celular debidos a la patología de base o secundarios al tratamiento citostático o radioterapia, la desnutrición, y los daños en las barreras anatómicas. En la década del 60 se concluyó que la intensidad y la duración de la neutropenia post quimioterapia era uno de los principales factores que relacionados con infecciones en los pacientes oncológicos. A inicios de los 70', la introducción de la terapia antimicrobiana empírica precoz trajo aparejada una importante disminución de la mortalidad por infecciones bacterianas. La mayoría de las infecciones en pacientes con cáncer y neutropenia son causadas por especies de la microbiota endógena, seguida en frecuencia por algunos patógenos adquiridos en el medio hospitalario, transmitidos por el aire o por los alimentos. En general, en este tipo de pacientes son más frecuentes las infecciones bacterianas, aunque también infecciones por hongos y virus son causa de enfermedad. Determinar el germen causal es importante para lograr administrar una terapia más racional y evitar la aparición de cepas resistentes por el empleo de un tratamiento antimicrobiano empírico de amplio espectro. Debe realizarse una evaluación cuidadosa de los pacientes, lo que permite ubicarlos en las categorías de bajo o de alto riesgo de desarrollar infecciones. De esta manera se recoge la información necesaria para elegir un tratamiento empírico inicial por vía oral o intravenosa, y un manejo extra o intrahospitalario de acuerdo a las características de cada paciente.

**23C. TRATAMIENTO DE HEPATITIS C: UN CAMBIO DE PARADIGMA.** Tito Alvarado Matute. Especialista en Salud Pública e Infectología. Sociedad Hondureña de Enfermedades Infecciosas, Tegucigalpa.

La Hepatitis C constituye un problema de salud pública mundial, causada por un grupo de virus descubiertos en 1989. Posteriormente, se describieron siete serotipos distribuidos

en el Mundo transmitidos a seres humanos, primordialmente por la vía parenteral. La infección es asintomática en 85% de los casos; pero su fase crónica produce cirrosis, insuficiencia hepática y hepatocarcinoma en 80% de las personas, considerándose la causa principal de trasplante hepático en Estados Unidos. Se calcula que a nivel mundial, existen más de 170 millones de infectados, que en su gran mayoría no se percatan de tenerla hasta que sobrevienen las complicaciones. En Honduras hay pocos estudios publicados que revelen el verdadero panorama de esta enfermedad; pero un estudio serológico en pacientes politransfundidos, reveló que 7.8% sufre la infección. El Centro de Control de Enfermedades de Estados Unidos (CDC) recomienda a los nacidos entre 1945 y 1965 ("Babyboomers"), hacerse la prueba de hepatitis C, ya que en esta población, la infección es seis veces mayor que en nacidos en otras épocas. A quienes resultan positivos, se les ofrece terapias curativas, evitándose complicaciones muy onerosas para el país. En el manejo inicial, se utilizó Interferon no pegilado, solo o con Ribavirina, obteniéndose resultados poco satisfactorios. Entre 2001 y 2011, el tratamiento estándar fue Interferon pegilado y Ribavirina durante 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 efectos secundarios indeseables; particularmente la anemia hemolítica. Después de 2011, se inició la terapia triple con Interferon pegilado, Ribavirina y Telaprevir o Boceprevir en tratamientos relativamente cortos y con resultados de RVS entre 65% y 75%. En 2014, tratamientos con nuevos antivirales orales de vida media prolongada en dosis de 1 tableta al día (Sofosbuvir o Simeprevir, y Ledipasvir, Dasabuvir o Ombitasvir solos, o combinados con Ribavirina, durante 12-24 semanas de tratamiento), se logró RVS entre 90% y 100%. Considerando estos resultados tan satisfactorios, es posible declarar que este tratamiento constituye un nuevo paradigma, con evidencia científica cuestionable de que la hepatitis C es curable.

**25C. LEUCEMIAS, FACTORES DE RIESGO Y SOSPECHA PARA DIAGNÓSTICO.** Flora Duarte. Especialista en Medicina Interna, Hematología, Oncología. Directora Centro de Cáncer Emma Romero de Callejas, Tegucigalpa.

Los subgrupos que conforman la clasificación de Leucemias Agudas y Neoplasias mieloides (OMS 2008) son los siguientes: A.- Neoplasias Mieloproliferativas, B.- Neoplasias Linfoides y Mieloides asociada con eosinofilia y anormalidades de PDGFRA, PDGFRB, o FGFR1, C.- Neoplasias Mielodisplásicas / Mieloproliferativas, D.- Síndromes Mielodisplásicos, E.- Leucemia Mieloide Aguda y Neoplasias relacionadas, F.- Leucemias agudas de Linaje Ambiguo, G.- Leucemia Linfoblástica B /Linfoma , H.- Leucemia linfoblástica de Células T/ Linfoma. Los factores de riesgo son: Exposición a Sustancias Químicas, Tratamiento previo con Quimioterapia y Radioterapia, Infecciones Virales, Trastornos Hematológi-

cos previos. En el CCERC las leucemias representaron el 6.7% (630 casos) de todas las neoplasias diagnosticadas entre 1998-2013 (9,558), las leucemias linfoides constituyen 45% (283), Mieloides 50%(319) y las de tipo no especificado 5%(28), De las leucemias crónicas la más frecuente es la Leucemia Mieloide Crónica, este comportamiento se explica por el funcionamiento de un programa que beneficia con tratamiento a pacientes con esta patología bajo el apoyo de la Fundación Max. Actualmente se lleva a cabo un estudio retrospectivo: Caracterización Clínico- Epidemiológica de Pacientes con Leucemia Mieloide Crónica tratados en el Centro de Cáncer Emma Romero de Callejas 2003-2015, el cual evidencia los siguientes hallazgos: Predominio del sexo masculino en 53%, más de la mitad de los casos (56.81%) fue diagnosticado antes de los 44 años ,32% tenían antecedente familiar de cáncer, el 50% proceden de Cortés y Fco. Morazán, 64% son referidos de hospitales públicos, fatiga (19%) y pérdida de peso (15.5%) son los síntomas más comunes, los principales hallazgos laboratoriales fueron: leucocitosis (58%), disminución de la hemoglobina (39%) y trombocitosis (34%), en el 60.3% de los casos el tratamiento inicial fue imatinib, 77% ha tenido monitoreo molecular por PCR del cual dispone la institución desde el 2013, la supervivencia media es de 178 meses.

**26C. EMERGENCIA EN EL PACIENTE ONCOLÓGICO.** Cinthia Alejandra Aquino Mendoza. Especialista en Medicina Interna y Oncología Clínica. Medico Asistencial: Hospital General San Felipe, Hospital Medical Center y Hospital La Policlínica. Tegucigalpa

El Cáncer es la tercera causa de muerte a nivel mundial, es de vital importancia reconocer las emergencias oncológicas, ya que repercute en el tratamiento y pronóstico de los pacientes. Existen Emergencias Radioterapia, Oncológica, Hematológicas y Quirúrgicas. El Síndrome de Vena Cava Superior y Síndrome de Compresión Medular son inicialmente emergencias RADIO/ONCOLOGICA ya que las primeras 48 horas son críticas y la Radioterapia disminuye el riesgo de daño irreversible. Alrededor del 80% de las emergencias ONCOLOGICAS aparecen posterior a la quimioterapia en especial la neutropenia febril (presencia de fiebre mayor 38°C con presencia de neutrófilos menores de 1500 células /mm<sup>3</sup>) que requiere la tratamiento con unidad formadora de colonias además de cobertura antibiótica. El Síndrome de Lisis Tumoral (sustancias liberadoras de purinas alteran el metabolismo del ácido úrico, calcio fosforo provocando alteración hematológica, renal y esquelético). Dentro de las emergencias HEMATOLÓGICAS figuran trastornos de la coagulación como ser Síndrome de hiperleucocitosis, trombocitopenia inducida por heparina o por hemoderivados y anemias hemolíticas. Las emergencias QUIRÚRGICAS ayudan a paliar los síntomas como resolver la obstrucción intestinal y la realización de otros procedimientos traqueotomía, gastrostomía, colostomía, nefrostomía, colocación de sonda de derivación ventrículo peritoneal y sonda endopleural.

**27C. TUMORES DE OVARIO: MANEJO ACTUAL.** Andrés Alberto Coello Rodríguez. Cirujano Oncólogo. Hospital Regional Atlántida.

Los tumores ováricos tienen múltiples etiologías, las neoplasias benignas son los tumores ováricos más comunes. El examen clínico pélvico tradicional tiene un papel deficiente como herramienta de detección, el objetivo inicial y principal de las técnicas de imagen al evaluar una masa anexial es la diferenciación entre lesiones benignas y malignas. La ecografía Doppler color es la técnica de imagen de selección para la evaluación de las masas ováricas. Existen múltiples biomarcadores tumorales, el CA-125 se eleva en mujeres con cáncer ovárico tipo epitelial, la especificidad es baja en mujeres pre menopáusicas y la sensibilidad es limitada en estadios tempranos y no es común que se eleve en los casos de cáncer ovárico no epitelial. La patología ovárica tumoral es infrecuente en la edad pediátrica lo más frecuente es que corresponda a un tumor de ovario de origen germinal. El abordaje laparoscópico está siendo preferido, porque la mayoría de tumores ováricos suceden en edad reproductiva, el manejo de una masa anexial sospechosa es prácticamente siempre un abordaje quirúrgico. Debido al incremento en la persistencia y recurrencia de la enfermedad en pacientes con implantes invasores, el tratamiento debe ser quirúrgico radical. Los Cánceres de ovarios epiteliales de bajo grado, no requieren mayor tratamiento que el quirúrgico en los estadios I a II. El manejo quirúrgico debe ser cirugía cito reductora agresiva, incluyendo la estadificación. La resección completa, tanto del tumor primario como de las recurrencias, prolonga la supervivencia. En los grandes centros oncológicos ya se está implementando el uso de la laparoscopia como modelo estándar para el tratamiento quirúrgico de las neoplasias y disecciones radicales por estadije, sin perder los objetivos y mística del manejo quirúrgico por cáncer (óptimo y radical).

**30C. DISPOSITIVOS AUDITIVOS EN EL MANEJO DE LA SORDERA.** Lucas Arturo Zelaya Zaldaña. Audiología, Foniatría, Otoneurología, Centro audiológico Auris / Torre Médica Tepeyac, Hospital Escuela, Tegucigalpa.

La hipoacusia es la discapacidad sensorial más discapacitante para el ser humano por que compromete actividades cognitivas vitales como es el desarrollo del lenguaje en los niños, adecuada función académica en niños y adolescentes, la relación con el medio y rendimiento laboral, protección contra el deterioro cognitivo y depresión de los adultos mayores por aislamiento social y no poder comprender las conversaciones de los adultos mayores. Cuando la hipoacusia es irreversible la opción es el uso de auxiliares auditivos para poder recuperar la audición perdida. La primera mención escrita de un aparato para las personas con dificultad para escuchar fue hecha por Francis Bacon en *Sylva Sylvarum: Una historia natural*, en 1,627 cuando menciona el uso de una trompeta. Girolamo Cardano fue el primero en

mencionar la conducción ósea para mejorar la audición en su libro *De Subtilitate* en 1,521. Los auxiliares auditivos han pasado en su desarrollo un proceso similar al del desarrollo tecnológico de la época por lo que los podemos dividir en cinco clases basados en la tecnología: auxiliares auditivos acústicos (no electrónicos), carbón, tubos de vacío, transistores y digitales. Desde un inicio existió la necesidad de hacer auxiliares auditivos más pequeños porque la persona hipoacúsica eran llamadas sordas y mudas y posteriormente se comparaba con estupidez, por eso aún hoy muchas personas no utilizan auxiliares auditivos para no sentirse estúpidas. Los auxiliares actuales más modernos cuentan con inteligencia artificial, amplificación dependiendo del ambiente en que se encuentre, conectividad para poder usar teléfonos celulares, ver televisión, escuchar música. Si no se beneficia de los auxiliares existen Implantes Cocleares para las pérdidas sensorineurales, Implantes osteointegrados para pérdidas conductivas, implantes de oído medio, Implantes de Tallo cerebral para problemas de la vía auditiva.

**32C-1. LEY ESPECIAL PARA EL CONTROL DEL TABACO.** Odessa Henríquez Rivas Especialista en Anatomía Patológica Decana Facultad de Ciencias de la Salud UNITEC. Tegucigalpa.

El tabaquismo es la principal causa prevenible de enfermedades crónicas no transmisibles; considerado por la Organización Mundial de la Salud (OMS) un problema de Salud Pública. En éste contexto, entra en vigencia en febrero 2005 el Convenio Marco para el Control del Tabaco (CMCT). Diez años después, 180 países (90% de la población mundial), lo hemos ratificado. Los elementos claves del CMCT son 4: Publicidad, Promoción y patrocinio (Artículo 13) Impuestos y ventas libres de impuestos (Artículo 6) Exposición al Humo del Tabaco (Artículo 8) Empaquetado y Etiquetado (Artículo 11) La OMS ha establecido una estrategia de monitoreo de su cumplimiento e impacto en la salud denominada MPOWER, con meta análisis que han demostrado su efecto en la disminución del consumo del tabaco y las enfermedades relacionadas. En el año 2003 el Colegio Médico de Honduras organiza y lidera la Alianza Hondureña Antitabaco (AHAT); aglutinando y potencializando esfuerzos de diferentes instituciones, logrando la aprobación y vigencia a partir del 21 de febrero 2011 de la Ley especial para el control de Tabaco. Nuestra Ley contempla todos los elementos del CMCT, siendo el IHADFA la instancia gubernamental obligada a velar por su cumplimiento apoyada por otras Secretarías de Estado. La AHAT mantiene una actividad permanente en la socialización de la Ley y monitoreo de su aplicación, que a nuestro juicio no ha sido respetada en su totalidad y falta mayor control y aplicación de sanciones. Para el 2014 y 2015 la OMS impulsa la aplicación de aumento de impuestos y alto al comercio ilícito del Tabaco. Honduras tiene uno de los precios más bajos de cigarrillos en Latinoamérica (\$1.58 por cajetilla de 20 unidades) y reducida carga fiscal (36%) y por lo tanto el margen de ganancia de los más altos

en la región. La AHAT está trabajando en proyectos para aumento de impuestos, pues hay evidencia sólida del impacto de los precios sobre el consumo del tabaco.

### **32C-2. PREVENCIÓN DE RETINOBLASTOMA EN HONDURAS EN LOS ÚLTIMOS AÑOS IMPORTANCIA DE SU DIAGNÓSTICO TRATAMIENTO Y PREVENCIÓN.**

Carlos Rene Maldonado. Especialista en Oftalmología, Sub-especialista en Oftalmología Pediátrica, Hospital Escuela Universitario, Tegucigalpa, Honduras

El retinoblastoma es el tumor ocular más frecuente en Oftalmología y ocupa el tercer lugar en tumores sólidos en pediatría lo cual conlleva a tener importancia para esta patología el diagnóstico temprano y oportuno para lograr la mayor sobrevivencia en los infantes. Por tal razón es de vital importancia para los médicos y la población en general el conocimiento de tal enfermedad y la educación en salud. En vista a lo anterior varias organizaciones como servicio de oncología pediátrica HEU la fundación para el niño con cáncer la secretaria de salud servicio de oftalmología pediátrica del Hospital Escuela Universitario se han dado la tarea de iniciar hace unos años una campaña de divulgación nacional para que toda la población conozca los signos más importantes para la sospecha de la enfermedad. Junto con la campaña se han iniciado los procesos educativos para médicos generales, pediatras y oftalmólogos con el fin de que obtengan el conocimiento de las principales signos y síntomas del retinoblastoma dando conferencias en los diferentes congresos, jornadas de actualización y talleres tanto de medicina general como de especialistas y así acortar el tiempo de diagnóstico y el inicio de tratamiento ya que disminuyendo este tiempo la posibilidad de sobrevivencia del paciente y de salvamento ocular aumenta por lo cual las campañas de concientización son de suma importancia en esta patología tanto para la comunidad médica como público en general y los resultados han sido halagadores en cuanto a tiempo y estadio de diagnóstico.

### **34C. IMÁGENES DIAGNÓSTICAS EN PATOLOGÍA MAMARIA.** Carlos Alberto Paz Haslam. Especialista en Diagnóstico por Imágenes. Diagnos, Tegucigalpa.

El cáncer de mama es el segundo cáncer más común en la población femenina de Honduras. La detección temprana del cáncer de mama con la utilización de métodos de imágenes ha sido realizada durante los últimos 50 años mediante la mamografía con sus proyecciones convencionales, es hasta el año 2000 que se introduce la mamografía digital en la que se combinan imágenes realizadas con detectores digitales con software para el mejoramiento de la calidad de las imágenes. En Honduras se ha utilizado con gran éxito el ultrasonido de mamas principalmente en el estudio de mujeres jóvenes o en aquellas mujeres que presentan un incremento de la densidad mamaria con gran valor para la determinación de lesiones quísticas, de las sólidas así como

un elemento valioso en el intervencionismo mamario. Desde el año 2004 se inician los primeros estudios de la mama con la utilización de la Resonancia Magnética, que de acuerdo a los criterios del Colegio Americano de Radiología es el método diagnóstico con mayor sensibilidad para la detección del cáncer de mama, su uso primario es resolver hallazgos no concluyentes de la mamografía, ultrasonido y el examen clínico, es de utilidad en mujeres con riesgo elevado de padecer de cáncer de mama y el método de elección en la patología mamaria en pacientes con prótesis mamarias. Desde el 2014 se inicia la realización de Tomosíntesis mamaria, que es un estudio realizado por un equipo que produce múltiples imágenes volumétricas que aumenta en un 40% de la detección de cáncer de mama, al evitar los artefactos que se producen en la mamografía convencional al realizar múltiples exposiciones de la mama evitando los artefactos por sobre-posición de las imágenes.

### **36C. CÁNCER DE CERVIX y VIRUS DE PAPILOMA.** Jessica Miliptza Zelaya. Ginecóloga- obstetricia y colposcopia. Centro de Cáncer Emma Romero de Callejas, Tegucigalpa.

El cáncer del cuello uterino tiene importancia médica, socioeconómica y humana; es el más curable, más fácil de diagnosticar, el más prevenible de todos los cánceres y el principal problema de salud pública de países en vías de desarrollo por no tener programas eficientes de tamizaje como PAP, Inspección visual con ácido acético, Pruebas de detección del ADN del Virus de papiloma, con el fin de reducir su incidencia que aumenta alrededor de los 35 a 40 años y reducción de la mortalidad. La infección por virus del papiloma humano presenta un problema multidimensional; de tratamiento complejo, no existe antiviral específico y todas las modalidades terapéuticas tienen alto índice de recidivas. Se transmite por contacto sexual, pero no se ha precisado el mecanismo exacto de infección a nivel de la interacción virus-célula del huésped. Es la infección viral más frecuente del aparato genital, asociado a lesiones precursoras o precancerosas, cáncer anogenital y orofaríngeos. Con factores de riesgo asociados como inicio temprano de vida sexual, promiscuidad, tabaquismo, nivel socioeconómico bajo, inmunosupresión, uso prolongado de ACO, exposición al dietilestilbestrol, Además depresión inmunológica, comportamiento reproductivo. Se han reconocido más de 100 genotipos de VPH que causan diferentes lesiones epiteliales. Cerca de 35 tipos de VPH se identifican en lesiones benignas y malignas de la región anogenital; 15 de estos se relacionan con cáncer de cuello uterino. Los virus más comunes de bajo riesgo oncogénico son los tipos 6 y 11 que causan las verrugas o condilomas acuminados y generalmente, se asocian con lesiones no invasivas, mientras que los tipos 16 y 18 de alto riesgo a gran potencial carcinogénico. Lo mejor es la prevención, modificación de conductas, y controles citológicos dependiendo de la exposición a los factores de riesgo.

**39C. CIRUGÍA ONCOLÓGICA EN HONDURAS. MI EXPERIENCIA.** Ángel Ernesto Argueta Aguilar. Especialista en Cirugía Oncológica y Cirugía General. Centro de Cáncer Emma Romero de Callejas y Honduras Medical Center; Tegucigalpa.

En 1975 regresé a Honduras después de finalizar mis especialidades en Estados Unidos de América, siendo el primer Cirujano Oncólogo colegiado en Honduras. En esos años la cirugía no era lo suficientemente extensa para el control apropiado del cáncer. Sin embargo, nos organizamos en grupos de especialistas para realizar los casos quirúrgicos y creamos Protocolos de Tratamientos. En Cáncer de Cabeza y Cuello fuimos los primeros en realizar Operaciones Comandos, Maxilectomías, Parotidectomías y Laringectomías con disección radical del cuello. En Cáncer de Mama se trataron inicialmente con Mastectomías Radicales ,pero actualmente realizamos Mastectomías Modificadas menos amplias y con iguales buenos resultados. El Cáncer de Esófago se trató con Esophagectomías y Sustitución Gástrica. En 1985 realicé la primera Hepatectomía Ampliada por Hepatocarcinoma. En Cáncer de Cérvix se llevó a cabo la Operación Wertheim. En Cirugía Pélvica, además de las Nefrectomías y Cistectomías Radicales ejecutamos las primeras Exanteraciones Pélvicas por cáncer de Recto, Vagina y Vejiga con extensión a los órganos vecinos. En casos de Cáncer avanzado de la Extremidades, fuimos los pioneros en la Resección Toraco-Escapulo-Humeral y la Hemipelvectomía. Para el Trasplante de Tejidos y Órganos, empleamos por primera vez la Microcirugía para la cual tomé cursos intensivos en Cuba y Estados Unidos de América. Así fue que llegó el 2 de Agosto de 1996 y se realizó el primer trasplante en un paciente con destrucción total de la Hemimandíbula Izquierda por un tumor Ameloblástico, el cual se resecó en una operación que se realizó en el Hospital Escuela trasplantándole un segmento vascularizado de la cresta ilíaca .La operación fue un éxito .

**41C. MANEJO DE DEPRESIÓN Y ANSIEDAD EN PACIENTES CON CÁNCER** Cecilia Carias. Médico Especialista en Psiquiatría, Hospital Mario Mendoza, Tegucigalpa.

El cáncer es considerado como una enfermedad grave y potencialmente mortal, y los pacientes con cáncer tienen que experimentar una constelación de desafíos, incluyendo el diagnóstico de cáncer, los efectos secundarios de los tratamientos médicos, trastornos del sueño, estrategias de afrontamiento, angustia emocional y los problemas que surgen en la familia. Por lo tanto, es bien reconocido que los adultos con diagnóstico de cáncer son vulnerables a la depresión y la ansiedad. Estos estados pueden interferir con el tratamiento del cáncer. Por ejemplo, los pacientes con depresión no tratada o ansiedad pueden ser menos propensos a tomar su medicación del cáncer y seguir buenos hábitos de salud, La

depresión y la ansiedad debe ser diagnosticada y tratada ya que esto puede ayudarlo a sobrellevar su tratamiento para el cáncer y mejorar su estado de salud en general. La recuperación de la depresión lleva tiempo, pero los tratamientos son eficaces. Los tratamientos más comunes para tratar la depresión incluyen: terapia cognitivo-conductual, Inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina e Inhibidores de la recaptación de serotonina y norepinefrina. También el unirse a un grupo de apoyo, ofrece una importante oportunidad de compartir las emociones difíciles que está sintiendo, para aprender a sobrellevar la depresión y el cáncer junto a otros que están atravesando experiencias similares.

**42C. COMORBILIDAD PSIQUIÁTRICA EN EL PACIENTE ONCOLÓGICO.** Octavio Eduardo López Paredes. Médico Especialista en Psiquiatría, Secretario de Vinculación Asociación Hondureña de Psiquiatría, Médico Asistencial Hospital Mario Mendoza, Docente del Postgrado de Psiquiatría y Docente de la Facultad de Ciencias de la Salud UNITEC. Tegucigalpa.

Con el nacimiento de la psico-oncología en 1975, se empezó a enfatizar sobre los aspectos psicosociales, la prevención y comorbilidades del paciente oncológico. Dentro de las dimensiones de esta especialidad podemos encontrar la respuesta psicológica al cáncer del paciente, la cual se ve de diversas formas. Es amplio el espectro que incluye la relación del paciente oncológico, esto va desde la respuesta normal hacia la patología, la presencia de reacciones de adaptación al proceso, la génesis de sintomatología psiquiátrica hasta la aparición de los trastornos mentales. La prevalencia de la comorbilidad psiquiátrica en el paciente oncológico va desde un 15-30% para cualquier trastorno mental. Esta prevalencia aumenta en un 25% para los trastornos de ansiedad hasta un 62% para los trastornos afectivos depresivos con tienen dolor crónico. Aunque estas tasas de prevalencia son altas muchos de los pacientes oncológicos pasan desapercibidos por los médicos tratantes, solo el 6.2% son diagnosticados con comorbilidad psiquiátrica antes del alta. Es imperante que dentro del manejo terapéutico y paliativo de los pacientes oncológicos se maneje la parte de la salud mental para darle un mejor estilo vida al paciente. Para poder lograr esto el médico tratante debe de ser capaz de poder identificar las principales comorbilidades psiquiátricas en el paciente oncológico, las cuales pueden variar según el tipo de cáncer, el sexo del paciente, la edad, el tratamiento otorgado, el estadio del cáncer y su pronóstico. Dentro de las comorbilidades más frecuentes que encontramos son las siguientes: trastornos depresivos, trastornos de ansiedad, trastornos del sueño, trastornos de adaptación y delirium. La detección de estas entidades y su manejo permitirá una mejoría franca en la salud mental del paciente y esto mejorara la forma de afrontar el proceso oncológico, evitara el abandono terapéutico y mejorara el apego al tratamiento.

**46C. TRATAMIENTO ACTUAL DE LAS METASTASIS CEREBRALES.** Lesbia Maria Rivera Rubi. Radio-Oncóloga. Hospitales Privados Grupo Angeles, México.

Las metástasis cerebrales una de las complicaciones neurológicas más frecuente relacionada con cáncer. En Estados Unidos de America se reportan 170,000 nuevos casos de cáncer de los cuales presentan metástasis cerebrales, de estos más del 25% de los casos corresponden a cáncer de Pulmón. El Sistema Nervioso Central es un sitio frecuente de metástasis por las siguientes neoplasias: cáncer de: pulmón, mama, endometrio, melanoma, riñón, cervix y Primario desconocido. Las localizaciones son: cerebro 58%, leptomeninges 21%, cerebelo 16%, nervio óptico 3% y cordón espinal 2%. La diseminación de las metástasis cerebrales es hematogena, a través del plexo de Batson. Importante es evaluar extensión de la enfermedad, el Karnofsky, número de metástasis (**única o múltiples**), Estatus neurológico, la edad de la paciente, sitio del Primario. El Tratamiento Quirúrgico se aplica en caso de : Metástasis única > 3cm, accesible, Karnofsky >70%, No haya enfermedad extracraneal, y la Radioterapia se aplica postoperatoria, Tratamiento de Apoyo: esteroides, anticonvulsivantes, protector gástrico. La modalidad de tratamiento con **RADIOTERAPIA** ó Radioterapia Estereotáxica, es una dosis alta de Radioterapia a un campo reducido en Acelerador Lineal o en Gamma Knife, según estudio de la RTOG (Radiotherapy Oncology Group) la Radio cirugía no mejoró la SV en metástasis cerebrales. **RS+RT A CRÁNEO VERSUS RT A CRÁNEO**, el beneficio de la Radio cirugía ó Radioterapia Estereotáxica, en metástasis única, residual posterior a Radioterapia a cráneo Total, No se ha visto beneficio en metástasis múltiples y en el caso de lesiones inaccesibles en tallo cerebral, por ejemplo. En los últimos 5 años **TEMOZOLAMIDA** (temodal), Alquilante oral de 2da generación, sintetizado en 1984 por Stevens y cols, Miembro de una familia de Tetrazinonas, Actividad medida en Tumores cerebrales (Astrocitoma) y Melanoma. **TEMOZOLAMIDA+RT A CRÁNEO** hay 4 ESTUDIOS Fase II 134 pacientes, 82% de los pacientes con CA de Pulmón, recibieron Temodal 75 mg/m<sup>2</sup>/ día + Rt a Cráneo Total 30 Gy en 10 Fracciones. + 200mg /M<sup>2</sup>/día X 5 días cada 4 semanas por 6 ciclos., Versus Rt a cráneo Total 30 Gy en 10 Fracciones Respuesta 53% Rt + Temodal versus 33% para Rt sola. SV 8.3 versus 6.3 meses. **CONCLUSIONES:** 1. La incidencia de metástasis cerebrales incrementará los avances en el tratamiento de la enfermedad avanzada. 2. Actualmente la Mediana de SV sigue siendo pobre. 3. La mayoría de los oncólogos consideran que tratar mets cerebrales es para mantener la función neurocognitiva y la función neurológica. 4. Temozolamida es un medicamento novedoso, de fácil administración, farmacocinética previsible y biodisponibilidad bien conocida, resulta muy promisorio.

**47C. CÁNCER DE PENE Y TESTÍCULO: DETECCIÓN Y DIAGNÓSTICO.** Robert A. Gernat. Cirujano Urologo. Instituto Hondureño de Seguridad Social, Tegucigalpa.

Existen diversas lesiones pre malignas en pene. Cuerno cutánea, es una protuberancia producida por una carnificación del epitelio de una lesión preexistente en la piel. Asociado con el Papiloma virus Humana tipo 16. La esclerosis liquen también conocido como balanitis esclerótica obliteran. Sus síntomas incluyen dolor, prurito, sangrado y disminución del chorro urinario. La leucoplaquia se presenta como placas blanquecinas incluyendo el meato uretral. La papulosa Bowenoides, es una enfermedad popular en el cuerpo del pene en el hombre joven. El condiloma acuminatum es una lesión papulomatosa, que generalmente se considera benigna. Está asociado con el carcinoma escamoso. El carcinoma verrugosa (Busck-Lowenstein), es un condiloma grande que invade tejidos adyacentes. Histológicamente no hay cambios de malignidad. Carcinoma in situ: Eritroplasia de Queyrat. Es un carcinoma de células escamosas in situ en el glande y prepucio, rojizo, con márgenes bien definidos. La enfermedad de Bowen (CCE) in situ está localizado en el cuerpo del pene. El carcinoma de células escamosas invasivo ocurre principalmente en la cavidad prepucio en hombres no circuncidados mayores. La circuncisión en el neonato elimina el riesgo del desarrollo invasivo del carcinoma de células escamosas (CCE). Los riesgos adicionales relacionados con dicha enfermedad son: pobre higiene, tabaquismo, fimosis, número de parejas sexuales. Se presenta como una ulcera que no se cicatriza, pápula, masa indurada o de crecimiento exofítico. La tardanza de su diagnóstico es común. La tomografía computarizada y resonancia magnética son muy útiles para obtener información adicional. El cáncer de testículo se puede clasificar histológicamente. Su diagnóstico se puede tardar hasta 5 meses desde el inicio de la enfermedad hasta llegar al diagnóstico. Los tumores a veces se confunden por hernias, hidroceles, espermatoceles, orqui-epididimitis y trauma. El ultrasonido es el estudio importante de primera elección para investigar estos casos. Los síntomas y signos más frecuentes en pacientes con cáncer de testículo son una masa indolora o inflamación, dolor más masa o inflamación, historia de trauma, ginecomastia o sensibilidad de mamas. Los marcadores tumorales que existen para ayudar con el diagnóstico mencionamos los 2 principales: oncofetoproteína (AFP y BGCH), enzima deshidrogenasa láctica, y la fosfatasa alcalina de placenta.

**49C. FRACTURAS VERTEBRALES POR OSTEOPOROSIS. VERTEBROPLASTÍA Y XIFOPLASTÍA COMO ALTERNATIVAS DE TRATAMIENTO.** Isai Gutiérrez Andino, Hospital Escuela. Honduras Medical Center.

Las metástasis son los tumores más frecuentes que involucran la columna. Más del 10 % de los pacientes con cáncer tendrán metástasis espinales epidurales en algún momento

.Entre 5 y 10 % de los pacientes con tumores malignos debutan con síndromes de compresión medular. Las rutas de metástasis son vía arterial, venosa, a través del plexo epidural de Batson y por propagación directa. La diseminación usual es hacia el cuerpo vertebral con epicentro anterior. Menos usual es el compromiso de los elementos posteriores. La gran mayoría de las metástasis son epidurales. Sólo 2-4 son intradurales y apenas 1-2 % intramedular. El 80 % de las metástasis se origina de Pulmón, mama, Gastrointestinal, próstata, melanoma y linfoma. El dolor es la más común forma de presentación, ocurre en 95 %. Pueden haber síntomas motores, disfunción autonómica y otras como fracturas e hipercalcemia. La mayoría de los tratamientos reducen el dolor. La cirugía y la radioterapia en casos seleccionados pueden preservar la deambulación y una mejora modesta en la sobrevivida pero sobretodo la calidad de vida. Los estudios que se utilizan son las radiografía simple que muestran lesiones osteolíticas. El estudio de elección es la resonancia magnética que no es invasiva y la tomografía que dan excelente detalle óseo. El manejo incluye uso de dexametasona que reduce el dolor en el 85 % de los casos. Las indicaciones de cirugía incluyen tumor primario desconocido, inestabilidad de la columna vertebral, déficit neurológico debido a compresión o deformidad de la columna, tumor radiosensible, recurrencia después de radioterapia y rápido deterioro neurológico. Las contraindicaciones relativas incluyen tumores muy radiosensibles, parálisis total de más de 8 horas de evolución. Expectativa de vida menor de 3 a 4 meses. Múltiples lesiones, múltiples niveles. La vertebroplastia reduce el dolor en 85 % de los casos.

**50C. FACTORES DE RIESGO PARA MELANOMA.** Johana Guicel Bermudez Lacayo. Médico Especialista en Medicina Interna, Especialista en Dermatología, Master en Salud Pública, Docente Titular III UNAH, Instituto Hondureño de Seguridad Social, Hospital y Clínicas San Jorge

La incidencia de melanoma ha incrementado (300% en los últimos 40 años), y si continúa aumentando al ritmo actual, en el plazo de diez años el riesgo a lo largo de la vida será superior a 1 por ciento. El aumento de la incidencia del cáncer cutáneo no se debe a mayor detección de casos, sino a un incremento verdadero y la diversidad de factores de riesgo como ser aumento de la longevidad de la población, agresividad del medio ambiente contra la piel y de un estilo de vida no saludable. Nuevos patrones de belleza que someten la piel a exposición solar. La exposición a la radiación ultravioleta sobre todo la exposiciones solar aguda, los factores hormonales, el uso de estrógenos y prostagenos por la estimulación de la melanogenesis. El género femenino a mayor edad, los antecedentes familiares de melanoma aumenta doble de desarrollar melanoma en comparación con los que no tiene antecedentes y los pacientes piel tipo I y II tiene sensibilidad solar exagerada y mayor facilidad para quemaduras y las efélides, la inmunosupresión como pacientes trasplantados, en tratamiento con agentes inmu-

nosupresores, VIH, los nevos melanocíticos según el tipo, tamaño, número y localización. Síndrome del Nevus displásico tiene 100 veces mayor riesgo, Xeroderma Pigmentoso es un condición genética autosómica recesiva y un nivel socioeconómico bajo son los factores de riesgo más asociados a al desarrollo de Melanoma. El principal factor de riesgo modificable es la exposición solar. Es primordial tomar medidas educando a la población sobre la protección solar y promover el autoexamen de la piel, mediante la regla del melanoma ABCDEF (Asimetría, Bordes, Color, Diámetro, Evolución, Fragilidad capilar), especialmente en pacientes con antecedentes familiares o personales de Cáncer.

**52C. CÁNCER EN LA TERCERA EDAD, ÉTICA Y DECISIONES.** Flora Duarte. Medicina Interna, Hematología, Oncología. Directora Centro de Cáncer Emma Romero de Callejas, Tegucigalpa.

La población geriátrica va en aumento a nivel de la población mundial. En Honduras en el año 2015, la población geriátrica es de 597 mil, que representa un 7% de la población total; para el año 2,030 será de 1 millón. Más importante que la edad es el estado físico, y emocional de los pacientes. Lo debemos de ver en un todo por los cambios que sucedan según el cáncer que padecen y la respuesta al tratamiento, el incremento del cáncer va asociado al daño del DNA y disminución de las defensas. Carcinogénesis es un proceso que consume tiempo y por lo tanto aumenta con la edad. La Farmacocinética del paciente mayor es alterada produciendo mayor toxicidad de los medicamentos, asociado a los múltiples medicamentos que ellos toman. Para tener un diagnóstico más temprano debemos valorar las enfermedades comórbidas que tiene. Antes de indicar quimioterapia debemos de tener una evaluación geriátrica completa que incluye el examen sistémico de vida del paciente que influye en la enfermedad y los resultados que vamos a obtener, evaluando costo-efectividad y no hacer procedimientos innecesarios ni heroicos que dejan, un alto costo económico y sufrimiento en el paciente y sus familiares. Hay pruebas especializadas para determinar la actividad del diario vivir y condiciones médicas severas no relacionadas con el cáncer y las producidas por el tumor, los síntomas geriátricos, el abuso y el abandono que sufren por parte de familiares. En el Centro de Cáncer Emma Romero de Callejas de 1998 a 2013 se han atendido 3124 pacientes geriátricos, 1801 mujeres y 1323 hombres, que han recibido tratamientos exitosos y pacientes que fueron dados de alta en otras instituciones.

**56C. CÁNCER DE PULMÓN. DE LA RADIOGRAFÍA SIMPLE AL PET/CT.** José Luis Criales Cortés, Director Médico CT Scanner del Sur, Profesor Titular de Radiología Instituto Nacional de Cardiología, Universidad Nacional Autónoma de México, México.

El cáncer de pulmón en una patología muy frecuente, en nuestro medio representa la segunda causa de mortalidad

por cáncer en pacientes varones. El único procedimiento curativo en esta neoplasia es la cirugía, lamentablemente en la actualidad menos de 30% de los pacientes con cáncer pulmonar se benefician de cirugía, la selección de los pacientes potencialmente quirúrgicos requiere una Etapificación anatómica precisa, en este aspecto los métodos de imagen juegan un rol protagónico. El sistema de Etapificación que actualmente utilizamos es TNM propuesto por el American Joint Committee on Cancer (AJCC) en su 7ma. edición. Describiremos e ilustraremos la utilidad de los métodos de imagen en la evaluación del cáncer de pulmón tomando en cuenta la radiografía simple, Tomografía Computada (CT), Resonancia Magnética (RM) y PET/CT. La radiografía simple sigue siendo el método inicial para la evaluación de los pacientes con patología torácica, sin embargo se ha demostrado que aproximadamente 20% de pacientes con patología pulmonar pueden tener radiografías simples normales, a menudo se trata de lesiones sutiles, de pequeño tamaño o superpuestas con otras estructuras. La forma inicial como se manifiesta el cáncer pulmonar en radiografías simples es como un nódulo pulmonar solitario, en casos avanzados se observan masas pulmonares con o sin atelectasia. No es un la modalidad útil con fines de Etapificación. La Tomografía Computada tiene adecuada sensibilidad y especificidad con fines de Etapificación, sin embargo una de sus limitaciones es la demostración de metástasis en ganglios de tamaño normal. La Resonancia Magnética a pesar de que se utiliza con menos frecuencia es un método de valor para evaluar actividad neoplásica en pacientes con cáncer de pulmón, la secuencia más útil es la difusión y especialmente el coeficiente de difusión aparente (ADC), las lesiones menos diferenciadas y las lesiones con actividad tumoral tienen valores bajos de ADC. El PET/CT es hoy en día el método más útil para evaluar pacientes con cáncer pulmonar, se emplea particularmente en pacientes con cáncer de células no pequeñas (NSCLC), permite demostrar la naturaleza neoplásica en el nódulo pulmonar solitario, ayuda a demostrar en forma más precisa la extensión de las lesiones, permite reconocer afección ganglionar aun en ganglios de tamaño normal, demuestra metástasis en 20% más que con métodos convencionales, es muy útil para definir el campo de radioterapia y para evaluar la respuesta terapéutica y es actualmente el mejor método para detectar recurrencias.

**61C. GENERALIDADES Y ACTUALIZACIÓN EN EL MANEJO DEL HEPATOCARCINOMA.** Edgardo Augusto Pineda Trejo. Doctor en Medicina y Cirugía con Especialidad en Oncología Médica, Instituto Hondureño de Seguridad Social.

En 2014 más de 30,000 personas en los estados unidos pueden ser diagnosticados de Cáncer Hepático (Hepatocarcinoma), de las cuales más de 23,000 fallecerán por dicha causa. Los factores de riesgo para desarrollar (H.C.C.) incluyen infecciones virales causadas por Hepatitis B (H.B.V.) o Hepatitis C (H.C.V.) las causas no virales

asociadas a un alto riesgo incluyen: Cirrosis Alcohólica, Alteraciones Metabólicas Inherentes (raros) como la Hemocromatosis Hereditaria deficiencia de Alfa 1 Anti-tripsina, Enfermedad De Wilson. Existen también una creciente asociación entre las secuelas del Hígado Graso no Alcohólica y la Esteatohepatitis no Alcohólica. En muchos casos los factores de riesgo para el Hepatocarcinoma son también riesgo de Cirrosis Hepática. Síntomas no específicas asociadas al (H.C.C.) incluyen: Ictericia, Anorexia, Pérdida de Peso, Malestar General Dolor del Abdomen Superior. Los signos clínicos pueden incluir Hepatomegalia y Ascitis. Síndromes Paraneoplásicos pueden ser asociados como: Hipercolesterolemia, Eritrocitos, Hipercalcemia e Hipoglucemia. La determinación el A.F.P. sérico, ha sido utilizada por mucho tiempo pero esta no es sensible ni específica. Los tipos histológicos han sido bien identificados: Nodular, Masivo y el Difuso. A diferencia de otras Neoplasias Malignas en H.C.C., existen diferentes sistemas de estadiaje que incluyen variables: estatus performance evaluación de la función hepática y las características del tumor. El tratamiento de la enfermedad es multidisciplinario. Las diferentes opciones van desde: Tratamientos Quirúrgicos (Hepatectomías Parciales) trasplante Hepático, Terapias Locoregionales como la Ablación (Química, Térmica o/u por Microondas) Terapias Intraarteriales (Embolizaciones) ocasionalmente la Radioterapia Externa y el tratamiento sistémico (Terapias dirigidas y Quimioterapia.)

**70C. PET/CT EN ONCOLOGÍA GENERAL,** José Luis Criales Cortés, Director Médico CT Scanner del Sur, Profesor Titular de Radiología Instituto Nacional de Cardiología, Universidad Nacional Autónoma de México, México.

El PET/CT es un sistema dual de diagnóstico por imágenes que combina un Tomógrafo que detecta la Emisión de Positrones (PET) y un equipo de Tomografía Computada (CT) Un ciclotrón (acelerador de partículas cargadas) produce radioisótopos que emiten positrones los cuales se usan en la síntesis del radiofármacos, el más utilizado actualmente en oncología es el 2-[fluorine-18] fluoro-2-deoxy-D-glucosa (FDG). Se puede considerar el radiotrazador de amplio espectro. Una vez administrada la FDG por vía endovenosa es transportada al citoplasma y no sigue el resto de la vía metabólica de la glucosa debido a que carece de un ion hidroxilo (OH) en el carbono 2, por lo cual queda bloqueada en el citoplasma celular. Después de haber obtenido el estudio hay tres maneras de reconocer si existen zonas de captación anormal, una de ellas es la simple inspección visual, otra es la determinación de la tasa metabólica de glucosa y la forma más utilizada es la determinación del valor de captación estandarizado (SUVmax), un valor de 2.5 es el umbral para diferenciar lesiones benignas de malignas en los tejidos blandos. Desde un punto de vista general en el método se utiliza en oncología en los siguientes aspectos: 1) confirmación en sospecha de malignidad, 2) determinación precisa del sitio de la lesión, 3) Etapificación, 4) guía para

radioterapia, 5) evaluación de la respuesta al tratamiento, 6) sospecha de recurrencias y 7) Seguimiento. Los procesos neoplásicos que con más frecuencia hemos evaluado con este método son: linfoma, cáncer de pulmón, cáncer de mama, neoplasias de cabeza y cuello, cáncer colorrectal, cáncer de próstata, tumores de esófago, GIST, melanoma, tumores neuroendocrinos, tumores ováricos, neoplasias cerebrales y sarcomas de tejido blando. Además de la FDG, estamos usando otros radiotrazadores como 11-C Acetato para tumores de próstata, 68- Galio DOTA-TOC para tumores neuroendocrinos, Fluorotimidina para diversas neoplasias de alto grado, Fluoromisonidazole para evaluar la hipoxia en tumores, Fluoroestradiol para neoplasias ginecológicas y Fluoruro de sodio para metástasis óseas. El PET/CT es el método por imagen de mayor crecimiento en los últimos años, ha demostrado un alto grado de eficiencia y un favorable costo-beneficio en la evaluación de diversos procesos neoplásicos.

### **76C. PREVENCIÓN DEL EMBARAZO EN ADOLESCENTES.** Marlon Ulises Estrada Sánchez. Msc Salud Publica y Epidemiologia, Ceiba, Honduras

Honduras, es un país con una población de más de ocho millones de habitantes, la población de 10 a 19 años es de 1, 905,610 y representa el 24% del total poblacional del país. Además se ubica como el segundo país de Latinoamérica con mayor fecundidad entre adolescentes, con una tasa de 102 por 100,000 nacidos vivos. El grupo de 10 - 14 años merece especial atención, mientras menor es la edad de las niñas que han tenido relaciones sexuales, mayor es la probabilidad de que se hayan enfrentado a una relación sexual obligada. Para dar respuesta a esta situación la Secretaría de Salud presenta la Estrategia Nacional para la Prevención del Embarazo en Adolescentes. Objetivo es definir las acciones comunitarias e institucionales que deben implementarse para disminuir el embarazo en adolescentes, en marco legal existen compromisos establecidos a nivel internacional y nacional que definen. Se han definido metas que permiten dar seguimiento a los avances del país para el abordaje de la prevención del embarazo en adolescentes al 2017. Los ejes transversales para la implementación de esta estrategia, están alineados a los establecidos en la estrategia para lograr la reducción acelerada de la mortalidad materna y de la niñez. En general, los factores asociados al embarazo y la maternidad en adolescentes son: personales, pareja, institucionales, familiares y sociales, las líneas estratégicas para la prevención del embarazo en adolescentes está basada en actores claves como la familia, comunidad, sector educación, escuelas, colegios, instituciones gubernamentales y no gubernamentales, así mismo generar alianzas, información y coordinación estratégica para la prevención del embarazo en los adolescentes, para prevenir la ocurrencia del primer embarazo.

### **83C. CÁNCER BRONCOGÉNICO Y NEUMOLOGÍA INTERVENCIONISTA.** Mario Roberto Lanza Girón. Medicina Interna, Neumología. Instituto Nacional Cardiopulmonar, Tegucigalpa.

Cáncer pulmonar es el más común alrededor del mundo, EL cáncer de células no pequeñas constituye el 85% en frecuencia. Para el diagnostico se requiere de la selección apropiada del procedimiento, lo que se hace e acuerdo al equipo disponible, protocolos, procedimientos de bajo riesgo mínimamente invasivos, análisis de sensibilidad y especificidad. Previo a procedimientos intervencionistas se deben considerar la TAC de tórax y abdomen superior, como parte del tamizaje inicial de estudio, otras imágenes adicionales como PET scan debe ser considerado para determinar actividad tumoral local o distante. Con estos estudios conllevan a la clasificación TNM con lo que se puede definir opciones terapéuticas y pronóstico. METODOS DIAGNÓSTICOS: 1.- Endosonografía bronquial (EBUS). Con el EBUS se puede lograr diagnostico histológico y estadiaje del carcinoma pulmonar. 2.-Broncoscopia con EBUS ha ganado aceptación como primera elección para diagnóstico y estadiaje de masas pulmonares que son accesibles a esta modalidad. 3.- La aspiración percutánea de las lesiones pulmonares guiadas por TAC tienen alto rendimiento diagnóstico, 4.-La broncoscopia convencional tiene rendimiento en lesiones centrales que involucran la vía aérea, se pueden presentar con hemoptisis o neumonía postobstructiva. Tiene rendimiento cuando las lesiones nodulares son grandes en posición subcarinal, paratraqueal y e hilar. Sin embargo sin EBUS el rendimiento diagnostico reduce significativamente para lesiones mediastinales. 5.-El Ultrasonido endoscópico esofágico es una herramienta para biopsia de ganglios subcarinales y paratraqueales, cuando se combina con el EBUS incrementa el rendimiento diagnóstico de lesiones mediastinales. ESTADIAJE: La Broncoscopia se realiza en forma rutinaria en cáncer pulmonar que será operado, para diagnóstico de lesiones sincrónicas y delinear la extensión tumoral. En especial definir la proximidad del tumor a la vía aérea central, así si está a menor de 2 cm de Carina principal es estadio III. El grado de extensión cambia el abordaje quirúrgico de un estadio IB (T2N0M0) a estadio IIB (B3N0M0). La aspiración de nódulos paratraqueales o para bronquiales mayores de 2 cm tiene rendimiento que puede llegar al 78%, pero reduce en forma significativa cuando el nódulo es menor de 1 cm de diámetro. La sensibilidad de biopsia aspirativa transtorácica es alrededor del 90%, con un rango de probabilidad de neumotórax del 10 – 15%. Es procedimiento mínimamente invasivo, pero con relativo alto rango de falsos negativos, lo que hace necesario biopsias adicionales cuando la probabilidad de cáncer es alta y la biopsia ha sido negativa. La biopsia pulmonar percutánea incrementa el riesgo de neumotórax en pacientes con enfisema, enfermedad bullosa e insuficiencia respiratoria. La biopsia percutánea en un meta análisis

de 46 estudios mostro una sensibilidad de 90 por ciento, en lesiones menores de 3 cm la sensibilidad disminuye a 67 %, la especificidad es del 100%.

**94C. AVANCES DE LABORATORIO EN EL DIAGNÓSTICO ONCOLÓGICO QUE DECIDEN.** Amparo Andrade Flores. Patólogo Clínico, Centro de Cáncer Emma Romero de Callejas, Tegucigalpa.

Son muchos e importantes los avances que en cáncer se han producido durante los últimos años, con estos avances la oncología es más precisa gracias a una mejor comprensión de la biología molecular de los tumores. Cada vez se conoce de genes relacionados con el cáncer, las vías moleculares e inmunológicas que han llevado al descubrimiento de nuevos subtipos de cáncer, mejor interpretación de la interacción entre el tumor y su microambiente (vascularización, células inmunes y otras células), que ha logrado obtener mejores resultados en el tratamiento dirigido contra las células tumorales y/o el sistema inmune, con menos efectos adversos. Se incorpora progresivamente herramientas como la biotecnología (tecnologías modernas que aportan extensa información molecular de los tumores) y la bioinformática (tecnología informática en salud); el análisis de datos de pacientes a gran escala para facilitar las conclusiones y la realización de más rápidos y mejores ensayos clínicos. La estrategia de combinación de diferentes tipos de terapias ha conseguido una mayor eficacia en algunos casos (por ejemplo en tumores cerebrales, de próstata). Todo ello encaminado, en el avance en los ámbitos: prevención, diagnóstico, tratamiento del cáncer y cuidados de soporte. El uso de biomarcadores, inmuno marcadores, así como la integración del uso de los marcadores tumorales, consiguiendo entonces beneficios clínicos y mejora de resultados para pacientes con tumores. En nuestro país, se cuenta con tecnología como el citometría de flujo disponible desde el año 2003 contribuye con la clasificación inmunologica de leucemias, linfomas, enfermedad minina residual, detección de tipo de población linfocitaria; ha permitido el uso tecnología que mide la actividad antigénica de las células. Los estudios moleculares con la determinación del BCR/ABL para el diagnóstico de Leucemia Mieloide Crónica, el VPH para cáncer de cérvix y otros. La aplicación de los marcadores tumorales, hacen posible un oportuno y adecuado diagnóstico.

**97C. *Helicobacter pylori*: ¿CARCINÓGENO O UN SIMPLE ESPECTADOR?** Tito Alvarado MD, MI, MPH, MsCTM, Infectólogo Interconsultante, HEU, Tegucigalpa.

En 1983, Marchal y Warrent, investigadores australianos, reportaron a la comunidad científica el hallazgo en el estómago de pacientes con gastritis y úlcera péptica, de una bacteria espirilada Gram-negativa a la que denominaron “organismo parecido al *Campylobacter*”, y que hoy es conocida como *Helicobacter pylori*. Este hallazgo fue sorprendente debido a que en ese entonces, se sabía que en un pH gástrico bajo, no podrían sobrevivir microorganismos. Pasó casi una década de incredulidad y controversias, hasta que la evidencia acumulada sobre este patógeno motivó a que el Congreso Mundial de Gastroenterología realizado en Australia en 1990, recomendara la erradicación de esta bacteria en el manejo de las úlceras gastroduodenales. Actualmente, 65-80% de los casos de adenocarcinoma de estómago distal es atribuible a la infección por *H. pylori*. Sin embargo, la carcinogénesis gástrica no puede ser explicada únicamente por esta infección, ya que de los infectados, solo una minoría (2-5%) desarrolla esta malignidad, y la mayoría presenta lesiones benignas. Esta variación individual y poblacional se debe a la compleja interacción de factores genéticos, ambientales, bacterianos, dietéticos y socioeconómicos. Posteriormente, vino una explosión de comunicaciones sobre resultados de investigaciones en diversos campos: microbiología, clínica, biología molecular, epidemiología, mecanismos de patogenicidad, métodos diagnósticos, esquemas de tratamiento, recurrencias, reinfecciones y vacunación, llegándose a establecer consensos de unificación para establecer el importante rol que juega esta bacteria en la génesis de gastritis, úlceras gastroduodenales, cáncer gástrico y linfomas gástricos de células B (Maltomas). Recientemente, se han publicado novedosas hipótesis en relación al rol que desempeñan los polimorfismos de citoquinas en el aspecto genético: genes de supresión tumoral y genotipos bacterianos que han dejado establecida la participación de este patógeno en estas enfermedades, permaneciendo aún controversial su relación con algunas enfermedades extra intestinales.

# TRABAJOS LIBRES

## RESUMENES

**1TL. DEFINICIÓN DE PRIORIDADES DE INVESTIGACIÓN: EXPERIENCIA EN LA SECRETARÍA DE SALUD DE HONDURAS, AÑO 2015.** Sandra Villalvir,<sup>1</sup> Ileana Moya,<sup>2</sup> Ileana Ramos,<sup>3</sup> Ángela Salgado,<sup>4</sup> Carmen Sevilla,<sup>5</sup> Suany Torres,<sup>6</sup> Celia Ulloa,<sup>7</sup> Edith Rodríguez,<sup>8</sup> Concepción Zúñiga,<sup>9</sup> Jackeline Alger.<sup>10</sup> <sup>1</sup>MD, Unidad de Investigación; <sup>2</sup>MD, MSc, Departamento de Desarrollo Estratégico de Recursos Humanos (DDERH); <sup>3</sup>Licenciada en Psicología, DDERH; <sup>4</sup>MD, DDERH; <sup>5</sup>MD, MSc; <sup>6</sup>Licenciada en Trabajo Social, MSc, DDERH; <sup>7</sup>Licenciada en Enfermería, DDERH; <sup>8</sup>MD, MSc, DDERH; <sup>9</sup>MD, MSc, Unidad de Investigación; Dirección General de Desarrollo del Recurso Humano, Secretaría de Salud de Honduras; <sup>10</sup>MD, PhD, Unidad de Investigación Científica, Facultad de Ciencias Médicas, UNAH; Tegucigalpa, Honduras.

**Antecedentes.** Un Sistema Nacional de Investigación para la Salud (SINIS) debe contar con ejes de gobernanza, marco legal/regulatorio y prioridades de investigación. La definición de prioridades de investigación requiere de procesos multidisciplinarios y participativos. A continuación se describe la experiencia de identificación de prioridades de investigación en la Secretaría de Salud de Honduras en el periodo enero-mayo 2015. **Descripción de la Experiencia.** En enero de 2015, con apoyo de OPS/OMS, personal de la Dirección General de Desarrollo del Recurso Humano (DGDRH) de la Secretaría de Salud, y de la Unidad de Investigación Científica, Facultad de Ciencias Médicas (FCM) UNAH, iniciaron una serie de reuniones de trabajo conjunto. A la fecha se han realizado ocho reuniones incluyendo las actividades: 1) Importancia del proceso de priorización de la investigación y socialización de la herramienta Matriz de Estrategias Combinadas (MEC3D) para la priorización de la investigación para la salud; 2) Experiencia de establecimiento de agendas de investigación en FCM UNAH; 3) Experiencia de establecimiento de prioridades de investigación y uso de MEC3D en países de Latinoamérica; 4) Propuesta de metodología para establecimiento de una agenda de investigación priorizada de la Secretaría de Salud; 5) Trabajo grupal (dos grupos) para identificación de líneas prioritarias de investigación y su consolidación; 6) Revisión de lista consolidada para ordenarla y reducirla utilizando el criterio de expertos; 7) Reunión ampliada con participación de personal de otras direcciones para socialización y validación de líneas de investigación e identificación de temas para cada línea validada mediante trabajo grupal (dos grupos). **Lecciones aprendidas.** Contar con una agenda de líneas y temas prioritarios permitirá a la red del sistema de salud identificar preguntas de investigación cuyos resultados contribuyan a mejorar la salud de la población. La definición de prioridades de investigación debe fortalecerse para contribuir al desarrollo del SINIS de Honduras.

**2TL. BIBLIOTECA VIRTUAL EN SALUD DE HONDURAS (WWW.BVS.HN): 15 AÑOS PROPORCIONANDO RECURSOS DE INFORMACIÓN EN SALUD.** Martha Cecilia García,<sup>1</sup> Ovidio Padilla,<sup>2</sup> Eduardo Pleitez,<sup>3</sup> Lourdes Ramírez,<sup>4</sup> Jackeline Alger.<sup>5</sup> <sup>1</sup>Doctora en Química y Farmacia, Biblioteca Médica Nacional, Sistema Bibliotecario UNAH; <sup>2</sup>Licenciado en Informática, Biblioteca Médica Nacional, Sistema Bibliotecario UNAH; <sup>3</sup>Ingeniero Industrial, Departamento de Informática Administrativa, UNAH; <sup>4</sup>Ingeniera Civil, Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud Honduras; <sup>5</sup>MD, PhD, Unidad de Investigación Científica, Facultad de Ciencias Médicas, UNAH; Instituto de Enfermedades Infecciosas y Parasitología Antonio Vidal; Tegucigalpa.

**Antecedentes.** La creación de la Biblioteca Virtual en Salud de Honduras (BVS-HN) respondió a la necesidad de operar un servicio de información accesible de la más alta calidad. **Descripción de la Experiencia.** BVS-HN (<http://www.bvs.hn/>), creada en 2000 (Declaración San José, 1998), es simulada virtualmente en Internet con apoyo de BIREME/OPS/OMS. Antes de su creación, los recursos de información eran limitados debido a altos costos de suscripciones en salud. Un avance significativo inicial fue la modernización de la Biblioteca Médica como Centro Coordinador Nacional de BVS-HN, fortaleciendo infraestructura técnica con una red de computadoras conectadas a Internet, capacitación de personal, disponibilidad de amplia oferta de recursos de información en formato digital. Todo esto permitió el desarrollo de nuevos productos y servicios. La capacitación de usuarios es prioridad para transferir habilidades informativas sobre acceso oportuno a recursos, extendiéndose a estudiantes, docentes, investigadores, otras bibliotecas, centros de enseñanza e instituciones públicas y privadas. Estratégicamente desde BVS-HN se ha apoyado la publicación nacional, mejora de calidad y visibilidad de las revistas en área de salud. Su impacto se mide por el número de visitas (760 diarias), capacitaciones brindadas (65/año) y aumento en número de consultas a los recursos. BVS-HN recibe apoyo técnico de OPS/OMS y colaboración de Secretaría de Salud, Colegio Médico de Honduras, Coordinación Post-graduada Facultad de Ciencias Médicas UNAH, editores de revistas médicas y centros de información de instituciones privadas y agencias internacionales, entre ellas Biblioteca Médica Nacional Estados Unidos de América (NLM). **Lecciones Aprendidas.** BVS-HN demuestra que el acceso a información de calidad e independización del usuario en procesos de búsqueda bibliográfica, inciden en beneficio de la salud de la población. Se requiere apoyo de autoridades institucionales y nacionales, capacitación en nuevas tecnologías de manejadores y usuarios de información en salud y

dotación de infraestructura para aprovechar al máximo sus ventajas.

### 3TL. FORTALECIMIENTO DE LA INVESTIGACIÓN PARA LA SALUD EN HONDURAS A TRAVÉS DE LA PROMOCIÓN DE LA INVESTIGACIÓN ÉTICA: EXPERIENCIA DEL COMITÉ DE ÉTICA EN INVESTIGACIÓN BIOMÉDICA (CEIB), FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS UNAH.

Eleonora Espinoza,<sup>1</sup> Denis Padgett,<sup>2</sup> Albert Estrada,<sup>3</sup> Milton Mendez,<sup>4</sup> Jackeline Alger.<sup>5</sup> <sup>1</sup>MD, Master en Salud Pública, Comité de Ética en Investigación Biomédica (CEIB); Unidad de Investigación Científica (UIC), Facultad de Ciencias Médicas (FCM), UNAH; <sup>2</sup>Especialista en Medicina Interna, Master en Medicina Tropical; CEIB, UIC FCM UNAH; Servicio Infectología, IHSS; <sup>3</sup>Estudiante 6to Año Carrera de Medicina, FCM UNAH; <sup>4</sup>Estudiante 4to Año Carrera de Medicina, FCM UNAH; <sup>5</sup>MD, PhD, CEIB, UIC FCM UNAH; Tegucigalpa.

**Antecedentes:** Las investigaciones en que participan seres humanos deben basarse en principios que permitan salvaguardar la dignidad, derechos, seguridad y bienestar de los participantes, garantizados a través de una revisión y aprobación por parte de un Comité de Ética de Investigación (CEI). **Descripción de la Experiencia:** Durante 2013-2014, el Comité de Ética en Investigación Biomédica (CEIB), FCM UNAH, fortaleció su estructura y funcionamiento a través de una subvención TDR/OMS (Grant ID B20375). Este fortalecimiento incluyó contratación de personal de apoyo (secretaría y monitor); obtención de espacio físico de dedicación exclusiva y su remodelación; adquisición de equipo, insumos, servicio de internet y licencia del Programa CITI, Universidad de Miami, USA; capacitación de los miembros mediante participación en cursos nacionales e internacionales. Como resultado, se sistematizó el registro de protocolos en base de datos EpilInfo; aumentó la cobertura de revisión de protocolos de investigación en 100%; incremento importante de actividades de capacitación a estudiantes y docentes (958 personas capacitadas en línea en buenas prácticas clínicas); realización de varias reuniones de capacitación y de trabajo con participación de CEI a nivel nacional; establecimiento y fortalecimiento de alianzas estratégicas con instituciones nacionales e internacionales; e inicio de capacitación para el desarrollo de ProEthos, plataforma virtual para el registro y revisión ética de protocolos (<http://www.paho.org/proethos/>), a través de la inclusión de Honduras como punto focal regional. **Lecciones Aprendidas:** A través del fortalecimiento del CEIB se identificaron líneas de trabajo: Conformación de una Red Nacional de Comités de Ética en Investigación; Implementación de ProEthos; Capacitación continua de investigadores y de miembros de CEI; Alianzas estratégicas con instituciones nacionales e internacionales (OPS/OMS, NAMRU-6, Universidad de Miami, TGHN). Es necesario contar con apoyo institucional para la implementación de estas líneas de trabajo y así contribuir a fortalecer la investigación para la salud y la investigación ética en Honduras.

### 4TL. PREVALENCIA DE DISCAPACIDAD EN PERSONAS ADULTOS MAYORES EN LAS ÁREAS DE INFLUENCIA DE LOS MÉDICOS EN SERVICIO SOCIAL, UNAH, PERÍODO 2014-2015. RESULTADOS PRELIMINARES.

Melissa A. Mejía,<sup>1</sup> Paola M. Rivera,<sup>1</sup> Melvin Urbina,<sup>1</sup> Leonardo Sierra,<sup>2</sup> Sonia Flores,<sup>3</sup> Claudia Martínez,<sup>2</sup> Saira Rapalo,<sup>3</sup> Lucía Zúñiga,<sup>4</sup> Jackeline Alger,<sup>5</sup> Mauricio Gonzales,<sup>6</sup> Edna Maradiaga,<sup>7</sup> Cohorte de Médicos en Servicio Social 2014-2015.<sup>8</sup> <sup>1</sup>Residente, Tercer Año, Postgrado de Medicina de Rehabilitación, Facultad de Ciencias Médicas (FCM), UNAH; <sup>2</sup>Fisiatra, Postgrado de Medicina de Rehabilitación, FCM UNAH; <sup>3</sup>Fisiatra, Unidad de Medicina Física y Rehabilitación, Instituto Hondureño de Seguridad Social; <sup>4</sup>Fisiatra, Policlínica San Rafael, Choluteca; <sup>5</sup>MD, PhD, Unidad de Investigación Científica (UIC) FCM UNAH; <sup>6</sup>MD, Maestría en Salud Pública, UIC FCM UNAH; <sup>7</sup>Licenciado en Informática, UIC FCM UNAH; <sup>8</sup>FCM UNAH; Tegucigalpa.

**Antecedentes:** El fenómeno de envejecimiento poblacional está creciendo favorecido por nuevas tecnologías médicas que prolongan la vida. A nivel mundial, existe una desproporción entre la prevalencia de discapacidad en el adulto mayor (AM) y la población numérica que representan. **Objetivo:** Determinar la prevalencia de discapacidad y factores asociados en sujetos  $\geq 60$  años en las zonas de influencia de Médicos en Servicio Social (MSS), UNAH, 2014-2015. **Metodología:** Estudio descriptivo transversal. Fundamentado en prevalencia de discapacidad 25-31%, 80% poder estadístico, 95% nivel confianza, se estimó tamaño muestral de 2000 AM. Cada MSS seleccionó aleatoriamente una localidad para realizar búsqueda activa de AM, sin/con discapacidad permanente  $\geq 1$  año, hasta completar 50. Previo consentimiento informado, se registró información sobre características sociodemográficas, antecedentes patológicos, discapacidad. Se utilizó Clasificación Internacional del Funcionamiento, Discapacidad y Salud (CIF) y cuestionario WHODASII (OMS) para evaluar limitación de actividad y restricción de participación  $< 30$  días. Se presentan resultados preliminares de la prevalencia. **Resultados:** Participaron 541 MSS distribuidos en 17 departamentos. De un total de 59,853 habitantes, se identificó 26,319 AM, 40.4% (10,648) hombres, 57.0% (15,014) mujeres y 2.4% (657) no consignado; 67.4% (17,743) tercera edad (60-74 años), 28.0% (7,388) cuarta edad (75-89 años), 2.8% (745) longevos (90-99 años) y 0.3% (64) Centenarios ( $> 99$  años), 1.3% (359) No consignados y 0.1% (20) nulos. Se realizó revalidación y depuración de la información. De un total de 8,100 encuestas revalidadas por MSS, la depuración realizada por médicos residentes identificó 2,255 AM con algún grado de discapacidad de un total de 4,155 AM. **Conclusiones/Recomendaciones:** Aunque la prevalencia identificada de 54.3% es preliminar, al contar con una muestra que supera 2 veces el tamaño calculado, se estima que se mantendrá la tendencia. Se espera que los resultados obtenidos contribuyan a la implementación de programas de envejecimiento saludable y prevención de discapacidad en el adulto mayor en Honduras.

## 5TL. FRECUENCIA Y TIPOS DE DISCAPACIDAD EN LOS HABITANTES DEL MUNICIPIO DE SAN IGNACIO, FRANCISCO MORAZÁN, AÑO 2011. Claudia M. Martínez,<sup>1,4</sup>

José E. Sierra,<sup>2,4</sup> Myriam S. Abascal,<sup>3,4</sup> Edna Maradiaga.<sup>5</sup>  
<sup>1</sup>Fisiatra, Departamento de Medicina de Rehabilitación, Facultad de Ciencias Médicas, UNAH; <sup>2</sup>Fisiatra, Federación Nacional de Fútbol de Honduras; <sup>3</sup>Fisiatra, Hospital Regional del Norte, Instituto Hondureño de Seguridad Social; <sup>4</sup>Egresado del Postgrado de Medicina de Rehabilitación, Facultad de Ciencias Médicas, UNAH, periodo 2009-2011. <sup>5</sup>Docente, Unidad de Investigación Científica, Facultad de Ciencias Médicas, UNAH.

**Antecedentes:** El municipio de San Ignacio, Francisco Morazán, cuenta con un programa de rehabilitación comunitaria por lo que se consideró relevante contar con información local sobre aspectos clínicos y epidemiológicos de discapacidad. **Objetivo:** Identificar la frecuencia y tipos de discapacidad en el municipio de San Ignacio, Francisco Morazán, año 2011. **Metodología:** Estudio descriptivo transversal, con muestreo aleatorio por conglomerados, en cada uno de los diez barrios del casco urbano. En las viviendas donde había personas con discapacidad, se aplicó la encuesta a  $\geq 18$  años que se encontraban en dicha vivienda o al responsable en casos en  $< 18$  años. Se aplicó el cuestionario para la evaluación de discapacidad de la Organización Mundial de la Salud (WHO-DAS II). En cada sección se estimó el grado de discapacidad según la Clasificación Internacional del Funcionamiento (CIF), evaluando los últimos 30 días. **Resultados:** De 870 personas que habitaban las casas encuestadas, se identificó 174 personas con más de un tipo de discapacidad. El 65% (113) mujeres, edad promedio 53.3 años (rango 2–97). Las estructuras corporales afectadas fueron las relacionadas con el movimiento 43% (75), sistema nervioso 25% (43), oído y ojo 16% (28) y cardiovascular 10% (17). Los tipos de discapacidad fueron 84% (147) para movilidad, 75% (132) comunicación/compreensión, 64% (112) actividades de la vida diaria y 48% (84) en relaciones interpersonales. **Conclusiones/Recomendaciones:** Se identificó una frecuencia de discapacidad de 20%, predominando el sexo femenino, mayores de 50 años, nivel educativo menor al básico completo, personas sin trabajo o amas de casa, con estructuras afectadas para movilidad y sistema nervioso central, discapacidad para movimiento, comprensión/comunicación y actividades de la vida diaria, severidad leve a moderado. Recomendamos apoyar la organización de rehabilitación basada en la comunidad y realización de estudios a nivel nacional que contribuyan al diseño de políticas de prevención y atención.

## 6TL. PREVALENCIA DE DISCAPACIDAD Y SUS CARACTERÍSTICAS EN POBLACIÓN DE 18 A 65 AÑOS DE EDAD, HONDURAS, CENTRO AMÉRICA, 2013-2014.

Ana J. Jiménez Dilworth,<sup>1</sup> Wilmer Castellanos Dubón,<sup>1</sup> Sonia Flores,<sup>2</sup> Lucia Zúñiga,<sup>3</sup> Edna Maradiaga,<sup>4</sup> Jackeline Alger,<sup>5</sup> Mauricio Gonzales,<sup>6</sup> Manuel Sierra,<sup>7</sup> Cohorte de Médicos en Servicio Social 2013-2014.<sup>8</sup> <sup>1</sup>Fisiatras, egresados Postgrado de Medicina de Rehabilitación 2012-2014, Facultad de Ciencias Médicas (FCM) UNAH; <sup>2</sup>Fisiatra, Unidad de Medicina Física y Rehabilitación, Instituto Hondureño de Seguridad Social; <sup>3</sup>Fisiatra, Policlínica San Rafael, Choluteca; <sup>4</sup>MD, Maestría en Salud Pública, Unidad de Investigación Científica (UIC), FCM UNAH; <sup>5</sup>MD, PhD, UIC FCM UNAH; <sup>6</sup>Licenciado en Informática, UIC FCM UNAH; <sup>7</sup>MD, PhD, Departamento de Salud Pública, FCM UNAH; <sup>8</sup>FCM UNAH; Tegucigalpa, Honduras.

**Antecedentes:** A nivel mundial, 600 millones de personas (15%) tienen algún grado de discapacidad, 85 millones viviendo en Latinoamérica. Es necesario evaluar la situación de personas en edad de trabajar con discapacidad para contribuir a su integración social. **Objetivo:** Determinar la prevalencia de discapacidad y sus características en sujetos 18-65 años de edad a nivel nacional, 2013-2014. **Metodología:** Estudio descriptivo transversal, en coordinación con cohorte de médicos en servicio social, Facultad de Ciencias Médicas UNAH. Mediante muestreo probabilístico, cada MSS visitó 50 casas habitadas registrando número de habitantes y previo consentimiento informado escrito, información de sujetos con discapacidad permanente  $> 1$  año de evolución utilizando instrumento adaptado de WHO-DAS II y la Clasificación Internacional del Funcionamiento (OMS). Se utilizó OR, IC95%,  $p < 0.05$ , para evaluar características por sexo. **Resultados:** Se visitaron 16,669 viviendas habitadas, registrando 39,171 sujetos 18-65 años, 17,435 (44.5%) hombres y 21,736 (55.5%) mujeres. Se identificó 1,807 sujetos con algún grado de discapacidad confirmado por criterio de especialistas en Medicina de Rehabilitación, para una prevalencia de 4.6% (IC95% 4.4-4.8%). El grado de severidad fue leve en 1,343 (74.3%), moderado en 343 (19.0%) y severo en 117 (6.5%) sujetos. Predominó la causa adquirida (81.8%) por enfermedad común (73.4%). La deficiencia más frecuente fue relacionada al movimiento 907 (50.6%) y función neuromusculo-esquelética 1,520 (84.7%). En mujeres hubo mayor afectación, estructura y funcionamiento, cardiovascular, inmunológica, digestiva, endocrina, sensorial y dolor; en hombres en función genitourinaria y reproductora ( $p < 0.05$ ). **Conclusiones/Recomendaciones:** La prevalencia de discapacidad identificada en hondureños en edad de

trabajar es casi el doble a lo informado por Instituto Nacional de Estadísticas (2002). Aunque la prevalencia fue mayor en mujeres (5.5%, IC95% 5.2-5.8%), los hombres presentaron mayor porcentaje de discapacidad severa (9.7% versus 4.8%,  $p < 0.01$ ). Es necesario desarrollar políticas y estrategias para la prevención, detección, manejo y mitigación de la discapacidad en Honduras.

**7TL. HEPATITIS AGUDA POR VIRUS DEL DENGUE. INFORME DE UN CASO.** Elvin Omar Videá Irías,<sup>1</sup> Nury Azucena Bonilla Lanza,<sup>2</sup> <sup>1</sup>Especialista en Medicina Interna; <sup>2</sup>Médico General; HOSPIMED, Tegucigalpa, Honduras.

**Antecedentes:** El dengue es una infección viral aguda, causada por virus de la Familia *Flaviviridae*, Género *Flavivirus*. Aproximadamente 2,500 millones de personas, más de dos quintas partes de la población mundial, viven en zonas de riesgo para dengue y más de 100 países han informado la presencia de esta enfermedad en su territorio. **Descripción del caso:** Paciente masculino, 66 años, procedente de Tegucigalpa, con antecedente de Diabetes Mellitus tipo 2. Se presentó a la emergencia del hospital HOSPIMED Noviembre 2014, con fiebre de 3 días de evolución, acompañado de mialgias, artralgias, cefalea, dolor retro-ocular y tres episodios de vómitos. Examen físico de ingreso evidenció deshidratación, con signos vitales estables. Resultados de laboratorio iniciales: hemoglobina 13.1g/dL, hematocrito 38.70Vol%, leucocitos 5,620 células/uL, neutrófilos 5,060 células/uL, linfocitos 340 células/uL, plaquetas 174,000/uL. Un día después: leucocitos 5,100 células/uL, neutrófilos 4,520 células/uL, linfocitos células/uL, plaquetas en descenso 77,000/uL. Al 5to día plaquetas 15,000/uL, 6to día pruebas de función hepática: AST 1960U/L y ALT 750U/L. Se manejó como dengue grave y hepatitis aguda secundaria, iniciando tratamiento con L-ornitina-L-aspartato en infusión. Se observó descenso de transaminasas AST 1930U/L, 1110U/L y ALT 750U/L, 583U/L en los dos días subsiguientes, respectivamente. Los niveles de plaquetas se elevaron de 52,000/uL a 101,000/uL, serología por anticuerpos IgM/IgG anti-dengue: positivos. Evaluación una semana posterior al egreso en consulta externa, demostró valores AST 245 U/L, ALT 156 U/L y plaquetas 222,000/uL. Evaluación a los 30 días, demostró valores AST 28 U/L, ALT 27 U/L y plaquetas 362,000/uL. **Conclusiones/Recomendaciones:** Existen manifestaciones atípicas del dengue para lo cual el personal de salud debe estar alerta y en conocimiento. Se debe promover un amplio conocimiento y uso de las normas de atención del dengue como una herramienta esencial en el abordaje de la enfermedad.

## 8TL. FRECUENCIA Y CARACTERÍSTICAS DE LOS CASOS DE COINFECCIÓN DENGUE Y MALARIA EN PACIENTES ATENDIDOS EN EL HOSPITAL ESCUELA UNIVERSITARIO, TEGUCIGALPA, HONDURAS, PERIODO 2010-2013. RESULTADOS PRELIMINARES.

Jorge García,<sup>1</sup> Jackeline Alger,<sup>2</sup> Denis Padgett,<sup>3</sup> Cristina Rodríguez,<sup>4</sup> Saúl Soto.<sup>5</sup> <sup>1</sup>Microbiólogo y Químico Clínico, Servicio de Parasitología, Departamento de Laboratorios Clínicos, Hospital Escuela Universitario (HEU)Tegucigalpa, Honduras; <sup>2</sup>MD, PhD, Servicio de Parasitología, Departamento de Laboratorio Clínico, Hospital Escuela Universitario (HEU); Docente, Unidad de Investigación Científica, Facultad de Ciencias Médicas, UNAH; <sup>3</sup>Especialista en Medicina Interna, Master en Medicina Tropical, Instituto Hondureño de Seguridad Social, IHSS; <sup>4</sup>Especialista en Salud Pública, Unidad de Planificación, HEU; <sup>5</sup>Especialista en Salud Pública, Departamento de Vigilancia, HEU; Tegucigalpa.

**Antecedentes.** Honduras es un país endémico de dengue y malaria. La coinfección dengue y malaria se informa poco, con posible sub-registro. Su presentación clínica es más severa que infecciones únicas de cada una de las patologías. En Honduras no hay información sobre las características de la coinfección. **Objetivo.** Identificar la frecuencia y caracterizar los casos de coinfección dengue y malaria atendidos en el HEU, 2010-2013. **Metodología.** Estudio descriptivo transversal. Identificación de casos de coinfección mediante comparación del registro del diagnóstico de malaria, Servicio de Parasitología, HEU, con base de datos de dengue del Departamento de Vigilancia de la Salud, HEU, y del Laboratorio Nacional de Virología, Secretaría de Salud. Se revisaron los expedientes clínicos. Definición de caso: sujetos con diagnóstico de dengue y malaria, confirmados por laboratorio; caso sospechoso: sujeto con malaria confirmada y certificado como dengue por Comisión de Certificación sin confirmación por laboratorio. **Resultados.** Se atendieron 5316 casos de dengue, 200 casos de malaria y 23 casos sospechosos de coinfección. El 47.8% (11/23) no estaba en base de datos de Laboratorio de Virología (uno con signos de choque), 17.3% (4/23) no tenía resultado de laboratorio (uno con signos de choque), 21.7% (5/23) tenía resultado IgM Negativo (4 tomados <día 6). Solo 3 casos se confirmaron como coinfección en 2012 (2.5% de casos dengue y 7.5% de casos malaria), mujeres, edad promedio 21 años (rango 14-34), procedencia: Francisco Morazán, Olancho y Comayagua; todos casos de malaria por *Plasmodium vivax*, un caso malaria complicada; todos considerados dengue no grave y manejados como grupo B. **Conclusiones/Recomendaciones.** Se confirmó coinfección dengue y malaria en tres pacientes atendidos en el HEU año 2012. Se documentó fallas en el registro de la información dificultando un análisis adecuado. La vigilancia de la coinfección a partir de los casos confirmados de malaria podría ser más eficiente.

### 9TL. MALARIA GRAVE Y COMPLICADA POR *PLASMODIUM FALCIPARUM* EN ADULTO JOVEN: INFORME DE UN CASO FATAL EN HONDURAS, CENTRO AMÉRICA.

Katherine Peña,<sup>1</sup> Jorge García,<sup>2</sup> Ofelia Martínez,<sup>3</sup> Jackeline Alger.<sup>4</sup> <sup>1</sup>Estudiante 7mo Año, Carrera de Medicina, Facultad de Ciencias Médicas, UNAH, Tegucigalpa; <sup>2</sup>Microbiólogo y Químico Clínico, Servicio de Parasitología, Departamento de Laboratorio Clínico, Hospital Escuela Universitario (HEU), Tegucigalpa; <sup>3</sup>Médica Epidemióloga, Región Departamental de Salud de Olancho, Juticalpa, Olancho; <sup>4</sup>MD, PhD, Servicio de Parasitología, Departamento de Laboratorio Clínico, HEU; Unidad de Investigación Científica, Facultad de Ciencias Médicas, UNAH, Tegucigalpa.

**Antecedentes:** Honduras, país endémico de malaria debido a *Plasmodium vivax* y *P. falciparum*, es uno de los países que en 2013 logró una reducción >75% en el número de casos.

**Descripción del caso clínico:** Paciente femenina, 20 años de edad, 60 Kg de peso, atendida el 20-04-2014 en Sala de Emergencia Medicina Interna, Hospital Escuela Universitario (HEU), Tegucigalpa, referida del Hospital San Francisco (HSF), Olancho. En HSF fue manejada ambulatoriamente el 18-04-2014 e internada el 19-04-2014 con sospecha de dengue por fiebre de 7 días (38.5°C al ingreso), escalofríos, diaforesis, artralgia, mialgia, hepatomegalia; gota gruesa negativa (18-04-2014), ictericia (bilirrubina total 3.84mg/dL), trombocitopenia (52,000/mm<sup>3</sup>), anemia (hemoglobina 11.8 g/dL). En HEU, ingresó por Síndrome Febril en Estudio; 21-04-2014 presentó disfunción multiorgánica, requiriendo ventilación mecánica. Pruebas por leptospirosis y VIH/SIDA fueron negativas. Gota gruesa (21-04-2014): *Plasmodium falciparum* 41 parásitos/109 leucocitos, estadíos maduros. Se administró quinina (dosis carga y una dosis mantenimiento, medicamento vencido). Falleció el 22-4-2014 en horas de la madrugada. Improntas de vísceras (Giemsa) demostraron parásitos en bazo, hígado y riñón. La Región Departamental de Salud de Olancho documentó visita de la paciente e hijo de 6 meses a esposo, soldado asignado a aldea Taburetillo, municipio Dulce Nombre de Culmí, tres semanas antes. El niño fue ingresado en HSF el 22-4-2014 debido a malaria por *P. falciparum* y bronconeumonía; tratado con cloroquina, egresó mejorado el 25-04-2014. En Taburetillo se identificó un soldado con malaria por *P. falciparum* (22-04-2014). Búsqueda activa casos (34 muestras) y búsqueda de vector adulto y larvas fueron negativas. **Conclusión/Recomendación:** Diagnóstico y tratamiento oportunos y adecuados pudieron evitar la muerte en esta paciente joven. Se debe contar con medicamentos antimaláricos de uso parenteral. Al acelerar la eliminación de la malaria, es necesario contar con vigilancia efectiva de los casos graves y complicados.

### 10TL. CRIPTOCOCOSIS PULMONAR Y VERTEBRAL EN UN PACIENTE SIN INFECCIÓN POR VIH. INFORME DE UN CASO.

Alejandra María Sosa Rivera,<sup>1</sup> Gabriela Alejandra Macías Romero,<sup>1</sup> Maryory Jisel Motiño Lozano,<sup>2</sup> Diana Carolina Hasbun Martín.<sup>3</sup> <sup>1</sup>Médico General, egresada FCM

UNAH, año 2014; <sup>2</sup>Médico Residente, Primer Año, Postgrado de Medicina Interna, FCM UNAH; <sup>3</sup>Especialista en Medicina Interna, Hospital Escuela Universitario; Tegucigalpa.

**Antecedentes:** La Criptococosis es una infección causada por el hongo *Cryptococcus neoformans*. Ocurre en los seres humanos por inhalación. La infección pulmonar generalmente es asintomática. La forma generalizada se debe a diseminación hematológica. Es más frecuente en pacientes con VIH SIDA, receptores de trasplante y pacientes bajo terapia con glucocorticoides. **Descripción del caso:** Paciente femenina, 22 años, procedente de Pespire, Choluteca. Ingresada 13/1/2015 en el Hospital Escuela Universitario con un síndrome medular incompleto, síndrome de Cushing ectópico ya que no reporta el uso de esteroides, con historia de tos seca de dos meses de evolución con exacerbaciones nocturnas acompañada de disnea, astenia, adinamia, y fiebre con predominio nocturno. Al ingreso, hemodinámicamente estable, taquipneica, saturación de oxígeno 96%, afebril, con hipoventilación en campo pulmonar izquierdo y matidez a la percusión, disminución de la fuerza en miembros inferiores y nivel sensitivo a nivel de T10. Radiografías de tórax describieron imagen radiopaca bien delimitada en pulmón izquierdo, Tomografía computarizada Torácica: lesión sólida en pulmón izquierdo a descartar lesión infiltrativa. Tomografía cerebral y abdomen: no reporta masas/tumoraciones en glándulas suprarrenales o hipófisis. Resonancia magnética de columna: fractura por compresión en vértebras dorsales T8 y T11 comprimiendo el canal medular, produciendo mielitis. Biopsia y coloraciones especiales de lesión pulmonar y de columna torácica confirmó diagnóstico de Criptococosis con infiltración a columna vertebral. Se inició tratamiento con Anfotericina B hasta completar una dosis acumulada de 1.5 gramos, evolucionando satisfactoriamente. **Conclusiones/ Recomendaciones:** La Criptococosis pulmonar y su diseminación vertebral no son las formas de presentación más frecuentes. En algunos casos se reporta que la infección por este hongo puede causar complicaciones como síndrome de Cushing aunque esto es muy infrecuente. Se debe siempre sospechar esta infección aun en pacientes inmunocompetentes para administrar tratamiento oportuno y evitar secuelas severas.

### 11TL. ANGIOSTRONGILIASIS ABDOMINAL: INFORME DE UN CASO EN NIÑO LACTANTE MAYOR.

Fátima Lara,<sup>1</sup> Marco Tulio Luque,<sup>2</sup> José Lizardo,<sup>3</sup> Jackeline Alger.<sup>4</sup> <sup>1</sup>Residente, Segundo Año, Postgrado de Pediatría, Facultad de Ciencias Médicas UNAH; <sup>2</sup>Pediatra Sub-Especialista en Infectología, Servicio de infectología IHSS, Servicio Infectología Hospital Escuela Universitario; <sup>3</sup>Médico Especialista en Cirugía, Servicio de Cirugía Pediátrica, IHSS; <sup>4</sup>MD, PhD, Servicio de Parasitología, Departamento de Laboratorio Clínico, Hospital Escuela Universitario; Unidad de Investigación Científica, Facultad de Ciencias Médicas, UNAH.

**Antecedentes:** *Angiostrongylus costaricensis* es un nematodo que infecta roedores. Parásitos adultos habitan arterias

mesentéricas, completan su ciclo de vida en hospedero intermediario, moluscos veronicelidos (“babosas”). El humano se infecta accidentalmente al ingerir larvas infectantes de babosas. El cuadro se caracteriza por dolor abdominal localizado en fosa iliaca derecha, acompañado en algunos casos de masa indurada intra-abdominal, dolorosa. Puede acompañarse de fiebre de 2-4 semanas, vómitos, anorexia; se presenta leucocitosis y eosinofilia. Tratamiento antiparasitario no está indicado; el tratamiento indicado es quirúrgico. **Descripción del caso clínico:** Paciente masculino, 17 meses de edad, procedente del Valle de Amaratéca, Francisco Morazán. Ingresó al Instituto Hondureño de Seguridad Social (IHSS) en enero 09 2015 con diagnóstico de fiebre prolongada, de origen a determinar. El hemograma a su ingreso informó leucocitosis (17,100cél/uL) y eosinofilia (2,900 células/uL, 16.9%); factor reumatoideo y ANCA positivos. Egresó el 27 de enero con diagnóstico de Artritis Reumatoidea Juvenil. El 16 de febrero es evaluado en Consulta Externa de Inmunología donde se indica ingreso por persistir fiebre y pérdida de peso. El 19 de febrero presenta signos de irritación peritoneal, se realiza laparotomía encontrando perforación de ciego con necrosis e isquemia. El 27 de febrero se recibe reporte de biopsia intestinal: inflamación granulomatosa con trombosis vascular arterial secundaria a infección masiva por *A. costaricensis*. La preparación en hematoxilina y eosina fue evaluada en el Servicio de Parasitología, Departamento de Laboratorio Clínico, Hospital Escuela Universitario, observando numerosos huevos de *A. costaricensis*, en diferentes grados de desarrollo, sin observar estructuras compatibles con nematodos adultos. El paciente evolucionó satisfactoriamente. **Conclusiones/ Recomendaciones:** No fue posible identificar el mecanismo de infección en este paciente. En Honduras la información clínica y epidemiológica sobre esta parasitosis es limitada. Recomendamos sospechar en pacientes con fiebre prolongada sin foco, dolor abdominal y eosinofilia, previamente sanos, analizando riesgo de exposición.

**11TL. ESTRONGILOIDIASIS COMO CAUSA DE ÚLCERA DUODENAL EN PACIENTE INMUNOCOMPETENTE: INFORME DE UN CASO.** Elvin Omar Videá,<sup>1</sup> Ramón Yefrin Maradiaga,<sup>1</sup> Eduardo Sanchez.<sup>2</sup> <sup>1</sup>Especialista en Medicina Interna, <sup>2</sup>Médico General; HOSPIMED, Tegucigalpa.

**Antecedentes:** La presentación clínica grave y complicada en la infección por *Strongyloides stercoralis* es infrecuente en pacientes inmunocompetentes. Presentamos el caso clínico de un paciente con estrogiloidiasis complicada con úlceras gastrointestinales. **Descripción del caso:** Paciente masculino, 53 años, residente en La Mosquitia, Departamento Gracias a Dios, con historia de 8 meses de pérdida de peso involuntaria de 30 libras, 5 meses de dolor abdominal localizado en epigastrio, diario, episódico, exacerbado con los alimentos, acompañado de distensión abdominal, estreñimiento e hiporexia; sin diarrea ni vómitos. En los últimos 3 días inició fiebre diaria, intermitente, con escalofríos,

diaforesis, disuria. Antecedentes epidemiológicos: casa y piso de madera, con fosa séptica, agua potable de pozo, 8 convivientes. Al examen físico PA 120/70 mmHg, frecuencia cardíaca y pulso: 98 x minuto, frecuencia respiratoria: 16 por minuto; temperatura 39°C, asténico, facie hipocrática, con dolor en epigastrio. Hemograma: Hemoglobina 11.5g/dL, Leucocitos 17,310 cel/uL, neutrófilos 14,560 cel/uL, Linfocitos 2,870 cel/uL, eosinófilos 100 cel/uL. General orina con leucocitos de 40-50/campo, marcadores tumorales (CA 19-9, CA 125, CAE) negativos. Ingresó con diagnóstico de sepsis de foco urinario, sospecha de neoplasia gástrica. Ultrasonido de abdomen: normal, TAC Abdomen: engrosamiento de mucosa de antro pilórico, Endoscopia: erosión de mucosa gastrointestinal tipo infiltrativo. Biopsia mucosa duodenal mostró infiltrado inflamatorio crónico, displasia en relación a presencia de parasito posiblemente nematodo. Examen de heces método Baermann: larvas de *S. stercoralis*. Se manejó con ceftriaxona y amikacina para la sepsis urinaria; se dio ciclo inicial con Ivermectina de 6 mg por dos días; examen de heces con método de Baermann control una semana posterior: negativo. **Conclusiones/Recomendaciones:** La estrogiloidiasis es frecuente en países tropicales. La información clínica local es escasa. Puede causar infección aguda, crónica o hiperinfección; la última en inmunosupresos. Se acompaña de hipereosinofilia en casos crónicos o diseminados. Nuestro paciente inmunocompetente, mejoró con el tratamiento.

**13TL. PREVALENCIA DE DERMATOSIS EN NIÑOS DEL CENTRO ESCOLAR TELA AMERICAN SCHOOL DEL MUNICIPIO DE TELA, DEPARTAMENTO DE ATLÁNTIDA, CORRESPONDIENTE A LA COHORTE 2013 – 2014.** José Emanuel Cueva Núñez,<sup>1</sup> Iván Espinoza,<sup>2</sup> Bessy Cruz,<sup>3</sup> Leila Quintana,<sup>3</sup> Karen Cerrato,<sup>3</sup> Benilda Martel,<sup>4</sup> Manuel Sierra,<sup>5</sup> Kathya Chinchilla.<sup>6</sup> <sup>1</sup>Médico en Servicio Social 2013-2014, Facultad de Ciencias Médicas (FCM) UNAH; <sup>2</sup>MD, Master en Salud Pública, Unidad de Investigación Científica, FCM UNAH; <sup>3</sup>Médico Residente Tercer Año, Postgrado de Dermatología, 2012-2014; <sup>4</sup>Especialista en Dermatología, Postgrado de Dermatología, FCM UNAH; <sup>5</sup>MD, PhD, Departamento de Salud Pública, FCM UNAH; <sup>6</sup>Médico Especialista en Dermatología.

**Antecedentes:** La frecuencia global de procesos dermatológicos presenta amplias variaciones en diferentes estudios a nivel mundial; principalmente en niños en edad escolar. **Objetivo:** Determinar la prevalencia y características de las dermatosis más frecuentes que afectan escolares del Centro Escolar Tela American School del Municipio de Tela, Departamento de Atlántida, Correspondiente a la Cohorte 2013 – 2014. **Metodología:** Estudio tipo descriptivo transversal. Como parte del estudio a nivel nacional se estimó 60 escolares para cada médico en servicio social, seleccionándose de forma aleatoria el centro de educación primaria, así también 20 escolares de cada grado, con el asentimiento de los niños y el consentimiento informado del padre o tutor. Los

datos se ingresaron a una base de datos en EPIINFO 7.0. estableciendo tiraje de frecuencias simples. **Resultados:** El estudio incluyó 60 niños de cuarto a sexto grado, 56.7% (34/60) niños y 43.3% (26/60) niñas; 3.3% (2/60) padecía de rinitis, 8.3% (5/60) padecía de asma; 8.3% (5/60) tenía antecedentes familiares de rinitis y 20% (12/60) de asma; el índice de hacinamiento fue 1.6; 55% (33/60) refería tener animales domésticos. El 53.3% (32/60) refirió haberse expuesto en las últimas dos semanas a agua de río y/o piscinas. Las lesiones dermatológicas se encontraron en 10% (6/60) siendo las de mayor frecuencia las máculas hipocrómicas 33.3% (2/6), en igual porcentaje que dermatitis de contacto sin distinción de género, seguidas de verrugas vulgares. **Conclusiones y recomendaciones:** Se determinó una prevalencia de dermatosis de 10% (6/60) levemente más alta a lo esperado para países en desarrollo y en área rural; encontrándose principalmente dermatitis por contacto y alteraciones de la pigmentación. Se recomienda capacitar continuamente sobre dermatosis para optimizar atención, unificar elementos diagnósticos, tratamiento y seguimiento.

**14TL. PREVALENCIA DE DERMATOSIS EN NIÑOS ESCOLARES DE LA ESCUELA ESPÍRITU SANTO, MUNICIPIO DE COMAYAGUA, DEPARTAMENTO DE COMAYAGUA, AÑO 2014-2015.** Victoria Gonzales,<sup>1</sup> Jackeline Alger,<sup>2</sup> Bessy María Cruz Enamorado,<sup>3</sup> Leila Yamileth Quintana Delgado,<sup>3</sup> Karen Patricia Cerrato Hernández,<sup>3</sup> Benilda Martel,<sup>4</sup> Manuel Sierra,<sup>5</sup> Kathya Chinchilla,<sup>6</sup> Iván Espinoza Salvado.<sup>7</sup> <sup>1</sup>Médico en Servicio Social 2014-2015, Facultad de Ciencias Médicas (FCM) UNAH; <sup>2</sup>MD, PhD, Unidad de Investigación Científica (UIC) FCM UNAH; <sup>3</sup>Residente Tercer Año, Postgrado de Dermatología 2012-2014 FCM UNAH; <sup>4</sup>Especialista en Dermatología, Postgrado de Dermatología, FCM UNAH; <sup>5</sup>MD, PhD, Departamento de Salud Pública, FCM UNAH; <sup>6</sup>Médico Especialista en Dermatología; <sup>7</sup>MD, Master en Salud Pública, UIC FCM UNAH, Tegucigalpa.

**Antecedentes:** Las enfermedades de la piel son motivo de consulta pediátrica frecuente. En Honduras la información sobre dermatosis en escolares es escasa. **Objetivo:** Determinar la prevalencia y los factores asociados a las dermatosis en niños de la Escuela Espíritu Santo, Comayagua, Comayagua, período de Julio- Agosto 2014. **Metodología:** La muestra se obtuvo mediante selección aleatoria con muestreo probabilístico de 60 escolares de 4to-6to grados de primaria. Previo consentimiento de padres y asentimiento de niños, se entrevistó y realizó examen físico dirigido. Los datos recolectados fueron ingresados en base de datos EpiInfo. Se realizó análisis de factores asociados (OR, IC95%,  $p < 0.05$ ), incluyendo sexo, antecedente personal y familiar de atopía, tenencia de animales domésticos, exposición a aguas, índice de hacinamiento. **Resultados:** De los 60 escolares evaluados, 38 (63.3%) niñas, se identificaron 10 casos de dermatosis para una prevalencia de 16.7%. De los 10 casos, 8 (80.0%) eran niñas; las dermatosis identificadas incluyeron pitiriasis alba 4 (40.0%), queratosis pilaris

3 (30.0%) y 1 caso para cada uno (10%) de acné, impétigo y prurigo por insectos. El índice de hacinamiento promedio fue 2 (rango 0.5 – 6.0). El factor antecedente personal de atopía se asoció 3.5 veces más a los casos con dermatosis; aunque esta asociación no fue estadísticamente significativa demostró una tendencia (OR 3.5, IC95%(0.8 -15.9),  $p=0.09$ ). El resto de factores evaluados no demostraron diferencias estadísticamente significativas entre los niños con y sin dermatosis. **Conclusiones/Recomendaciones:** La prevalencia identificada es alta para un ambiente escolar. Aunque el tamaño muestral reducido limitó el análisis de los factores asociados, el antecedente personal de atopía demostró una tendencia y podría relacionarse a los tipos de dermatosis encontradas. Recomendamos promover las prácticas de hábitos de higiene e insumos necesarios en el ambiente escolar y la protección solar con el propósito de reducir la prevalencia de dermatosis entre los escolares.

**15TL. PREVALENCIA DE DERMATOSIS EN NIÑOS ESCOLARES DE LA ESCUELA JUAN RAMÓN MONTOYA, MUNICIPIO DE YUSCARÁN, DEPARTAMENTO DE EL PARAÍSO, AÑO 2014.** Mario Ricardo Funes Hernández,<sup>1</sup> Jackeline Alger,<sup>2</sup> Bessy María Cruz Enamorado,<sup>3</sup> Leila Yamileth Quintana Delgado,<sup>3</sup> Karen Patricia Cerrato Hernández,<sup>3</sup> Benilda Martel,<sup>4</sup> Manuel Sierra,<sup>5</sup> Kathya Chinchilla,<sup>6</sup> Iván Espinoza Salvado.<sup>7</sup> <sup>1</sup>Médico en Servicio Social 2014-2015, Facultad de Ciencias Médicas (FCM) UNAH; <sup>2</sup>MD, PhD, Unidad de Investigación Científica (UIC) FCM UNAH; <sup>3</sup>Residente Tercer Año, Postgrado de Dermatología 2012-2014; <sup>4</sup>Especialista en Dermatología, Postgrado de Dermatología FCM UNAH; <sup>5</sup>MD, PhD, Departamento de Salud Pública, FCM UNAH; <sup>6</sup>Médico Especialista en Dermatología; <sup>7</sup>MD, Master en Salud Pública, UIC FCM UNAH, Tegucigalpa.

**Antecedentes:** Las dermatosis incluyen enfermedades que involucran piel y anexos. En Honduras las investigaciones sobre dermatosis en escolares son escasas. **Objetivo:** Determinar la prevalencia y factores asociados a las dermatosis, Escuela Juan Ramón Montoya, Yuscarán, El Paraíso, período Marzo-Junio 2014. **Metodología:** Muestra aleatoria de 60 escolares de 4to-6to grados. Previo consentimiento/ asentimiento informados, se obtuvo información general, antecedentes personales y familiares de atopía y factores predisponentes. Se realizó examen físico dirigido e interconsulta especializada mediante fotografía y correo electrónico con médicos residentes del Postgrado de Dermatología, FCM UNAH. Se creó base de datos EpiInfo. Se estimó prevalencia, índice de hacinamiento y se utilizó OR, IC95% y  $p < 0.05$  para evaluar factores asociados a los escolares con y sin dermatosis. **Resultados:** De los 60 escolares evaluados, se encontraron 27 niños (45.0%) y 33 niñas (55.0%). Se identificaron 19 casos de dermatosis, 12 (63.2%) en niños. Las dermatosis incluyeron pitiriasis alba 7 (36.8%), tiña pedis 6 (31.5%), queratosis pilaris 2 (10.5%) y 1 caso para cada uno (5.3%) de prurigo por insecto, vitiligo, dishidrosis y dermatitis por contacto. Al comparar factores identifica-

dos entre escolares con dermatosis (19) versus escolares sin dermatosis (41), ninguno se asoció significativamente aunque el sexo masculino se asoció casi tres veces más al grupo con dermatosis (OR 3.0, IC95% 1.0-9.0,  $p=0.06$ ), demostrando una tendencia. **Conclusión/Recomendación:** La prevalencia de dermatosis (31.7%) en la población estudiada es superior a lo informado por OMS en países en desarrollo en población pediátrica (6-24%). Aunque el tamaño muestral reducido limitó el análisis de los factores asociados, la mayor asociación de dermatosis en los niños podría explicarse por su mayor exposición a la luz solar. Recomendamos promover los hábitos de higiene y protección solar y que el paquete básico de medicamentos del sistema público incluya medicamentos para el tratamiento de las dermatosis prevalentes en Honduras.

**16TL. CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRÁCTICAS SOBRE LA MEDICINA Y CIRUGÍA SIN SANGRE DE LOS MÉDICOS DEL HOSPITAL ESCUELA UNIVERSITARIO, 2013.** Crisley Dávila Laínez,<sup>1</sup> Sergio Flores,<sup>2</sup> César Guifarro,<sup>3</sup> Edna Maradiaga.<sup>4</sup> <sup>1</sup>Estudiante 4to Año, Carrera de Medicina; <sup>2</sup>Estudiante 7mo Año, Carrera de Medicina; <sup>3</sup>Estudiante 3er Año, Carrera de Medicina; <sup>4</sup>MD, Maestría en Salud Pública, Unidad de Investigación Científica; Facultad de Ciencias Médicas UNAH; Tegucigalpa.

**Antecedentes:** El aumento del uso de hemoderivados en nuestro medio motiva a investigar la predisposición médica y quirúrgica hacia la aplicación de técnicas alternativas de ahorro de sangre. **Objetivo General:** Analizar los conocimientos, actitudes y prácticas (CAP) sobre la Medicina y Cirugía sin Sangre (MCSS) de médicos especialistas formados y en formación, Hospital Escuela Universitario, Año 2013. **Metodología:** Estudio descriptivo transversal, no probabilístico, muestra de 154 médicos especialistas 46.1% (71) y residentes 53.8% (83) de las áreas de cirugía 22.1% (34), anestesiología 9.1% (14), medicina Interna 46.8% (72) y ginecología 22.1% (34). Se aplicó formulario estructurado incluyendo datos generales y CAP. Los conocimientos se midieron de acuerdo a escala: Muy bueno, Bueno, No conoce; las prácticas de acuerdo a: Siempre, Algunas veces, Nunca las practica. Las actitudes fueron evaluadas utilizando la Escala de Likert. La participación fue voluntaria y anónima, previo consentimiento informado verbal. El plan de análisis consistió en análisis univariado, bivariado, y los resultados se presentan como frecuencia, porcentaje y medidas de tendencia central. **Resultados:** El 72.1% (111) informó haber escuchado sobre MCSS; sin embargo, al evaluar los conocimientos se identificó que 91.6% (141) tenía escaso conocimiento sobre el tema. La actitud predominante de la muestra estudiada 63.6% (98) fue positiva hacia estas alternativas. En cuanto a las prácticas, 68.8% (106) informó practicar estas técnicas algunas veces. **Conclusiones/Recomendaciones:** Se encontró que los sujetos estudiados están de acuerdo en implementar alternativas a las transfu-

siones sanguíneas. Recomendamos a las autoridades del HEU dar a conocer este tema con el propósito de mejorar los conocimientos del personal de salud, con énfasis en los médicos y residentes.

**17TL. CARACTERIZACIÓN PSICO – SOCIAL DEL INTENTO SUICIDA EN NIÑOS Y ADOLESCENTES, HOSPITAL ESCUELA, 2009 - 2010.** Blanca C. Lagos,<sup>1</sup> Jorge Meléndez,<sup>2</sup> Fátima Rico,<sup>3</sup> Rolando Aguilera,<sup>4</sup> Américo Reyes.<sup>5</sup> <sup>1</sup>Especialista en Pediatría, Departamento de Fisiología, Facultad Ciencias Médicas UNAH; <sup>2</sup>Especialista en Pediatría, Hospital General San Felipe; <sup>3</sup>Especialista en Pediatría, Servicio de Emergencia de Pediatría Hospital Escuela Universitario (HEU); <sup>4</sup>Especialista en Pediatría, HEU; <sup>5</sup>Especialista en Psiquiatría, Hospital Mario Mendoza; Tegucigalpa, Honduras.

**Antecedentes:** El intento suicida es un acto no habitual, no letal, realizado para causarse autolesión o terminar con su vida sin intervención de otros. En informe OMS (2014), >800,000 personas/año se suicidan. En Honduras no existen estudios en niños y adolescentes. **Objetivo:** Identificar características y factores de riesgo en niños y adolescentes con intento suicida, Hospital Escuela Universitario (HEU), 2009–2010. **Metodología:** Estudio Caso/Control. Sujetos captados en Emergencia Pediatría, HEU. **Caso:** paciente ingresado por intento suicida, **Control:** paciente ingresado por otra causa; pareados por edad, sexo y procedencia. Muestra correspondió a universo. Encuesta a pacientes previo consentimiento informado a los padres/responsables. Factores predisponentes investigados en casos y controles (OR, IC95%,  $p<0.05$ ). Factores precipitantes al intento suicida estudiados en casos (%). Evaluación mediante Escala de Desesperanza de Beck: factor afectivo, motivacional y cognitivo. Se aplicó cuestionario PRIME-MD para identificación de trastornos mentales. Se creó base datos EpiInfo (Versión 3.5.1). **Resultados:** De un total de 73 Casos y 80 Controles, 90% (66) y 80% (64) mujeres, procedencia urbano marginal 52% (38) y 48% (38), respectivamente; edad media 14 años (13-16), para ambos grupos. De los 73 casos, 3% (2) falleció. Desintegración familiar se asoció 3 veces (IC95%,  $1.36<OR<5.97>$ ,  $p=0.0023$ ), abuso sexual 5 veces (IC95%  $1.39<OR<25.84$ ,  $p=0.0045$ ) más a los casos. Se detectó conflicto familiar 70% (51) y falta de afecto de familiares/amigos 15% (11) en los casos. Se identificó relación entre depresión e intento suicida ( $p=0.0000010$ ). **Conclusiones/Recomendaciones:** Predominó sexo femenino, los hombres utilizan métodos letales consumando el suicidio. Los factores de riesgo están relacionados a eventos sucedidos dentro de la familia, contribuyendo al desarrollo de depresión. No se identificó relación con abuso de sustancias observado en adultos. Recomendamos alertar a la población sobre estas características psico-sociales de los niños y adolescentes con riesgo suicida mediante estrategias de información, educación y comunicación.

**18TL. CONOCIMIENTO SOBRE MUERTE SÚBITA INEXPLICADA EN EPILEPSIA ENTRE EL PERSONAL DE SALUD, PACIENTES Y POBLACIÓN GENERAL EN OLANCHO, HONDURAS.** Gabriela A. Guifarro,<sup>1</sup> Allan E. Cáceres,<sup>2</sup> Amy Lagos,<sup>3</sup> Reyna M. Durón,<sup>4</sup> Julia N. Bailey.<sup>5</sup> <sup>1</sup>Médico General; Medicentro, Catacamas, Olancho; Clínica Médica Buen Pastor Santa María del Real, Olancho; <sup>2</sup>Médico General, Universidad Nacional de Agricultura, Catacamas, Olancho; <sup>3</sup>Médico General; Clínica Médica Buen Pastor Santa María del Real, Olancho; <sup>4</sup>Neuróloga, Investigadora; Unidad de Investigación Científica, Fundación Lucas para la Salud; Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad Tecnológica Centroamericana (UNITEC), Tegucigalpa; Honduras; <sup>5</sup>Epidemióloga Genética, Department of Epidemiology, Fielding School of Public Health, UCLA, Los Angeles, California, Estados Unidos de América. Por el Consorcio para Estudios Neuroepidemiológicos en Las Américas

**Antecedentes:** La muerte súbita inexplicada en epilepsia (MSIE) ocurre en 1/1,000 pacientes y aún es desconocida en Honduras. **Objetivo:** Determinar conocimiento sobre MSIE y riesgos secundarios a la epilepsia y primeros auxilios en pacientes, población general y personal de salud. **Metodología:** Estudio descriptivo transversal. Tres miembros capacitados del equipo investigador aplicaron instrumento de 16 preguntas a participantes voluntarios contactados consecutivamente en clínicas de Santa María del Real y Catacamas, Olancho. Prueba piloto se realizó en 2 clínicas de neurología y 1 unidad de emergencia en pediatría, Tegucigalpa (n=104). Se incluyó variables demográficas, relación con la epilepsia, conocimiento de muerte súbita en varios contextos, lesiones por crisis y primeros auxilios en epilepsia. **Resultados:** Se evaluó 162 personas, población general 85% (137), amigos de pacientes 21% (35), familiares 19% (31), personal de salud 15% (25), pacientes de otras enfermedades 10% (16). Del personal de salud, 48% era médico (12). De la población general, 26% (36) tenía escolaridad secundaria completa, 18% (24) primaria completa y resto tenía primaria incompleta/universitaria completa. El 98% del total de entrevistados (158) refirió que pensaba que es posible ocurra muerte repentina en cardiopatas y 69% (111) en epilepsia. El 83% (134) no había escuchado sobre del concepto de MSIE. El 63% (102) negó saber de primeros auxilios y 37% (60) describió medidas inapropiadas. El 92% de médicos (11) no ha hablado de MSIE a sus pacientes, aunque 25% (3) informó conocerla. **Conclusiones/Recomendaciones:** La mayoría de entrevistados conoce sobre la posibilidad de muerte repentina y lesiones por epilepsia, pero desconoce sobre MSIE y primeros auxilios apropiados. Recomendamos incluir educación sobre prevención de morbi-mortalidad por epilepsia y MSIE en la educación médica continua, programas educativos a pacientes y población y en guías nacionales de manejo comprensivo de la epilepsia.

**19TL. PACIENTE CON SÍNDROME DE FAHR SECUNDARIO A HIPOPARATIROIDISMO PRIMARIO. A PROPÓSITO DE UN CASO EN HONDURAS.** José Alberto Rivera,<sup>1</sup> Andrea Enamorado,<sup>2</sup> Lester José Coello.<sup>3</sup> <sup>1</sup>Médico en Servicio Social, Facultad de Ciencias Médicas (FCM) UNAH, Region departamental de Salud de Santa Bárbara, 2015-2016; <sup>2</sup>Estudiante 7mo Año, Carrera de Medicina FCM UNAH; <sup>3</sup>Médico Residente 4to Año, Posgrado Neurología FCM UNAH; Tegucigalpa.

**Antecedentes:** En Honduras no se han documentado o publicado casos de Síndrome de Fahr. Según la Unión Europea, una enfermedad rara con prevalencia baja, menos de 5 por cada 10,000 habitantes. **Descripción del Caso.** Femenina, 52 años, atendida en Emergencia Medicina Interna, Hospital Escuela Universitario, por presentar crisis convulsivas generalizadas, dos días de evolución, tres episodios de 40 segundos, recuperación de estado posictal en 20 minutos. En primeras 24 horas presentó nueva crisis sin cumplir criterios de estatus epiléptico. Se administró fenitoina dosis carga (1g Intravenoso/250cc Solución Salina Normal 0.09% 50mg por minuto), seguida dosis mantenimiento (100mg IV c/8h). Permaneció somnolienta recuperando progresivamente estado de consciencia. Presentó presión arterial 110/70 mmHg, frecuencia cardíaca y pulso 81/minuto, frecuencia respiratoria 17/minuto, temperatura 37°C Glasgow 12/15 bajo efectos de benzodiazepinas (Respuesta Ocular 4 puntos, Apertura Ocular espontánea; Respuesta Verbal 2 puntos, palabras incompresibles; Respuesta Motora 6 puntos, obedece Ordenes). Examen segmentario: rigidez carpo pedal, signos Chovstek y Trousseau. Resto de examen neurológico sin alteración. Química sanguínea: calcio 5mg/dL, fósforo 9.7mg/dL. Tomografía Cerebral Simple: Cortes axiales de 5mm, lesiones hiperdensas, homogéneas correspondientes a calcificaciones anormales en ambos hemisferios cerebrosos, ganglios basales y regiones subcorticales bilaterales. Interconsulta Endocrinología: pruebas especiales FSH 47.4mU/L, TSH 2.13mU/L, T4 8.79ng/dL, PTH 11pg/dL, Vitamina D 13.5mg, diagnosticando hipoparatiroidismo primario; Con lo cual se concluye tratarse de Síndrome de Fahr (Síndrome neurodegenerativo asociado con calcificación simétrica en ganglios basales y parénquima adyacente, produce alteraciones cognitivas, neuropsicológicas y motoras; como etiología más frecuente hipoparatiroidismo). Manejada con reposición de calcio, inicio gluconato de calcio y mantenimiento carbonato de calcio, Vitamina D, magnesio. **Conclusiones/Recomendaciones:** La detección oportuna y manejo inmediato de pacientes con alteración del metabolismo calcio pueden evitar la progresión a esta enfermedad. Valorar realización de tomografía cerebral simple a pacientes con alteración metabolismo calcio independiente de manifestaciones neurológicas con propósitos de cribado.

## 20TL. CORIOCARCINOMA DE ÚTERO: REPORTE DE CASO DE AUTOPSIA.

Beatriz Rivas,<sup>1</sup> Belinda Hasbun.<sup>2</sup>  
<sup>1</sup>Médico Residente, Primer Año, Postgrado de Anatomía Patológica, Facultad de Ciencias Médicas, UNAH; <sup>2</sup>Especialista en Anatomía Patológica, Departamento de Patología, Hospital Escuela Universitario; Tegucigalpa.

**Antecedentes:** El coriocarcinoma es una neoplasia maligna que se origina del tejido trofoblástico placentario y ocurre sólo en raras ocasiones después de una mola parcial o de un embarazo a término. Es un tumor cuyo diagnóstico temprano le permite buena respuesta al tratamiento con quimioterapia. Con frecuencia no es sospechada clínicamente y el diagnóstico definitivo se efectúa en el estudio post mortem. A continuación se describe un caso clínico de una autopsia realizada en el Hospital Escuela Universitario, año 2015.

**Descripción del caso clínico:** Paciente de 23 años, con historia ginecoobstétrica: gestas 3, parto 1, aborto 1, embarazo ectópico 1. Se realizó laparotomía exploratoria en el año 2014. Se ingresó con diagnóstico de neumonía bilateral de focos múltiples, a descartar tuberculosis pulmonar. Fue tratada con fluconazol y vancomicina por 9 días y evolucionó a insuficiencia respiratoria, falleciendo con diagnóstico clínico de Síndrome de Distres Respiratorio. La autopsia mostró lesiones nodulares bien delimitadas firmes sub-pleurales y en parénquima pulmonar, color marrón, duros, compuestos histológicamente por células trofoblásticas (citotrofoblasto, sincitiotrofoblasto) con necrosis hemorrágica. Estas lesiones se observaron también en los riñones y en dos ganglios mesentéricos, confirmando un diagnóstico de Coriocarcinoma de Útero. **Conclusiones/Recomendaciones:** Al igual que lo descrito en esta patología, este caso fue subdiagnosticado. Recomendamos que en pacientes femeninas en edad fértil, con antecedentes gineco-obstétricos y una presentación atípica de neumonía, se debe considerar dentro de los diagnósticos diferenciales un coriocarcinoma metastásico el cual puede diagnosticarse a través de una biopsia transbronquial.

## 21TL. MIELOMA MÚLTIPLE EN PACIENTE JOVEN: REPORTE DE CASO.

Guímel Peralta,<sup>1</sup> Cristian Alvarado.<sup>2</sup>  
<sup>1</sup>Médico Residente, Tercer Año, Postgrado de Medicina Interna, Facultad de Ciencias Médicas UNAH; <sup>2</sup>Internista Subespecialista en Hematología, Hospital Escuela Universitario; Tegucigalpa.

**Antecedentes:** El mieloma múltiple es una neoplasia caracterizada por proliferación clonal de células plasmáticas malignas en la médula ósea, proteínas monoclonales en orina o sangre, y disfunción orgánica asociada. Representa 1% de las enfermedades oncológicas y 10% de las neoplasias hematológicas malignas. Es ligeramente más común en hombres, y dos veces más común en afrodescendientes. La mediana de edad al diagnóstico es de 65 años y menos del 2% de pacientes son menores de 40 años. **Descripción del caso clínico:** Hombre de 36 años, sin comorbilidades,

con cuatro semanas de astenia y dolor dorsal y lumbosacro; hiporexia y pérdida de peso estimada en 10 libras. A la evaluación, compromiso del estado general, palidez y dolor a la palpación de estructuras dorsales y lumbosacras. Los otros aparatos y sistemas fueron normales. Los estudios complementarios revelaron anemia (hemoglobina 7.3 g/dL), hipercalcemia importante (calcio corregido 18.4 mg/dL) y función renal alterada (creatinina 5.4 mg/dL con filtrado glomerular de 20 ml/min). Otros exámenes complementarios fueron normales. Hubo elevación de  $\beta_2$  microglobulina (5945 ng/ml) con elevación de IgA (971.2 mg/dL) y pico monoclonal en fracción  $\beta_2$  (65.7%). El mielograma reveló infiltración difusa de células plasmáticas en más del 70%. Sin lesiones líticas ni blásticas en estudios radiográficos. Proteína de Bence Jones en orina negativa. Serología por VIH y hepatitis B y C, también negativas. Se indicó tratamiento con dexame-tasona, ciclofosfamida y talidomida; con buena evolución. **Conclusiones/Recomendaciones:** El presente caso fue diagnosticado por un equipo médico del Hospital Escuela Universitario, revistiendo especial interés ya que se trata de una patología que tradicionalmente se diagnostica después de la séptima década de la vida. Alertamos a los médicos a identificar las manifestaciones tempranas de esta entidad, cuyo tratamiento oportuno y acertado es crucial para mejorar la calidad de vida y pronóstico de los pacientes.

## 22TL. SÍNDROME HIPOGLUCÉMICO EN PRESENCIA DE TUMORES PANCREÁTICOS MÚLTIPLES SECRETORES DE PROINSULINA, HOSPITAL ESCUELA UNIVERSITARIO, 2014.

Luis F. Guifarro R.,<sup>1</sup> María Alejandra Ramos G.,<sup>2</sup> Daniel Guifarro R.<sup>3</sup>  
<sup>1</sup>Médico en Servicio Social, Servicio de Endocrinología, Hospital Escuela Universitario, cohorte 2015-2016, Facultad de Ciencias Médicas (FCM) UNAH; <sup>2</sup>Médico Especialista en Medicina Interna, Sub-especialista en Endocrinología, Servicio de Endocrinología, Hospital Escuela Universitario; <sup>3</sup>Estudiante 5to Año, Carrera de Medicina FCM UNAH; Tegucigalpa.

**Antecedentes:** Los tumores pancreáticos neuroendocrinos son un grupo raro de tumores originados en islotes pancreáticos. Pueden clasificarse en Funcionales/No funcionales. Los insulinomas son la neoplasia pancreática funcional más frecuente, incidencia anual 1-4/1,000,000 habitantes en población general. La mayoría son solitarios, esporádicos, benignos y 90% mide <2 cm. **Descripción del caso clínico:** Paciente masculino, 30 años de edad, atendido en Sala de Emergencia Medicina Interna, Hospital Escuela Universitario, Tegucigalpa, en noviembre 2014. A su ingreso presentó triada de Whipple acompañada de síntomas adrenérgicos y neuroglucopénicos severos: inicialmente diaforesis, temblor, ansiedad, confusión y desorientación. Posteriormente presentó un episodio convulsivo tónico clónico generalizado. Desde dicho evento y hasta el momento del ingreso, presentó deterioro del nivel de conciencia (los síntomas de hipoglucemia aparecen con cifras de glucosa <55mg/dl). El cuadro coincidió con niveles de glucosa disminuidos así

como niveles de insulina y péptido C aumentados. Se confirmó el diagnóstico de insulinoma mediante el proceso de localización a través de tomografía abdominal, donde se encuentran dos masas con reforzamiento pancreático sospechosas. Se realizó resección quirúrgica de ambas masas. El examen patológico macroscópico reveló tres nódulos, siendo el de mayor tamaño 1.5x1.5 cm. Microscópicamente se identificaron células con patrón endocrino, bien diferenciado y proinsulina positivas. Posterior a la intervención quirúrgica, el paciente presentó resolución de los episodios de hipoglucemia, aunque con secuelas neurológicas: hemiparesia derecha, afasia y disartria. **Conclusiones/ Recomendaciones:** Solo el 10% de los insulinomas son múltiples y los secretores exclusivos de proinsulina son extremadamente raros, existiendo menos de 10 casos informados a nivel mundial. El tratamiento definitivo es la resección quirúrgica posterior a la cual el paciente se considera curado y solo requiere seguimiento periódico. Es importante realizar diagnóstico diferencial oportuno ante un síndrome hipoglucémico, ya que al retrasar el diagnóstico definitivo y persistir la hipoglucemia, el paciente puede sufrir cambios neurológicos irreversibles.

**23TL. CARACTERIZACIÓN CLÍNICA-EPIDEMIOLÓGICA DE PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE RETINOBLASTOMA, SERVICIO DE OFTALMOLOGÍA PEDIÁTRICA, HOSPITAL ESCUELA UNIVERSITARIO, 1990-2015.** Carlos René Maldonado; Especialista en Oftalmología, Sub-especialista en Oftalmología Pediátrica, Hospital Escuela Universitario, Tegucigalpa, Honduras.

**Antecedentes:** El Hospital Escuela Universitario (HEU) es el centro de referencia de pacientes con leucocoria, signo patognomónico de retinoblastoma. **Objetivo:** Describir las características clínicas y epidemiológicas de los pacientes atendidos en la Consulta Externa del Servicio de Oftalmología Pediátrica HEU, con diagnóstico confirmado de retinoblastoma, enero 1990-abril 2015. **Metodología:** Estudio descriptivo transversal. Se registró información a partir de expedientes clínicos, incluyendo variables edad, sexo, procedencia, tratamiento médico/quirúrgico, condición actual, resultado final con/sin salvamento ocular. **Resultados:** Se evaluaron 203 pacientes, 96% (185) <5 años, 55% (112) niños, 21% (43) procedente de Francisco Morazán seguido de Cortes (17%). El 34% (69) se encuentra en vigilancia y 20% (40) falleció. El 40% (81) se diagnosticó en estadios VA y VB, con una supervivencia de 50% (101) en el periodo de 25 años; de estos, 72% (168) se le realizó enucleación y 71% (145) se administró quimioterapia. Los esquemas más frecuentes fueron Carboplatino más Vincristina en 11% (23) y Carboplatino, Vincristina y Etoposido 75% (152), Sin datos en 14% (28). Del total de casos, 26% (53) presentó retinoblastoma bilateral, de los cuales en 53% (27) se obtuvo salvamento ocular mediante aplicación combinada o no de

laser (14), radioterapia (10) y braquiterapia (3). **Conclusión/ Recomendación:** De 203 casos de retinoblastoma, se identificó supervivencia de 50% (101) en 1990-2015 y de 78% (53) en 2010-2015. La utilización de diferentes esquemas de tratamiento permitió un salvamento ocular de 53% en casos bilaterales. Es necesario fortalecer el diagnóstico oportuno en la red primaria de salud con el propósito de incrementar el porcentaje de supervivencia de salvamento ocular en los pacientes con retinoblastoma bilateral, con un impacto positivo en la calidad de vida de los niños y las niñas de Honduras.

**24TL. CARACTERIZACIÓN CLÍNICO-PATOLÓGICA DE TUMORES SÓLIDOS PEDIÁTRICOS DIAGNOSTICADOS EN EL HOSPITAL ESCUELA UNIVERSITARIO, 2014.** Joan Lagos,<sup>1</sup> Paola Ayala,<sup>2</sup> Héctor S. Antúnez.<sup>3</sup> <sup>1</sup>Médico Residente, Segundo Año, <sup>2</sup>Médico Residente, Primer Año; Postgrado de Anatomía Patológica, Facultad de Ciencias Médicas, UNAH; <sup>3</sup>Patólogo Pediatra, Departamento de Patología, Hospital Escuela Universitario; Tegucigalpa.

**Antecedentes:** En niños 1-18 años de edad los tumores sólidos representan la segunda causa de mortalidad, y los originados en el sistema nervioso central (SNC) representan el primer lugar, seguidos en frecuencia neuroblastomas, nefroblastomas y retinoblastomas. En nuestro país las investigaciones realizadas sobre este tema son limitadas y no incluyen datos que caractericen la presentación clínica y estudio histopatológico de los tumores sólidos. **Objetivo:** Determinar las características clínico-patológicas de los tumores sólidos en niños 1-18 años en biopsias y piezas quirúrgicas, Departamento de Patología, Hospital Escuela Universitario, enero-diciembre 2014. **Metodología:** Estudio descriptivo transversal. Se recopilaron datos de todos los reportes de biopsia correspondientes a tumores sólidos pediátricos. Se analizaron las variables sexo, edad, procedencia del paciente, tipos de tumores según estudio histopatológico e inmunohistoquímica. Se creó base de datos EpiInfo 7.1.5.0. **Resultados:** De un total de 11,181 biopsias, 57 (0.5%) correspondieron a tumores sólidos. El sexo femenino correspondió a 54.4% (31) y 22.8% (13) procedía de Francisco Morazán. Los tumores más frecuentes fueron los del SNC 13 (22.8%), siendo el más común el meduloblastoma (6/13). En niños <5 años 24 (42.1%), el retinoblastoma 7 (29.2%) fue el más frecuente. En 17 casos (29.8%) se confirmó el diagnóstico por inmunohistoquímica. **Conclusiones/ Recomendaciones:** Los tumores del SNC continúan siendo los más frecuentes en la edad pediátrica así como el retinoblastoma en niños <5 años. Solo un tercio de los casos se sometió a estudios de inmunohistoquímica. Se recomienda fortalecer la capacidad institucional del Departamento de Patología que permita contar con reactivos e insumos para el diagnóstico inmunohistoquímico necesario para clasificar los tumores indiferenciados y apoyar el diagnóstico que se realiza con tinciones convencionales.

**25TL. DIAGNÓSTICO POST-MORTEM DE NEOPLASIAS NO SOSPECHADAS CLÍNICAMENTE: FRECUENCIA DE CASOS Y DESCRIPCIÓN CLÍNICO-PATOLÓGICA, HOSPITAL ESCUELA UNIVERSITARIO, 2013-2015.** Ana Raquel Urbina,<sup>1</sup> Beatriz Rivas,<sup>1</sup> Héctor S. Antunez.<sup>2</sup> <sup>1</sup>Medico Residente Tercer Año, Postgrado Anatomía Patológica, Facultad de Ciencias Médicas, UNAH; <sup>2</sup>Médico Especialista en Anatomía Patológica, Departamento de Patología, Hospital Escuela Universitario; Departamento de Patología, Instituto Hondureño de Seguridad Social; Tegucigalpa.

**Antecedentes:** El cáncer es una de las principales causas de morbimortalidad a nivel mundial. La tasa de tumores nuevos detectados a través de autopsia es de aproximadamente 17% con discrepancias de hasta 44% entre los hallazgos clínicos y la autopsia que no solo se restringe a tumores. En los países menos desarrollados, el cáncer es sub-diagnosticado, por lo cual la autopsia juega un papel importante para determinar la prevalencia e incidencia de las neoplasias. En Honduras no se cuenta con este tipo de información.

**Objetivo:** Determinar la frecuencia del diagnóstico post-mortem de neoplasias no sospechadas clínicamente y su descripción clínico-patológica, Hospital Escuela Universitario, 2013-2015. **Metodología:** Estudio descriptivo transversal sobre los informes de autopsias realizadas en el periodo 2013-2015. Se seleccionaron los casos con diagnóstico de neoplasia, benigna o maligna, relacionada o no con la causa de muerte, que no fue diagnosticada clínicamente. Se realizó caracterización clínico-patológica utilizando las variables edad, sexo, tumor, días intrahospitalarios, diagnósticos clínicos, tumor primario y metástasis. La información personal de los casos se manejó confidencialmente. **Resultados:** De un total de 155 autopsias realizadas, se identificaron 5 casos con neoplasias para una frecuencia de 4.5%. Los casos correspondieron a mujeres entre 23–58 años, con días intrahospitalarios que variaron entre 3-20 días. Se identificaron 7 neoplasias, 5 malignas (un caso con dos neoplasias diferentes) y 2 benignas. El sitio más común de metástasis fue pulmón, riñón e hígado. En 4 de los 5 casos, la neoplasia se relacionó directamente con la causa de muerte. **Conclusiones/Recomendaciones:** La frecuencia identificada está dentro de los rangos informados a nivel mundial. La autopsia es una herramienta importante en el control de calidad de la práctica médica. Recomendamos incluir las neoplasias dentro de los diagnósticos diferenciales, puesto que la sospecha clínica, su confirmación en biopsias y adecuado tratamiento, mejoran el pronóstico.

**26TL. SEPSIS POR *Chomobacterium violaceum* EN NIÑO PROCEDENTE DEL SUR DE HONDURAS, HOSPITAL ESCUELA UNIVERSITARIO, 2014.** Sandra M. Ramos,<sup>1</sup> Bertha Zelaya,<sup>2</sup> Marco T. Luque.<sup>3</sup> <sup>1</sup>Especialista en Pediatría, Departamento de Pediatría, Facultad de Ciencias Médicas, UNAH, Tegucigalpa; <sup>2</sup>Especialista en Pediatría, Hospital Regional Gabriela Alvarado, Danlí, El Paraíso; <sup>3</sup>Especialista en Pediatría, Sub-especialista en Infectología, Hospital Escuela

Universitario; Instituto Hondureño de Seguridad Social; Tegucigalpa.

**Antecedentes:** *Chromobacterium violaceum* es un bacilo Gram negativo, habitante común del suelo y agua en regiones tropicales y subtropicales. La infección en humanos es rara, pero al presentarse tiene alta mortalidad. **Descripción del caso clínico:** Masculino, 3 años de edad, procedente de Choluteca, presentó dolor de 10 días de evolución en pierna derecha y cambios inflamatorios de 3 días. Fiebre, dolor abdominal y distensión cuatro días previos a su ingreso al Hospital del Sur (permaneció 5 días). Al evaluarlo, se identificó hepatoesplenomegalia, distensión, vesículas en piel, facies tóxica. Se sospechó infección por *Pseudomona aeuruginosa*. Presentó hipotensión al tercer día intrahospitalario, decidiéndose referirlo al Hospital Escuela Universitario (8/8/14). Posteriormente, presentó extensión de lesiones ampollares sobre una base eritemato-violácea y formación de algunas úlceras. Presentó deterioro de la conciencia por lo que se inició apoyo ventilatorio y vasopresor, sospechándose estafilococcemia. Pruebas de laboratorio (iniciales): Hemograma, leucocitos 22,000 cel/uL, neutrófilos 79%; PCR 24 g/dL, TGO 204UI/L, TGP 112 UI/L, creatinina sérica 0.7 mg/dL, BUN 9 mg/dL, todas con una elevación posterior, y tiempo de tromboplastina prolongado. Ultrasonido abdominal: Hepatomegalia, poliserositis. Cultivo de la lesión: Bacilo Gram negativo de color violeta compatible con *C. violaceum*. El paciente recibió cobertura antibiótica inicial con oxacilina y amikacina. Por mala respuesta, ceftriaxona y vancomicina (5 días), piperacilina-tazobactan (2 días), ciprofloxacina. Su diagnóstico patológico se efectuó al séptimo día de atención médica, presentando falla orgánica múltiple y muerte, al 8vo día hospitalario. **Conclusiones/Recomendaciones:** Las infecciones por *C. violaceum* son inusuales, por lo que su diagnóstico requiere alto índice de sospecha. El diagnóstico precoz, tratamiento oportuno y adecuado son vitales para garantizar la supervivencia. Recomendamos realizar tinción de Gram y cultivo de lesiones en piel, por ser una técnica rápida y sencilla para estos diagnósticos.

**27TL. USO DE LOS EXÁMENES DE PARASITOLOGÍA EN LAS SALAS DE PEDIATRÍA DEL HOSPITAL ESCUELA UNIVERSITARIO, TEGUCIGALPA, 2015.** Eduardo Núñez,<sup>1</sup> Jessyca Velásquez,<sup>1</sup> Isis Osorto,<sup>1</sup> Laura Maradiaga,<sup>1</sup> Eder Rugama,<sup>1</sup> Renato Valenzuela,<sup>2</sup> Jackeline Alger.<sup>3</sup> <sup>1</sup>Médico General, Egresado Facultad de Ciencias Médicas UNAH, Año 2014; <sup>2</sup>Pediatra Sub-especialista en Infectología, Departamento de Pediatría, FCM UNAH Tegucigalpa, Honduras; <sup>3</sup>MD, PhD, Servicio de Parasitología, Departamento de Laboratorio Clínico, Hospital Escuela Universitario; Unidad de Investigación Científica, FCM, UNAH; Tegucigalpa, Honduras.

**Antecedentes:** El uso del laboratorio debe ser apropiado para garantizar beneficios, aminorar costos y eficientar resultados. Su uso inadecuado es un problema creciente, con repercusiones negativas para el paciente y la institución.

**Objetivo:** Caracterizar el uso de exámenes de laboratorio de parasitología por parte del personal médico, Departamento de Pediatría, Hospital Escuela Universitario, Mayo 2015.

**Metodología:** Estudio descriptivo transversal, mayo 01-05; muestra: todos los expedientes clínicos de salas: Lactantes, Medicina Pediátrica, Nutrición, Oncología Pediátrica, Cirugía Pediátrica y Observación Emergencia Pediatría, con al menos una solicitud de examen de parasitología. Registro de información en dos instrumentos para captación de casos y su caracterización. Se incluyeron variables de pacientes, turno de laboratorio, resultados de exámenes, justificación de acuerdo al criterio del grupo investigador, comentarios y acciones consignadas en expediente y costos. La información personal se manejó confidencialmente. Los resultados se analizaron en base de datos Epi Info 3.5.4.

**Resultados:** De 154 expedientes, en 22.7% (35) se encontró al menos una solicitud. De un total de 77 exámenes prescritos en las órdenes médicas; 52 (67.5%) fueron realizados, 36.5% (19) por Turno A. De los 35 pacientes, 54.3% (19) sexo masculino, edad promedio 4 años (3 días–17 años), 51.4% (18) procedente área rural. De los exámenes realizados, en 26.9% (14) la solicitud no fue justificada, 59.6% (31) no fue comentado, 17.3% (9) no fue adjuntado al expediente. Principales acciones del personal médico incluyeron realizar otros exámenes y ninguna acción, 37.1% (13) cada una. Los costos de exámenes no adjuntados y anormales no comentados ascendió a 337USD.

**Conclusión/Recomendación:** Si esta tendencia en el uso del Laboratorio de Parasitología persistiera, produciría un costo anual de 24,600USD. Es necesario identificar causas de pérdida de resultados y fortalecer el uso racional del laboratorio mediante guías clínicas asegurando la interpretación de los resultados obtenidos, generando acciones de manejo.

**28TL. EXTRACCIÓN DE CUERPOS EXTRAÑOS EN TEJIDOS BLANDOS CON TÉCNICA MÍNIMAMENTE INVASIVA GUIADOS POR ESTUDIOS DE IMAGEN.** Jorge Murillo,<sup>1</sup> Carlos Rivera.<sup>2</sup> <sup>1</sup>Médico Residente, Segundo Año, Postgrado de Radiología, Facultad de Ciencias Médicas, UNAH; <sup>2</sup>Médico Especialista en Radiología, Departamento de Radiología, Hospital Escuela Universitario; Tegucigalpa.

**Antecedentes:** Los cuerpos extraños introducidos accidentalmente en partes blandas son causa común de consulta en servicios de emergencia y son tratados por el servicio de traumatología/cirugía. Un cuerpo extraño que no es extraído, puede llevar a complicaciones tanto agudas como crónicas, incluyendo dolor, inflamación e infección. Se presentan dos casos clínicos atendidos en el Servicio de Radiología Intervencionista, Departamento de Radiología, Hospital Escuela Universitario (HEU), Tegucigalpa, año 2014.

**Descripción de casos clínicos. Caso 1:** Paciente femenina, 31 años, costurera, con historia de 15 días de evolución de introducción accidental de aguja de máquina de coser en región plantar, alojándose en tejido blando de pie izquierdo, que provoca dolor en región plantar posterior. Se realizó in-

cisión lineal menor de 1cm, se disecciona con mínima lesión de tejido blandos, seguidamente guiado por ultrasonido (USG) se llega a cuerpo extraño (aguja) de 27mm, procediendo a su extracción.

**Caso 2:** Paciente femenina, 49 años, 3 semanas de evolución de introducción accidental de fragmento de aguja de costurar en mano derecha, presentando dolor e inflamación. Se intenta retirar sin éxito mediante exploración simple por Servicio de Traumatología, HEU. Es captada por Servicio de Radiología Intervencionista, procediendo a extraer cuerpo extraño (aguja) guiado por USG y fluoroscopia, con técnica mínimamente invasiva.

**Conclusiones/Recomendaciones:** En ambos pacientes la extracción de cuerpo extraño guiado por técnicas de imagen fue exitosa, sin complicaciones, redujo los tiempos y costos hospitalarios. Se recomienda la utilización de técnicas guiadas por imagen como una opción para la extracción de cuerpos extraños, permitiendo procedimientos de invasión mínima, acelerando la recuperación del paciente y reduciendo la posibilidad de complicaciones, reducción de costos hospitalarios y tiempo de atención por paciente.

**29TL. EMBOLIA DE LÍQUIDO AMNIÓTICO: REPORTE DE UN CASO, HOSPITAL ESCUELA UNIVERSITARIO, TEGUCIGALPA.** Ana Lucía Vargas Maradiaga,<sup>1</sup> Mázlova Toledo.<sup>2</sup> <sup>1</sup>Médico Residente Cuarto Año, Postgrado de Anatomía Patológica, Facultad de Ciencias Médicas, UNAH; <sup>2</sup>Médico Especialista en Anatomía Patológica, Departamento de Patología, Hospital Escuela Universitario; Tegucigalpa, Honduras.

**Antecedentes:** El embolismo de líquido amniótico es un síndrome raro, con 80% de mortalidad; complica 1/80,000 embarazos. Representa el 10% de las muertes maternas en América y la quinta causa a nivel mundial. Se caracteriza por un cuadro súbito de hipotensión arterial, hipoxia, coagulación intravascular diseminada, disnea y convulsiones. La etiopatogenia es una reacción anafilactoide, al existir contacto del líquido amniótico con la circulación materna. Su diagnóstico es difícil, siendo definitivo en la autopsia.

**Descripción del caso:** Paciente de 39 años de edad, con embarazo de 38 semanas de gestación, sin antecedentes patológicos, multípara, con dos cesáreas anteriores. Consultó por dolor obstétrico de 6 horas de evolución, negando sangrado vaginal y salida de líquido amniótico. Presento signos vitales normales, en buen estado general. Los movimientos fetales estuvieron ausentes, la frecuencia cardíaca fetal no era audible, dilatación cervical de 1 cm. Hemograma normal. El plan fue realizar cesárea para evacuar óbito, no realizándose debido a que presento dos convulsiones tónico-clónicas con recuperación del estado de conciencia, manejándose con anticonvulsivantes, con 15 minutos de intervalo, falleciendo 20 minutos después. En la autopsia, se identificó ambos pulmones con arterias y arteriolas dilatadas y la mayoría de capilares alveolares ocluidos conteniendo material eosinofílico teñido intensamente con PAS y Azul Alcian, correspondiente a mucina, numerosas escamas basofílicas de

queratina que corresponden a células epidérmicas fetales. **Conclusiones/ Recomendaciones:** Los hallazgos histopatológicos permitieron establecer el diagnóstico de embolia de líquido amniótico. El cuadro clínico fue súbito y los síntomas fueron inespecíficos, tal como descrito. Al no contar con pruebas de laboratorio específicas, el diagnóstico exige una alta sospecha clínica y debe ser considerado en los diagnósticos diferenciales. Es importante realizar diagnóstico y tratamiento tempranos para disminuir la morbimortalidad.

**30TL. SENSIBILIDAD Y ESPECIFICIDAD DEL MÉTODO DE JOHNSON Y TOSHACH PARA LA ESTIMACIÓN DE PESO FETAL, AÑO 2013.** Marco Modesto Cáliz,<sup>1</sup> Gloria Izaguirre,<sup>2</sup> Rolando Aguilera,<sup>3</sup> Luis Membreño.<sup>4</sup> <sup>1</sup>Médico General, Universidad Católica de Honduras (UNICAH); <sup>2</sup>Especialista en Gineco-Obstetricia, Hospital Escuela Universitario; <sup>3</sup>Especialista en Pediatría, Departamento Pediatría, Facultad de Ciencias Médicas (FCM), UNAH; <sup>4</sup>Especialista en Cirugía General, Departamento Cirugía, Hospital Escuela Universitario, FCM UNAH; Tegucigalpa.

**Antecedentes:** El método *Johnson y Toshach*, herramienta clínica que apareció en la década de los años cincuenta, es predictor clínico de peso fetal. En Honduras hay limitado acceso público a ultrasonido obstétrico, el cual es el estándar de oro en la estimación de peso. **Objetivo:** Determinar la sensibilidad y especificidad del método de *Johnson y Toshach* para detectar alteraciones como macrosomía fetal y restricción del crecimiento intrauterino, en mujeres embarazadas ingresadas en la Sala de Labor y Parto, Hospital San Francisco, Juticalpa, Olancho, año 2013. **Metodología:** Estudio descriptivo transversal, realizado en mujeres con embarazo a término conocido, sin patologías de base, de cualquier paridad, edad y raza, elegidas por conveniencia durante enero-diciembre 2013. El análisis se realizó utilizando una base de datos en Epi Info 3.05 (CDC, Atlanta, GA, EUA). **Resultados:** Se capturaron y se evaluaron 180 pacientes por método *Johnson y Toshach*. Los datos se agruparon según resultado de bajo peso, peso normal y macrosómicos, y se compararon con el peso real al nacer. Se estimó sensibilidad 83.3% (5/6) y especificidad de 93.3% (155/166) para detectar macrosomía fetal. Se estimó especificidad de 99.3% (155/156) para detección de bajo peso al nacer. El valor predictivo positivo fue 31.2% (5/16) para los macrosómicos y 50% (1/2) para bajo peso; el valor predictivo negativo fue de 99.3% (155/156) y 96.3% (155/161) para ambas condiciones, respectivamente. **Conclusiones/Recomendaciones:** El 64.4% (116) de los casos presentó una diferencia de peso +/-250 gramos con respecto a los resultados reportados por *Johnson y Toshach* en el año 1954 que fueron de +/-240 gramos en 68% de los casos, manteniéndose en un rango estadísticamente similar. Se recomienda utilizar el método *Johnson y Toshach* como herramienta clínica auxiliar en las instituciones de salud pública carentes de medios ultrasonográficos para determinar alteraciones de peso fetal y sus eventuales complicaciones.

**31TL. RIESGO CARDIOVASCULAR EN PACIENTES CON DIABETES MELLITUS QUE ASISTEN A LA CONSULTA EXTERNA DE ENDOCRINOLOGÍA, HOSPITAL ESCUELA UNIVERSITARIO, TEGUCIGALPA, 2014-2015.** Elvin Omar Videá Irías,<sup>1</sup> Pablo Hernán Castillo Nuila.<sup>2</sup> <sup>1</sup>Especialista en Medicina Interna, Servicio de Endocrinología, Hospital Escuela Universitario (HEU); <sup>2</sup>Médico en Servicio Social, Facultad de Ciencias Médicas, UNAH, asignado a la Consulta Externa de Endocrinología HEU.

**Antecedentes:** La enfermedad cardiovascular corresponde a una alteración vascular isquémica, caracterizada por el desarrollo sintomático de cardiopatía isquémica o coronariopatía. La presencia de diabetes constituye un equivalente de enfermedad cardiovascular establecida. **Objetivo:** Identificar el riesgo cardiovascular según la escala de Framingham en pacientes con Diabetes Mellitus (DM) atendidos en Consulta Externa de Endocrinología, Hospital Escuela Universitario, Octubre 2014-Abril 2015. **Metodología:** Estudio descriptivo transversal. Universo y muestra, 2000 y 323 pacientes, respectivamente. Criterios de inclusión: pacientes con diagnóstico de DM >18 años con perfil de lípidos. Variables incluyeron edad, sexo, tiempo de diagnóstico, tabaquismo, presión arterial, microalbuminuria, índice de masa corporal, hipertensión arterial, disfunción tiroidea, dislipidemia, Colesterol Total, HDL. El riesgo vascular se estimó en base a la aplicación del Score Framingham (SF). El estudio contó con dictamen ético, se obtuvo consentimiento informado verbal. Los resultados se presentan como frecuencias, porcentajes, SF. **Resultados:** Del total de 323 pacientes, 78.3% (253) mujeres, 86.6% (280) con DM tipo 2; el resto 13.4% (43) incluyó DM tipo 1, Gestacional, Otros. De los pacientes con DM tipo 2, 50% (140) presentaron riesgo bajo-moderado, riesgo alto 23.5% (66), muy alto 26.5% (74). **Conclusiones/ Recomendaciones:** Se demostró que 50% (140) de pacientes con DM tipo 2 se clasificaron con riesgo cardiovascular alto-muy alto, confirmando riesgo 1:2 a hombres y 1:3 a mujeres. Recomendamos realizar evaluaciones clínicas y laboratoriales dirigidas a establecer los parámetros necesarios para efectuar los cálculos de riesgo cardiovascular en la evaluación diaria para la intervención directa según el riesgo individual de cada paciente.

**32TL. PARASITISMO INTESTINAL Y ANEMIA EN PREESCOLARES Y ESCOLARES DE SAN VICENTE CENTENARIO, SANTA BÁRBARA, HONDURAS.** Tania Soledad Licóna Rivera,<sup>1</sup> Silvia Acosta,<sup>2</sup> Obdulio Tinoco,<sup>3</sup> Mirna Medina.<sup>4</sup> <sup>1</sup>Médica Especialista en Pediatría, Escuela Universitaria Ciencias de Salud UNAH-VS, San Pedro Sula; <sup>2</sup>Licenciada en Enfermería, Escuela de Enfermería, Facultad de Ciencias Médicas UNAH, Tegucigalpa; <sup>3</sup>Médico Especialista en Otorrinolaringología, Clínica El Carmen, Tegucigalpa; <sup>4</sup>Microbióloga, Manpower, Tegucigalpa.

**Antecedentes:** Se estima que 2,000 millones de personas mundialmente están en riesgo de enfermar por parasitismo

intestinal, 155,000 mueren anualmente. **Objetivo:** Determinar la relación entre parasitismo intestinal y anemia en población preescolar y escolar de San Vicente Centenario, junio-diciembre 2014. **Metodología:** Estudio descriptivo longitudinal en niños preescolares y escolares de cinco centros educativos del municipio. Criterios de inclusión: niño(a) escolar/pre-escolar, que ellos y sus padres/tutores aceptaron voluntariamente participar mediante consentimiento/ asentimiento informado. Se aplicó instrumento para obtener información clínico-epidemiológica. Se realizó hemograma y examen coproparasitológico, en laboratorio clínico Paz Sánchez, Santa Bárbara. Los casos positivos fueron tratados con antihelmínticos y antiprotozoarios, con exámenes control un mes después. Se utilizó programa SPSS, coeficiente de Spearman. Estudio aprobado por Comité de Ética FCM UNAH. Se contó con Beca UNAH. **Resultados:** De un total de 483 niños, 351 (72.7%) fueron incluidos. Según género de los participantes, 183 niños (52%) y 168 (48%),

la edad promedio fue 8 años. El 61% (214) estaba parasitado; 62 (29%) con *Giardia lamblia*, 46 (21.5%) *Ascaris lumbricoides* con infección leve 17.7%, moderada 37.7%, severa 4.5%. De los 102 (77%) niños menores de 6 años, 46 (45%) presentaban anemia y de los 249 (71%) de siete años o más (23%) no presentaban anemia. El total de niños que presentaba anemia 103 (29%) era leve con valores de hemoglobina mayores de 10 d/dl. Al calcular coeficiente de Spearman no se encontró correlación entre parásitos y anemia. **Conclusiones/Recomendaciones:** La prevalencia de parasitismo intestinal en preescolares y escolares del municipio es elevada y aunque no existe relación con síndrome anémico, se ve afectada la calidad de vida de los niños. Se recomienda a las autoridades de salud que en las campañas de desparasitación se brinde educación para la salud orientada a la prevención de parasitosis intestinales prevalentes y desparasitante de amplio espectro.

## INDICE POR AUTOR

Abascal MS	5TL	Gernat RA	47C
Acosta S	32TL	González M	6TL
Aguilera R	17,30TL	González V	14TL
Alger J	1,2,3,4,6,8,9,11TL,14,15,27TL	González M	4TL
Alvarado C	21TL	Guifarro C	16TL
Alvarado T	23,97C	Guifarro D	22TL
Andrade A	94C	Guifarro GA	18TL
Antúnez HS	24,25TL	Guifarro LF	22TL
Aquino CA	26C	Gutierrez I	49C
Argueta AE	39C	Hasbun B	20TL
Ayala P	24TL	Hasbun DC	10TL
Bailey JN	18TL	Henriquez O	32C-1
Bermudez JG	50C	Izaguirre G	30TL
Bonilla NA	7TL	Jiménez AJ	6TL
Cáceres AE	18TL	Lagos A	18TL
Cálix MM	30TL	Lagos BC	17TL
Carias C	41C	Lagos J	24TL
Castellanos W	6TL	Lanza MR	83C
Castillo PH	31TL	Lara F	11TL
Cerrato K	13,14,15TL	Licona TS	32TL
Chinchilla K	13,14,15TL	Lizardo J	11TL
Coello AA	27C	Lopez OE	42C
Coello LJ	19TL	Lovo E	11C
Criales JL	56,70C	Luque MT	11,26TL
Cruz B	13,14,15TL	Macías GA	12TL
Cueva JE	13TL	Maldonado CR	32C-2,23TL
Davila C	16TL	Maradiaga E	4,5,6,16TL
Duarte F	25,52C	Maradiaga L	27TL
Durón RM	18TL	Maradiaga RY	12TL
Enamorado A	19TL	Martel B	13,14,15TL
Espinoza E	3TL	Martínez C	4,5TL
Espinoza I	13,14,15TL	Martínez O	9TL
Estrada A	3TL	Medina M	32TL
Estrada MU	76C	Mejía MA	4TL
Flores S	4,6TL	Meléndez J	17TL
Flores SE	16TL	Membreño L	30TL
Funes MR	15TL	Mendez M	3TL
García J	8,9TL	Molina IB	7C
García MC	2TL	Moncada GA	4C

Motifio MJ	10TL	Rugama E	27TL
Moya I	1TL	Salgado A	1TL
Murillo J	28TL	Sanchez E	12TL
Nuñez E	27TL	Sevilla C	1TL
Osorto I	27TL	Sierra JE	5TL
Owens MD	15C	Sierra L	4TL
Padgett D	20,22C,3,8TL	Sierra M	6,13,14,15TL
Padilla O	2TL	Smith MH	13C
Paz CA	34C	Sosa AM	10TL
Peña K	9TL	Soto S	8TL
Peralta G	21TL	Tinoco O	32TL
Pineda EA	61C	Toledo M	29TL
Pleitez E	2TL	Torres S	1TL
Quintana L	13,14,15TL	Ulloa C	1TL
Ramírez L	2TL	Urbina AR	25TL
Ramos I	1TL	Urbina M	4TL
Ramos MA	22TL	Valenzuela R	27TL
Ramos SM	26TL	Vargas AL	29TL
Rápalo S	4TL	Vásquez OJ	9C
Reyes A	17TL	Velásquez J	27TL
Rico F	17TL	Videa EO	7,12TL,31TL
Rivas B	20,25TL	Villalvir S	1TL
Rivera C	28TL	Walkup RD	14C
Rivera JA	19TL	Zelaya B	26TL
Rivera LM	46C	Zelaya JM	36C
Rivera PM	4TL	Zelaya L	30C
Rodríguez C	8TL	Zuniga C	1TL
Rodríguez E	1TL	Zúñiga L	4,6TL

# **LIX CONGRESO MÉDICO NACIONAL**

EL PROGRESO, YORO  
05 AL 09 DE JULIO DEL 2016

## ***ENFERMEDADES METABÓLICAS BIOSEGURIDAD***

### **COMITÉ ORGANIZADOR**

Presidente	Dr. Andy Rosales
Secretaria	Dra. Francis Barahona
Tesorero	Dr. Oscar Dubón
Coordinador Científico	Dr. Jaime Hall
Coordinador Social y Cultural	Dr. Nahún Ordoñez
Coordinador Logístico	Dr. Edgar Murcia
Coordinador de Publicidad y Propaganda	Dr. Alfonso Bonilla, Dr. Bernán Zelaya

# PREPARACIÓN DE RESUMENES (CONFERENCIAS Y TRABAJOS LIBRES) DEL CONGRESO MÉDICO NACIONAL PARA SER INCLUIDOS EN EL SUPLEMENTO DE LA REVISTA MÉDICA HONDUREÑA DEL AÑO 2016

## INSTRUCCIONES

FECHA LÍMITE ENVÍO DE RESUMENES 22 DE FEBRERO DE 2016

Lea las instrucciones antes de comenzar a escribir su 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 límites de recepción de documentos, 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, 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 Cuerpo del 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 consulte con el Comité Científico.

**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 (Salud Pública, Académica):** 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 bibliográficas.

### **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 Clínico

Experiencia

Conferencia

## **TÍTULO DEL TRABAJO O CONFERENCIA**

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

Nombre (Subrayar el nombre del expositor)

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**

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: 22 DE FEBRERO DE 2016**

## PPATROCINADORES Y COLABORADORES





Laboratorio RAVEN, S.A.



## Distrito Hotelero Plaza San Martín

3 Hoteles y el mas grande Centro de Convenciones de Honduras

