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

Revista MEDICA Hondureña

ISSN 0375-1112
ISSN 1995-7068

Vol. 87 (Suplemento No. 1)
2019 pp. S1-106

Versiones electrónicas en: http://revistamedicahondurena.hn / http://www.bvs.hn/RMH/html5 / http://www.colegiomedico.hn/
Indizada en: LILACS-BIREME, CAMJOL, AmeliCA, LATINDEX https://doi.org/10.5377/rmh.v87iSupl.%201.12823

Revista MEDICA Hondureña

ISSN 0375-1112 / ISSN 1995-7068

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

Fundada en 1930

Vol. 87 (Suplemento No.1)
2019 pp. S1-106

Colegio Médico de Honduras
Boulevard Fuerzas Armadas frente a Mall Las Cascadas, Tegucigalpa MDC, Honduras
Teléfono. (504) 2269-1834 al 39
www.colegiomedico.hn
www.revistamedicahondurena.hn
www.bvs.hn
revmh@colegiomedico.hn

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

CONSEJO EDITORIAL 2018-2020

CUERPO EDITORIAL

DIRECTOR
Dra. Jackeline Alger, PhD

EDITOR ADMINISTRATIVO
Dra. Fanny Navas León, FACS

SECRETARIA
Dra. Maura Carolina Bustillo

COMITÉ EDITORIAL
Dra. Ana Ligia Chinchilla
Dra. Rosa María Duarte
Dra. Xenia J. Velásquez
Dr. Heriberto Rodríguez Gudiel

EDITORES ASOCIADOS
Dra. Martha Cecilia García

Revista Médica Hondureña (ISSN 0375-1112 versión impresa) (ISSN 1995-7068 versión electrónica) es una publicación trimestral. Impresión por Imprenta IBERIA, Tegucigalpa MDC, 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

LXII CONGRESO MÉDICO NACIONAL

Dr. Andrés Castillo Amaya

TRANSFORMANDO LA MEDICINA
A TRAVES DE LA EVIDENCIA

Hotel Copantl, San Pedro Sula
10 al 13 de Julio de 2019

CONTENIDO

ORGANIZACIÓN DEL CONGRESO

Junta Directiva del Colegio Médico de Honduras……5

Comité Organizador del LXII Congreso Médico Nacional 6

Comité Científico del LXII Congreso Médico Nacional 7

BIENVENIDA

Mensaje de la Secretaria de Asuntos Educativos y Culturales del Colegio Médico de Honduras 8

Mensaje de Bienvenida del Presidente del Comité Organizador 9

Mensaje de Bienvenida del Comité Científico 10

Palabras de Inauguración de la Presidenta del Colegio Médico de Honduras 11

Reseña Biográfica del Dr. Andrés Castillo Amaya 12

PROGRAMA CIENTÍFICO

Cursos Pre-Congreso 14

Conferencias y Trabajo Libres Presentación Oral 27

Trabajos Libres Presentación Cartel 35

PROGRAMACIÓN SOCIO-CULTURAL

Programa de Ceremonia de Apertura 32

Programa Socio-Cultural 33

Programa de Ceremonia de Clausura 34

RESÚMENES

Resúmenes de conferencias magistrales 37

Resúmenes de trabajos libres 49

ÍNDICE POR AUTOR 98

INFORMACIÓN SOBRE EL LXIII CONGRESO MÉDICO NACIONAL 2020 100

INSTRUCCIONES PARA LA PREPARACIÓN DE RESÚMENES CONGRESO MÉDICO NACIONAL AÑO 2020 101

ORGANISMO DE GOBIERNO DEL COLEGIO MÉDICO DE HONDURAS (CMH)

JUNTA DIRECTIVA
PERIODO 2018-2020

De izquierda a derecha

1. Dra. Ligia Ramos	Fiscal
2. Dra. Gladys A. Ordóñez E.	Secretaria de Colegiaciones
3. Dra. Fanny Navas	Secretaria de Asuntos Educativos y Culturales, Presidenta de CENEMEC
4. Dr. Samuel Santos	Vice-Presidente
5. Dra. Suyapa María Figueroa E.	Presidenta CMH

De derecha a izquierda:

1. Dra. Suyapa Prudot	Secretaria de Finanzas
2. Dr. Obdulio Rodezno	Secretario de Acción Social y Laboral
3. Dr. Cesar Ponce	Vocal
4. Dra. Rosa María Duarte	Secretaria de Actas y Correspondencia.

COMITÉ ORGANIZADOR DEL LXII CONGRESO MÉDICO NACIONAL

JUNTA DIRECTIVA

Presidente:	Dr. Rafael Abraham Hernández Alegría
Secretarías:	Dra. María Lizzeth Hernández Arias
	Dra. Thirsa Gabriela López Solís
	Dra. María Clara Torres Vasco
Tesoreros:	Dr. Kennet Ricardo Palao Varela
	Dra. Merlin Iveth Contreras

COMITÉS

Comité Científico

1. Dr. Oscar Armando Ponce
2. Dr. Jorge Eduardo Ortega
3. Dr. Miguel Crespin
4. Dr. Manuel Rocha
5. Dr. Juan José Mejía
6. Dra. Angelica Valle
7. Dra. Carmen Suazo
8. Dr. Jorge García
9. Dr. Geremias Pleites
10. Dra. Martha Lorena Pinto
11. Dra. Linda Banegas
12. Dra. Mary López
13. Dra. Ana Maria Dubón
14. Dra. Iveth Corea
15. Dra. Fiama Chilet
16. Dra. Andrea Nuñez
17. Dra. Deisy Suazo
18. Dra. Angelica Michelle Romero

Comité Logística

1. Dr. Ismael A. Segura Galdamez
2. Dr. Marco Vinicio de León Rivera
3. Dra. Sara Giselle Torres Donaire
4. Dra. Pastora Xiomara Hernández
5. Dr. Hector S. Portillo Figueroa
6. Dr. German Humberto Martínez
7. Dra. Larissa Casco Duarte
8. Dra. Karla Milady Arita
9. Dra. Andrea Aguiluz
10. Dra. Susy Yanira Yanez
11. Dra. Macky Moradel
12. Dra. Victoria Alejandra Fugon
13. Dr. Carlos Eduardo Garay
14. Dr. Joel Lara Baide
15. Dr. Mario René Rosales
16. Dra. Angela María Enamorado
17. Dra. Andrea Isabel Mejía
18. Dra. Norma Maribel Reyes
19. Dr. Luis Fernando Santos
20. Dr. Héctor Augusto Canizales
21. Dr. Kenneth Rigoberto López
22. Dra. Fabiola Poleth Cordon
23. Dra. Laura Villalobos
24. Dr. Dagoberto Paredes Mendoza

Comité Publicidad

1. Dr. Danny Gonzalo Garcia
2. Dra. Jaqueline Santiago
3. Dr. Carlos Jose Melgar
4. Dra. Fanny Mercedes Erazo Eunice
5. Dra. Eunice Raquel Pedroza
6. Dr. Jose ivan Rivera
7. Dra. Indira Sarahi Castejón
8. Dra. Brenda Lee Bolaños
9. Dr. José Jorge Tosta

Comité de Sociales

1. Dra. Yanina Reyes
2. Dra. Ariana Hernández
3. Dra. Estela Fontana
4. Dra. Nancy Medrano
5. Dra. Gabriela Borjas
6. Dra. Silvia Pamela Wills
7. Dra. Jasmin Chávez
8. Dr. Joshua Rodríguez
9. Dr. David Benjamín Sandino

LXII CONGRESO MÉDICO NACIONAL

San Pedro Sula 2019

Mensaje de la Secretaría de Asuntos Educativos y Culturales del Colegio Médico de Honduras

El LXII Congreso Médico Nacional, Dr. Andrés Castillo que lleva como tema central: "Transformando la medicina a través de la evidencia", es el corolario de los esfuerzos de modernización de la Educación Médica Continua impulsados desde el Colegio Médico de Honduras y marca un hito en la historia de nuestro máximo evento científico con la incorporación de la modalidad de participación virtual o "streaming". De la mano de la Junta Directiva del Colegio Médico de Honduras, el Centro Nacional de Educación Médica Continua ha venido impulsando desde el año pasado la modernización de las actividades educativas, hecho que indudablemente se verá reflejado este año en el Congreso Médico Nacional, gracias a la visión, compromiso y esfuerzo de su Comité Organizador.

Este año, el Congreso Médico Nacional se desarrolla mientras se lleva a cabo una histórica lucha social por la defensa del derecho a la salud del pueblo hondureño, gestada inicialmente por el Colegio Médico de Honduras y a la que se sumaron algunos Colegios del gremio magisterial y luego el movimiento popular y social para reclamar el goce del derecho a la educación pública, constituyéndose la Plataforma por la Defensa de la Salud y Educación Pública. Esta instancia ha logrado posicionar ante la población la necesidad de recuperar el Sistema Nacional de Salud y Educación Pública con la finalidad de garantizar que estos derechos fundamentales tengan cobertura universal, oportuna, gratuita, calidez y de calidad a través de un proceso participativo, incluyente, objetivo y propositivo para el diseño de un Plan para el Mejoramiento Integral de ambos Sistemas que permita al pueblo hondureño acceso al más alto nivel posible de su goce y disfrute.

Conscientes de la situación económica y laboral imperante en el país y las limitantes que esto conlleva y gracias al apoyo de las Asociaciones Médicas y de muchos colegas, en el último año se ha incrementado en casi 300% la participación en actividades de educación médica continua gratuita a nivel nacional, en las distintas modalidades impulsadas desde el Colegio Médico de Honduras. Para tal fin, se han fortalecido todas las delegaciones a nivel nacional, se ha puesto a disposición acceso gratuito a buscadores de literatura médica internacional, se han impulsado entre otros aspectos, el desarrollo y participación en capacitaciones sobre investigación de la implementación, redacción de artículos científicos y además se está fortaleciendo la Revista Médica Hondureña y se continúan desarrollando proyectos que permita el acceso a más agremiados, a las mejores evidencias científicas para ponerlas al servicio de nuestra población, con calidad, calidez y profesionalismo. Con ello el Colegio Médico de Honduras contribuye al objetivo de mejora continua que cada profesional de la salud persigue con la búsqueda de nuevos conocimientos y evidencias científicas.

Se agradece a quienes con su aporte hacen posible la realización del Congreso Médico Nacional 2019: al Comité Organizador y sus colaboradores, a los profesores invitados nacionales y extranjeros, a todos los colegas que con sus trabajos libres enriquecerán este evento, al Consejo Editorial de la Revista Médica Hondureña por su apoyo continuo y a todos aquellos que de una u otra forma colaboran para que cada año se alcance y eleve el estándar de calidad de este magno evento. Les recibimos en San Pedro Sula, la capital industrial del país, en el COMENAC 2019, donde además de actualizar conocimientos, la oportunidad será propicia para fortalecer lazos de amistad y compartir momentos de esparcimiento e intereses comunes. Como alternativa desde la plataforma virtual podrá acceder al Programa Científico.

Quedan cordialmente invitados a participar del próximo COMENAC 2020 a realizarse en la ciudad de La Ceiba, hasta entonces, sigamos fortaleciendo la Educación Médica Continua en Honduras para el beneficio de las futuras generaciones.

Dra. Fanny Jamileth Navas León, FACS
Secretaria de Asuntos Educativos y Culturales
Colegio Médico de Honduras

LXII CONGRESO MÉDICO NACIONAL

San Pedro Sula 2019

Mensaje de Bienvenida del Presidente del Comité Organizador

Estimados Colegas y Amigos:

En mi condición de presidente del comité organizador del LXII edición del Congreso Médico Nacional (COMENAC), me corresponde el honor y el placer de ofrecer una calurosa bienvenida a la ciudad de San Pedro Sula. Desde mediados del 2018 nos dimos a la tarea de conformar un equipo en las diferentes disciplinas y retomar el regreso de las especialidades a éste magno evento para que todos participemos, por lo que hicimos enormes esfuerzos en materia económica para poder conjuntar un selecto grupo de profesores tanto nacionales como internacionales y poder hacer de este congreso, uno de los más recordados en el área científica.

Hemos caminado de la mano con autoridades de la Secretaria de Asuntos Educativos y Culturales y CENEMEC para lograr lo que ya hoy es realidad; un sueño para todos los de este comité: La realización del **1er congreso virtual**, así que cada colega podrá certificarse mediante sistema e-learning desde una plataforma virtual en vivo estando en cualquier rincón de nuestra Honduras, donde se trasmitirán desde 4 salones simultáneos con las especialidades básicas. Además, en lo académico traemos un programa científico de alto contenido con base en nuestro tema principal “Transformando la Medicina a Través de la Evidencia”, el cual contaremos con salones interactivos y que cada ponente dará sus conferencias interactuando con los presentes quienes podrán participar desde sus dispositivos inteligentes (smartphones, tabletas), porque nuevamente, y haciendo historia, hemos conseguido aumentar el puntaje de acreditación. Creemos firmemente que lograremos mantener la atención de todos y cada uno de los asistentes en cada conferencia.

Hemos preparado un merecido homenaje al Dr. Andrés Castillo, nombre de nuestro congreso, y organizado diversas actividades culturales y sociales que se realizaran a lo largo del Congreso. Esperamos que este cónclave sea toda una agradable experiencia, y que los conocimientos que aquí compartamos sean valiosos para mejorar aún más nuestra práctica como profesionales de la medicina. Salud Colegas de Honduras.

Dr. Rafael Abraham Hernández
Presidente del Comité Organizador
LXII Congreso Médico Nacional

LXII CONGRESO MÉDICO NACIONAL
San Pedro Sula 2019

Mensaje del Comité Científico

Reciban todos una cordial y muy sincera Bienvenida a esta hermosa ciudad que ha sido designada para abrazar a los médicos de toda la República para desarrollar el sexagésimo segundo Congreso Médico Nacional, que lleva por nombre "Transformando la Medicina a Través de la Evidencia" en Homenaje al Dr. Andrés Castillo, anestesiólogo con un gran espíritu humano y amigo de todos, quien nos estará acompañando a lo largo del Congreso.

El Comité Científico ha estado abierto para dar participación a todos los investigadores nacionales, porque esta es nuestra oportunidad para expresarnos y dar a conocer lo que estamos haciendo en todo el País, desde los hospitales nacionales, hasta los centros de salud y nuestra práctica privada, en todo nuestro trabajo hay ciencia y hay arte, ese es el arte de la ciencia, encontrar el néctar del conocimiento en cada una de nuestras experiencias cotidianas, y compartirlo con la comunidad médica que viven nuestras mismas condiciones de trabajo.

En Honduras estamos realizando cosas grandiosas como procedimientos cardíacos mínimamente invasivos, estudios diagnósticos de asombrosa complejidad, cirugías laparoscópicas, cirugías de mínima invasión, cirugías cardíacas, intervenciones endovasculares, radiología intervencionista, y tantos otros procedimientos que es necesario conocerlos, compartir la experiencia, y con humildad, aceptar los cambios diagnósticos y terapéuticos que traen consigo los avances científicos.

Los congresos médicos son la plataforma desde la cual se lanza la evidencia que conducirá al redireccionamiento de la conducta terapéutica exigida por la evolución de la ciencia médica.

Los sampedranos nos vestimos de gala para recibir a toda la comunidad médica hondureña, con la amistad que nos une y la hermandad que nos caracteriza.

Sean todos Bienvenidos a este su LXII Congreso Médico Nacional.

Comité Científico
LXII Congreso Médico Nacional

LXII CONGRESO MÉDICO NACIONAL

San Pedro Sula 2019

Mensaje Inauguración de la Presidenta del Colegio Médico de Honduras

Estimados invitados especiales y colegas,

Hoy estamos reunidos a las puertas del LXII Congreso Médico Nacional que nos brinda una nueva oportunidad de compartir conocimientos, experiencias, vivencias, pero sobre todo compartir nuestro llamado vocacional a servir y a enriquecer nuestro conocimiento mediante la evidencia científica. También es un llamado a encontrar el equilibrio entre lo científico y lo humano de nuestra vocación, ya que sin olvidar que todo lo que hacemos es en procura de aliviar el dolor del que sufre, la bondad del acto médico siempre debe ir de la mano del mayor de nuestros esfuerzos por mantenernos actualizados.

Es indudable que ante la problemática actual nos encontramos ante nuevos desafíos y justamente esos desafíos son los que nos mantienen ahora en las calles, reclamando el equilibro entre lo que demanda la evidencia y lo que tenemos a disposición para atender a nuestros pacientes. Ante nosotros se encuentran propuestas innovadoras con tecnologías de la información y comunicaciones como la telemedicina. Estas nuevas propuestas no pueden deslumbrarnos al punto de no poder ver que no es aceptable la sustitución del acto médico cálido y humano por la propuesta no ética de la atención de la consulta telefónica. Asimismo, debemos plantearnos que el lucro jamás deberá ser la motivación de nuestro ejercicio médico, plantearnos el desafío de vernos siempre dentro de lo esencial de nuestra profesión, esas humanas razones del ejercicio de nuestro quehacer, aprender a ocultar la realidad social en la que viven nuestros pacientes y ser capaces de ser entes de cambio en la búsqueda de una sociedad más justa como buenos conocedores de que la enfermedad de ellos tiene sus raíces en esos determinantes sociales y que si no logramos modificarlos habremos hecho poco por nuestros pacientes.

Agradecemos al Comité Organizador su acierto en rendir homenaje al Dr. Andrés Castillo Amaya en el marco de este LXII Congreso Médico Nacional. El Dr. Castillo refleja ese espíritu humano y no dudamos que su labor médica estuvo siempre enmarcada en esas solidarias razones que mueven a un ser humano a servir de la mejor manera a otro igual que se encuentra en la desventaja de la enfermedad, pero que juntos son capaces de enfrentar y superar el reto.

Gracias a cada uno. A mis queridos colegas les deseo que puedan disfrutar al máximo del evento científico y sociocultural que nuestros colegas de San Pedro Sula nos han preparado y que reflejan la alta calidad académica y científica invertida en su organización.

¡Este Congreso es solemnemente inaugurado!

Dra. Suyapa María Figueroa Eguigurems
Presidenta del Colegio Médico de Honduras

Dr. Andrés Castillo Amaya
Reseña Biográfica

El bello departamento de Santa Bárbara se iluminó el día 22 de diciembre del año de 1945 con el nacimiento del honesto, humilde y dedicado doctor Andrés Castillo Amaya. Siendo sus progenitores el señor Andrés Castillo y la señora Dolores Amaya Maldonado. Sus honorables hermanos, pertenecen a los nombres de José, Víctor, Carlos, Lilly y Emelina.

Su trayectoria profesional, tan admirada inició con la educación primaria en la escuela Luis Bográn en Macuelizo, posteriormente se trasladó a San Pedro Sula y realizó su educación secundaria en el Instituto La Salle. En cuanto a su educación superior, estudió un año de premédica y ciencias básicas en la Universidad Nacional Autónoma de Honduras. Consecutivamente decide viajar a la ciudad de Morelia, Michoacán en México y así emprender sus estudios profesionales en la Universidad San Nicolás de Hidalgo obteniendo el título de médico cirujano y partero; sin embargo, su educación no culmina ahí, y años más tarde obtiene el título de la especialidad en Anestesiología pediátrica y adulto en el Instituto Nacional de Pediatría DIF. Así mismo el asombroso doctor que muestra tanto amor a sus pacientes recibió formación complementaria realizando los siguientes cursos; teórico práctico de neuroleptoanalgesia en pediatría en el Instituto Nacional de pediatría en Tegucigalpa; seminario de comunicación efectiva en el Hospital de la Tela Rail road Company; introducción a la calidad total y el curso internacional del dolor con la Asociación Hondureña de Anestesiología en Tegucigalpa.

En 1975 contrajo nupcias con la señorita estudiante de química farmacobiología Cecilia Rivas en la ciudad de Morelia Michoacán, formando un sólido hogar integrado también por sus tres hijas Leslie, Christian y Andrea. Sus tres nietos: Cecilia, quien también es estudiante de la carrera de medicina, Andrés y la pequeña Sofía. A lo largo de su amplia trayectoria profesional ha prestado múltiples servicios profesionales como: director en el centro de salud de Cuitzeo en Michoacán; jefe de hospital de Tocoa, y servicios sociales en: Sabá, Colón con la Secretaría de Salubridad, en el Hospital de la Tela Rail Road Company, en La Lima durante diez años, en el Hospital Leonardo Martínez y Hospital Mario Catarino Rivas durante veintitrés años, así como atención en clínicas privadas de la ciudad de San Pedro Sula.

Su trabajo es digno de admirar, y es por eso que además de ser una larga trayectoria, es una línea sobresaliente que ha recibido reconocimientos: el del Taller de actualización en técnicas de enfermería en el Hospital Bella Vista; por aporte a la cultura y al arte por el Colegio Médico de Honduras; reconocimiento especial por veinticinco años de servicios profesionales; reconocimiento por su distinguida labor con la comunidad y el gremio médico. Nos muestra su carácter polifacético cuando desde muy pequeño mostró inclinación por la música, incursionando también en este ambiente con los maravillosos instrumentos de la guitarra y la armónica. Tuvo presentaciones en México compartiendo con importantes personalidades del momento como el religioso franciscano Fray José de Guadalupe Mojica, destacado actor, tenor y sacerdote mexicano. Participó también en eventos organizados por el Consulado de Honduras en ese país y aquí en su tierra se presentó en varias ocasiones en el Hotel Sula, Museo de Antropología e Historia, Asociación Mexicana de la Costa Norte y en su natal Macuelizo.

Para el doctor Andrés Castillo, ser médico es dar curación a las enfermedades del cuerpo, poniendo especial atención a las enfermedades del alma. La oración ha ocupado un lugar muy importante en su vida personal y profesional como su sello característico: algo que a través de su aplicación ha ayudado a los pacientes a sentir confianza en Dios, quien vive en el interior de cada uno de nosotros. Además, instruye a los jóvenes doctores a aprender a decir a los pacientes su nombre, hacer saber el apoyo, y a expresarse con frases de motivación hacia las personas. A través de todo su perfil deja un inmenso legado digno de admirar: su cotidiano deseo de humildad, su indiscutible espíritu de lucha, humanismo, honorabilidad, rectitud, y su elevada escala de valores, principios y virtudes.

Es a través de sus anécdotas que nos damos cuenta que ha marcado a miles de pacientes cuando nos relata que una señora le expresó que lo llevaba en su corazón por sus palabras de fortaleza, y un niño que lo llamó “el médico de Dios” por sus oraciones. De esta manera, se nos muestra que con sus pablaras, y con el método de relajación físico mental que deposita en los pacientes llena sus almas de ánimo, esperanza de fortaleza y paciencia que necesitan en el momento de tensión. Al leer las palabras del Dr. Castillo: “Señor Jesús ayúdame a ser manso, impúlsame con tu divina humildad”, es indiscutible que el valor del doctor se torna aún más grande cuando conocemos su parte humana y la marca que deja en las personas. Es por eso que queremos hacer este momento inolvidable para una persona incomparable.

Por todo lo anteriormente y más, el Gremio Médico Nacional decidió bautizar a este magno evento científico, cultural y fraterno con el nombre de tan connotado profesional. ¡Honores para el Dr. Andrés Castillo Amaya!

LXII CONGRESO MÉDICO NACIONAL
San Pedro Sula 2019

CURSOS PRE-CONGRESO
10 DEJULIO DE 2019

CURSO PRE-CONGRESO
ESCRITURA Y PUBLICACION DE ARTICULOS BIOMEDICOS

10 DE JULIO DE 2019

Coordinación: Consejo Editorial de la Revista Médica Hondureña.

Objetivo: Fomentar la práctica de escritura y publicación de artículos científicos en revistas biomédicas con énfasis en la Revista Médica Hondureña. Al final del curso el participante tendrá conocimiento básico sobre: 1) Como preparar un artículo científico original y el proceso general para publicar, 2) Como acceder en línea a recursos de información de calidad sobre metodología de investigación, ética de la investigación y publicación científica; 3) Como identificar una revista depredadora; 4) Los antecedentes históricos y estado actual de la Revista Médica Hondureña (http://www.bvs.hn/RMH/html5/).

HORA	TEMA / EXPOSITOR
07:00	**Inscripción.** Comité Organizador.
08:00	**Bienvenida, objetivos del curso**. Dra. Fanny Navas León, Secretaria de Asuntos Educativos y Culturales.
08:10	**Revista Médica Hondureña (RMH): características y alcances**. Dra. Jackeline Alger, Consejo Editorial (CE) RMH. Ejercicio de redacción.
08:40	**Empezando y estructurando su artículo, resultados, cuadros y figuras.** Dra. Maura Carolina Bustillo, CE RMH.
09:10	**Un buen Titulo.** Dra. Rosa María Duarte, CE RMH.
09:40	**Materiales/sujetos y métodos.** Dra. Maura Carolina Bustillo, CE RMH.
10:10	**Conflicto de Interés y consideraciones éticas para autores y editores.** Ana Ligia Chinchilla, CE RMH.
10:30	**RECESO**
11:00	**Discusión**. Dra. Jackeline Alger, CE RMH.
11:30	**Resumen y agradecimientos.** Dra. Rosa María Duarte, CE RMH.
11:50	**Revistas depredadoras y fraude científico.** Dra. Ana Ligia Chinchilla, CE RMH.
12:20	**Recursos de información en línea.** Dra. Jackeline Alger, CE RMH.
13:30	**PREGUNTAS Y RESPUESTAS**
14:00	**Clausura.** Dra. Jackeline Alger, CE RMH; Dra. Fanny Navas León, Secretaria de Asuntos Educativos y Culturales

CURSO PRECONGRESO
EPILEPSIAS y CEFALEA

10 DE JULIO 2019

Coordinador: Dr. Arnold Thompson

Hora	Tema	Expositor
7:00 -7:40 AM	Diagnóstico de las cefaleas.	Dr. Arnold Thompson
7:40 – 8:30 AM	Migraña, Tipos, Diagnóstico y Tratamiento.	Dr. Amilcar Zelaya
8:30- 9:00 AM	Discusión de casos clínicos	Publico general
9:00- 9:40 AM	Clasificación de Epilepsias, Sesión de videos	Dr. Marco Tulio Medina
9:40- 10:20 AM	Patrones de actividad Epileptiforme en el hipocampo	Dr. Selvin Reyes
10:20- 10:40 AM	**Receso**	
10:40-11:10 AM	La genética de las Epilepsias y el papel de los genes ICK, EFHC1 y GABR 3	Dr. Marco tulio Medina
11:10 - 11:40 AM	Experiencia de la cirugía de epilepsias en Honduras	Dr. Rafael Aguilar
11:40 - 12:10 AM	Farmacoterapia en la epilepsia	Dr. Arnold Thompson
12:10 – 12:40 AM	Utilidades de la neurocirugía funcional	Dr. Rafael Aguilar
12:40 – 13:00 PM	Los Retos en el manejo de las enfermedades neurológicas en Honduras: Perspectivas para una nueva década	Dr. Marco tulio Medina

CURSO PRECONGRESO
SUICIDIO, ROMPIENDO PAREDES Y CONTRUYENDO PUENTES

10 DE JULIO 2019

Coordinador y Moderador: Dra. Holly Palacios

Hora	Tema	Expositor
8:00- 8:45 AM	Mindfulness- Ejercicios de relajación	Lic. Linda López
8:45 - 9:25 AM	La Clínica del Suicidio	Dr. Alfredo Sosa
9:25- 10:05 AM	La influencia de la tecnología y las redes sociales en el suicidio	Dra. Martha Zelaya
10:05-10:25	**Receso**	
10:25-11:00	Manejo de la conducta suicida atención primaria de salud.	Dra. Gabriela Saravia
11:00- 11:30	Nuevos tratamientos de la depresión	Dr. Cesar López
11:30- 12:00	Propuesta de prevención del suicidio a nivel gubernamental	Dra. Yolany Paredes
12:00- 12:30	Discusión del publico participante	

CURSO PRECONGRESO
INSEMINACION ARTIFICIAL Y ESPERMOGRAMA
10 DE JULIO 2019

Coordinador: Dr. Eduardo Bueso

Hora	Tema	Expositor
7:00- 7:30 AM	Espermatogénesis	Dr. Eduardo Bueso (Honduras)
7:30 -8:00 AM	Espermograma y análisis básico del semen (OMS)	Embriólogo Fredy Mejía (Guatemala)
8:00- 8:30 AM	Laboratorio de andrología	Dr. Eduardo Bueso
8:30 – 9:00 AM	Criterios para decidir inseminación artificial o fecundación In Vitro	Embrióloga Tania Rodríguez (USA)
9:00 – 9:30 AM	Preparación del semen para inseminación artificial	Embrióloga Tania Rodríguez
9:30 – 10:00 AM	Banco de Esperma y Vitrificación	Embriólogo Fredy Mejía
10:00 – 10:30 AM	Discusión	
10:30 -11:00	**Receso**	
11:00 – 11:30 AM	Preparación de la paciente para inseminación artificial	Dr. Eduardo Bueso
11:30 – 12:00 AM	Historia, casos especiales e implementación de un programa de inseminación artificial	Embriólogo Fredy Mejía
12:00 – 1:00 PM	Ejercicios prácticos con simuladores	Dr. Eduardo Bueso, Embrióloga Tania Rodríguez, Embrióloga Fredy Mejía, Dr. Héctor Gutiérrez, Dra.Thany Paz, Dr. Mauricio Caballero

CURSO PRECONGRESO
BIOETICA

10 DE JULIO 2019

Hora	Tema	Expositor
7:00am-7:40am	Cuidados paliativos interdisciplinarios	Licda. Mildred Tejada
7:40am-8:20am	La comunicación en cuidados paliativos	Dra. Glenda Banegas
8:20am-9:00am	Bioética de las enfermedades crónicas de la infancia	Dr. Oscar Banegas
9:00am-9:40am	Importancia de la Bioética en la Educación superior	Dra. Ana Barrientos
9:40am-10:20am	Bioética de las enfermedades mentales	Dr. Rolando López
10:20am-10:40am	**Receso**	
10:40am-11:20am	Identificación de conflictos bioéticos en la práctica médica	Dra. Suyapa Bejarano
11:20am-12:00am	Bioética y Eutanasia	Dr. Benjamín Mena
12:00am-12:40am	Bioética y Derecho	Dr. Marco Tulio Martínez

CURSO PRE-CONGRESO
MANEJO INTEGRAL DEL PACIENTE CON TRAUMA
10 DE JULIO DE 2019

Coordinador: Dr. Jorge Eduardo Ortega

Hora	Tema	Expositor
13:00 – 13:25	Concepto de Prevención y el Proyecto “Piensa Primero”	Dr. Ángel Velásquez
13:25 – 13:55	Conceptos básicos para la evaluación y manejo inicial del paciente con trauma	Dra. Sandra Padilla
14:00 – 14:25	Manejo de la Vía Aérea	Dr. Ricardo Flores
14:30 – 14:55	Shock	Dra. Sandra Padilla
15:00 – 15:20	**Receso**	
15:20 – 15:45	Trauma Toráxico	Dr. Osman Coello
15:45 – 16:10	Trauma Abdominal	Dr. Osman Coello
16:15 – 16:40	Trauma Cráneo Encefálico	Dr. Ángel Velásquez
16:45- 17:10	Trauma en la paciente embarazada	Dr. José Luis Reyes
17:15 – 17:40	Trauma en el paciente pediátrico	Dr. Giovanni Marie
17:45 – 18:10	Trauma en paciente Geriátrico	Dr. Jorge E. Ortega

CURSO PRECONGRESO
INDICACIONES DE LOS METODOS DE IMAGEN EN PATOLOGIA FRECUENTE
10 DE JULIO 2019

Coordinador: Dr. Ricardo Palao

Hora	Tema	Expositor
13:00 – 13:20	Nódulo pulmonar	Dr. Carlos Paz Haslam
13:20 – 13:40	BIRADS	Dra. Ruth Estévez
13:40 – 14:00	TIRADS	Dra. Magaly Henríquez
14:00 – 14:20	Pancreatitis	Dr. Ricardo Palao
14:20 – 14:40	Trauma Encefalocraneano	Dr. Carlos Paz Haslam
14:40 – 15:00	Patología Escrotal	Dra. Ruth Estévez
15:00 – 15:30	**Receso**	
15:30- 15:50	Ovario Poliquístico	Dra. Magaly Henríquez
15:50 – 16:10	Doppler Obstétrico	Dr. Ricardo Palao
16:10 – 16:30	Ictus	Dr. Carlos Paz Haslam
16:30 – 16:50	Litiasis Renal	Dra. Ruth Estévez
16:50 – 17:10	Embarazo de viabilidad incierta	Dra. Magaly Henríquez
17:10 – 17:30	Tamizaje del primer trimestre	Dr. Ricardo Palao
17:30 – 18:00	Discusión	

CURSO PRECONGRESO
PATOLOGIA CERVICAL, DIAGNOSTICO SIGLO 21

10 DE JULIO 2019

Coordinador: Dr. Ismael Segura

Hora	Tema	Expositor
13:00- 13:30	Vacunación contra VPH: Mitos y Realidades	Dra. Suyapa Bejarano
13:30 – 14:00	IVAA como método alternativo en países de bajos ingresos	Dr. Mario Rosales
14:30- 15:00	La Colposcopia en situaciones especiales: Adolescencia, Embarazadas y Menopaúsica	Dr. Oscar Herrera
15:00- 15: 30	**Receso**	
15:30 – 16:00	Lesiones glandulares de cérvix: Citología, colposcopia e histología con casos imágenes.	Dra. Alicia Cerrato
16:00 – 16:30	Tratamiento de Lesiones Intraepiteliales de alto grado	Dr. Miguel Ángel Crespín
16:30 -17:00	Manejo Cáncer invasor en estadios tempranos	Dr. Manuel Maldonado
17:00 – 17:30	Cuidados Paliativos en cáncer Cérvico Uterino	Dr. Darwin Zeron
17:30 – 18:00	Preguntas y Comentarios	

CURSO PRECONGRESO

CONVULSIONES Y CEFALEA EN PEDIATRÍA "VIEJAS PREGUNTAS, ¿NUEVAS RESPUESTAS?"

Hora	Tema		Expositor
13:00 – 13:45	Actualización en Tratamiento de cefaleas		Dr. Eduardo Barragán Pérez
13:45 – 14:15	Conceptos básicos y generalidades de Epilepsia infantil: Nueva Clasificación de la ILAE de crisis y síndromes epilépticos	Dr. Eduardo Barragán Pérez, Dr. Aldo Jafet Blanco Lobo, Dr. Oscar Armando Ponce Barahona	
14:15 – 14:45	Diagnóstico de Epilepsia: 1. ¿Cuál es el rol de la semiología en el siglo XXI? 2. ¿Cómo interrogo al familiar? 3. Perlas de la anamnesis	Dr. Eduardo Barragán Dr. Aldo Jafet Blanco Dr. Oscar Armando Ponce	
14:45 – 15:15	¿Cómo saber si es convulsión o no? TALLER INTERACTIVO VIRTUAL de identificación de los tipos de crisis.	Dr. Eduardo Barragan Dr. Aldo Jafet Blanco Dr. Óscar Armando Ponce	
15:00 – 15:35	**Receso**		
15:35 - 15:50	TALLER INTERACTIVO VIRTUAL: Primera convulsión: 1. ¿En quién sospecho que es el debut de la epilepsia? 2. ¿A quién le inicio tratamiento y a quien no?	Dr. Eduardo Barragán Dr. Aldo Jafet Blanco Dr. Oscar Armando Ponce	
15:50 – 16:30	TALLER INTERACTIVO VIRTUAL: Grupos especiales de epilepsia: 1. El recién nacido con sospecha de crisis: ¿es convulsión o no? 2. Crisis Sutiles 3. Crisis Febriles: Tratar o armarse de paciencia. 4. Síndromes epilépticos de la infancia.	Dr. Eduardo Barragán Dr. Aldo Jafet Blanco Dr. Oscar Armando Ponce	
16:30 – 17:00	TALLER INTERACTIVO VIRTUAL: Estado Epiléptico: ¿Que hacer y cómo hacerlo?	Dr. Eduardo Barragán Dr. Aldo Jafet Blanco Dr. Oscar Armando Ponce	
17:00 - 17:30	TALLER INTERACTIVO VIRTUAL: ¿Toda convulsión es epilepsia? Trastornos paroxísticos no epilépticos.	Dr. Eduardo Barragán Dr. Aldo Jafet Blanco Dr. Oscar Armando Ponce	

LXII CONGRESO MÉDICO NACIONAL
San Pedro Sula 2019

PROGRAMA CIENTÍFICO

LXII CONGRESO MEDICO NACIONAL "Dr. ANDRES CASTILLO"

HOTEL COPANTL, SAN PEDRO SULA
Programa Científico Jueves 11 de Julio de 2019

CM: (Conferencia Magistral) **TL: (Trabajo Libre)**

Horario	Cod	Salón Napoleon "4"	Cod	Salón Napoleon "5"	Cod	Salón Napoleon "6"	Cod	Salón Napoleon "7"
7:00 – 7:10	TL01	Prevalencia y Caracterización de Hipertrofia Amigdalina en Escolares, Honduras, 2018. Dr. Alejandro Carías	TL06	Caracterización Epidemiológica y Manejo de Sepsis en Pacientes del Servicio Medicina Interna Hospital Escuela Universitario, Tegucigalpa. Dr. Bayron J. Degrandes	TL11	Síndrome de Carga del Cuidador y Características en Cuidadores Familiares Atendidos en la Sala de Geriatria del Hospital Básico Gabriela Alvarado, Danlí, Enero a Mayo del 2019. Dra. Gabriela Amaya	TL16	Características del Accidente Ofídico en Casos Atendidos en el Hospital Escuela Universitario, Tegucigalpa, 2014-2019. Dra. Jackeline Alger
7:10 – 7:20	TL02	Factores de Riesgo, Antecedentes Patológicos, Clínica, Estirpe Histológica y NBI en el Cáncer de Laringe, Tegucigalpa, 2014-2016. Dr. Alejandro Carias	TL07	Respuesta Terapéutica al Meltifosine y Efectos Colaterales Percibidos por los Pacientes con Leishmaniasis Cutáneas Ulcerada en el Departamento de Santa Bárbara 2016-2018. Dra. Karel Escoto Pineda	TL12	Estado Nutricional y Depleción Proteica en Pacientes Oncológicos Ingresados en el Hospital General San Felipe, Tegucigalpa, 2018. Dra. Ivin Jamileth Vaquedano	TL17	Valoración de la Escala de Alvarado en Pacientes Pediátricos Sometidos a Apendicectomía en el Centro Hospitalario de el Progreso, Yoro, de Enero 2017 a Diciembre 2018. Dr. José Daniel Almazán Monroy
7:20 – 7:30	TL03	Factores Socioculturales y Clínicos de Pacientes de 20 a 50 años diagnosticados con Parotiditis. Choloma, Cortés, 2018. Dra. Kateryn Paola Sandoval	TL08	Granuloma de Majocchi: Foliculitis por Dermatofitos. Dra. Katia Aguilar Gutiérrez	TL13	Estado Nutricional de Adultos Mayores Hospitalizados con Enfermedades Crónicas No Transmisibles, Hospital General San Felipe e Instituto Nacional Cardiopulmonar, Tegucigalpa, Octubre 2018 - Enero 2019. Dr. Manuel Sierra	TL18	Profilaxis Post Exposición Ocupacional y No Ocupacional al Virus de Inmunodeficiencia Humana. Hospital nacional "Dr. Mario C. Rivas", San Pedro Sula, 2018. Dra. Krisia Maria Banegas Carballo
7:30 – 7:40	TL04	Síndrome Compartimental, Complicaciones de Fractura Cerrada en Tercio Proximal de Tibia: Reporte de Caso. Dra. Suzeth F. Galo	TL09	Uso de Plata Activada en Paciente Con Wagner Grado III y Úlcera Venosa Grado IV Evitando Amputación a Mediano Plazo: Reporte de Caso. Dr. Manuel David Ávila	TL14	Conocimiento, Actitudes y Prácticas de los Médicos Sobre el Nuevo Modelo Nacional de Salud en Lempira y Cortés, 2017. Dra. Delmy Jarizza Caballero Cuellar	TL19	Transición del Paciente Pediátrico con VIH a la Consulta de Adultos, Hospital Nacional "Dr. Mario C. Rivas", San Pedro Sula, 2009-2018. Dra. Zamira Maltez Licona

Horario	Cod	Salón Napoleon "4"	Cod	Salón Napoleon "5"	Cod	Salón Napoleon "6"	Cod	Salón Napoleon "7"
7:40 – 7:50	TL05	Adenocarcinoma Gástrico Difuso Como Hallazgo Incidental Postmortem en Paciente Adolescente. Dr. Allan Iván Izaguirre	TL10	Ectima Like: Fusariosis Nasal en Inmunocompetente. Dra. Aleydi Gómez Campos	TL15	Experiencia en la Implementación de un Modelo de Triage en una Empresa Privada del Sistema Médico de Empresas en San Pedro Sula, Cortés. Dra. Karen S. Gavidia	TL20	Gonorrea y Sífilis Persistente en Pacientes con Infección por VIH con Inmunosupresión Severa; Serie de Casos. Dra. Karen Ivon Lujan Álvarez
7:50 – 8:00		**Preguntas y Comentarios**		**Preguntas y Comentarios**		**Preguntas y Comentarios**		**Preguntas y Comentarios**
8:00 – 8:25	CM01	La Enigmática Secreción Vaginal: Diagnóstico y Manejo. Dr. Miguel Crespin	CM16	Nuevas Normas Anestésicas Dr. Rigoberto Iraheta	CM31	Enfermedad Diverticular de Colon que Hacer. Dr. Jorge Suazo	CM46	Transporte del Paciente Pediatrico Dr. Renan Orellana
8:25 – 8:50	CM02	Manejo de la Candidiasis Recurrente Dra. Alicia Cerrato	CM17	Tratamiento Quirúrgico por Reflujo Gastroesofágico. Dr. José Dalio Gomez	CM32	USG Hígado Graso que Hacer Dr. Raúl Zelaya	CM47	Trastorno Deficit de Atencion e Hiperactividad. Dr. Eduardo Barragan
8:50 – 9:15	CM03	Prolapso de Órganos Pélvicos Dr. Kristian Navarro	CM18	Tratamiento Quirúrgico de la Diabetes Dr. Carlos Zerrweck	CM33	Herbolaria, Suplementos Dietéticos y Otros Nefrotóxicos. Dr. Manuel Rocha	CM48	Diagnóstico Oportuno Enfermedades Renales. Dr. Rubén Galeas
9:15 – 9:40	CM04	Condilomatosis Vulvovaginal Opciones de Tratamiento Dr. Oscar Herrera	CM19	Exploración Laparoscópicas de vías biliares Dr. José Dalio Gómez	CM34	Nutrición en Paciente Nefrópata Dr. Roberto Lopez	CM49	UCIP fuera de la UCIP Dr. Renán Orellana
9:40 – 10:05	CM05	Infecciones Urinarias: Su Manejo y Rol de la Multirresistencia Dr. Kristian Navarro	CM20	Colecistectomía Laparascópica en Situaciones Difíciles Dr. Deepak Varma	CM35	Uso Racional de AINES Dra. Gabriela Guzman	CM50	Autismo Dr. Eduardo Barragan
10:05 – 10:20		Preguntas y Comentarios		Preguntas y Comentarios		Preguntas y Comentarios		Preguntas y Comentarios
10:20 – 10:50		**Receso**		**Receso**		**Receso**		**Receso**
10:50 – 11:15	CM06	Predicción y Prevención del Parto Pretérmino. Dr. Pablo Martinez	CM21	Avances en Cirugías Bariátrica Dr. Carlos Zerrweck	CM36	Actualización en Hipertensión Arterial Dr. Enrique Samayoa	CM51	Nutrición del Paciente Crítico Dr. Renán Orellana
11:15 – 11:40	CM07	Infecciones Emergentes en la Embarazada: Dengue, Zika y Chikunguya Dr. Alberto Flores	CM22	Complicaciones Agudas de Cirugía Bariátrica. Dr. Lennyn Alvarenga	CM37	Infarto Agudo de Miocardio. Manejo Inicial Dr. Josué Ponce	CM52	Abordaje del Niño Hipotónico Dr. Eduardo Barragan
11:40 – 12:05	CM08	Enfermedad de Chagas y Embarazo Dra. Likzy Padilla	CM23	Cirugía Plástica en el Paciente Bariátrico Dra. Carmen Ruiz	CM38	Insuficiencia Respiratoria Aguda Dr. Luis Enamorado	CM53	Función Pulmonar en Pacientes con Patología Muscular. Dra. Susan Galo
12:05- 12:30	CM09	RCIU asociado a Preeclampsia Dr. Pablo Martinez	CM24	Obesidad,Cirugía Bariátrica y Reflujo: ¿Causa o Efecto? Dr. Lennyn Alvarenga	CM39	Manejo de Falla Cardíaca Dr. Carlos Alvarenga	CM54	Comorbilidades en Epilepsia Dr. Eduardo Barragan
12:30-12:55	CM10	Diagnóstico de RPM: Uso de Prueba de Embarazo como Método Diagnostico Dr. Luis Zuñiga	CM25	Protocolo ERAS Recuperación Acelerada Post Quirúrgica Dr. Manuel Salinas	CM40	Intervencionismo en Cardiopatias Congénitas en Adultos Dr. Max Aguilar	CM55	TEC en Pediatría Nuevas Guías Dr. Renán Orellana

Horario	Cod	Salón Napoleon "4"	Cod	Salón Napoleon "5"	Cod	Salón Napoleon "6"	Cod	Salón Napoleon "7"
12:55 – 1:10		Preguntas y Comentarios		Preguntas y Comentarios		Preguntas y Comentarios		Preguntas y Comentarios
1:10 – 2:00		**Receso**		**Receso**		**Receso**		**Receso**
2:00-2:25	CM11	Actualización de Diabetes y Embarazo Dra. Norma Ledezma	CM26	Cirugía Estereotáxica Experiencia Hospital Escuela. Dr. Rafael Aguilar	CM41	Cáncer del Tracto Digestivo Opciones Paliativas Dr. Josué Umaña		Enfermedad del Dengue Dra. Luisa Pineda (Epidemiologa), Dr. Emilio Barreto (Infectologo), Dra. Glenda Fasquelle (Internista de Emergencia), Dra. Arlene Caballero (Pediatra de Emergencia), Dra. Giselle Aguilar (Pediatra Intensivista), Dr. Oscar Diaz (Intensivista Adultos).
2:25-2:50	CM12	Obesidad y Embarazo: ¿Cuál es el reto? Dr. Arlin Luke	CM27	Manejo Quirúrgico de Aneurisma Cerebral Dr. José Garcia	CM42	Uso Clínico de Marcadores Tumorales Dr. Julio Alvarenga		Preguntas y Comentarios
2:50-3:15	CM13	Diagnóstico y Manejo del Acretismo Placentario. Dra. Carol Diaz	CM28	Actualización en la Atención al Paciente con Hemorragia Subaracnoidea No Traumática Dr. Jorge Ortega	CM43	Manejo de Anemia lo Puntual para el Clinico Dr. David Cortés	2:00 - 5:00	
3:15-3:40	CM14	Tamizaje Temprano de Preeclampsia Dra. Monica Garcia	CM29	Indicación de Cirugía en Epilepsia Dr. Rafael Aguilar	CM44	Colonoscopía Virtual en Cribado de Cáncer de Colon. Dr. Carlos Paz		
03:40-4:05.	CM15	Manejo Espectante de la Preeclampsia lejos del término. Dr. Pablo Martinez	CM30	Enfoque y Manejo de Dolor Lumbar Dr. Roberto Contreras	CM45	Utilidaddes en Oncología del Pet. CT Dr. Cristian Perez		
4:05-4:20		**Preguntas y Comentarios**		**Preguntas y Comentarios**		**Preguntas y Comentarios**		
4:20 - 4:30	TL21	Hiperparatiroidismo Primario: reporte de caso. Dr. Manuel Maldonado	TL29	Detección Temprana de Diabetes Mellitus en las Poblaciones Adultas de Trinidad (Santa Bárbara), La Paz (La Paz), Gracias y La Iguala (Lempira), 2018. Dr. Simmons Gough	TL45	Angioestrongilosis Abdominal en Paciente Pediatrico. Reporte de Caso. Dra. Brenda Navarrete	TL37	Manejo Eficaz de *Aedes aegypti* con dosis de 3 Vs 5 Gramos de Bacillus Thuringiensis Israelensis: Implicaciones Técnicas y Financieras Dr. José María Paguada
4:30 - 4:40	TL22	Hiperplasia Estromal Pseudomembranosa de la Mama. Reporte de caso. Dra.Claudia Medina	TL30	Factores Predictores de Riesgo de Diabetes Mellitus Tipo 2 Presentes en Pacientes de 20 a 64 Años Según Test de Findrisk, Atendidos en Cuatro Comunidades de la Región Occidental y Sur de Honduras, 2017-2018. Dra. Naadia Madrid	TL46	Transmisión Perinatal del Virus de Inmunodeficiencia Humana. Hospital Nacional "Dr. Mario C. Rivas", 2019. Dra.Raquel Andrea Martínez	TL38	Conocimiento, Actitud y Prácticas (CAP) sobre transmisión de Zika en embarazadas en zonas de influencia de Unidades de Salud Atendidas por Médicos en Servicio Social (MSS-UNAH), Honduras, 2016-2017. Dr.Manuel Sierra

Horario	Cod	Salón Napoleon "4"	Cod	Salón Napoleon "5"	Cod	Salón Napoleon "6"	Cod	Salón Napoleon "7"
4:40 - 4:50	TL23	Lesion esclerosante compleja: hallazgos radiologicos y sus diagnósticos diferenciales. Dra. Digna Pavón	TL31	Hábitos Alimentarios y su relación con el estado nutricional en pacientes con Diabetes Mellitus Tipo 2 Instituto Nacional del Diabético, Tegucigalpa, 2018. Dra. Bessy Corrales	TL47	Prevalencia de Discapacidad Infantil y Factores Asociados en Valle de Ángeles, Francisco Morazán, 2017. Dra. Ingrid Ramos	TL39	Características Epidemiológicas Y Clínicas de Nacidos Vivos con Síndrome Congénito Asociado a Zika, 2016-2018. Dr.Enrique Medina
4:50 - 5:00	TL24	Caracterización clínico-epidemiológico en adultos entre 35-59 años con enfermedades crónicas y su asociación con depresión. Estudio multicéntrico, 2019. Dra. Karina Calderón	TL32	Prevalencia de Neuropatia Periferica en Pacientes con Diabetes Mellitus 2. Dr. Elvin Omar Videa	TL48	Eficacia del Uso de Inmunoglobulina en Pacientes Pediátricos con Epilepsia Farmacorresistente, Experiencia de 7 Años. Dra.Carol Josseline Zuniga	TL40	Primer reporte en Honduras del Desplazamiento de *Aedes aegypti* por *Aedes albopictus* a nivel de huevo. Dra. Indiana Aracely Argeñal
5:00 - 5:10		**Preguntas y Comentarios**		**Preguntas y Comentarios**		**Preguntas y Comentarios**		**Preguntas y Comentarios**
5:10 - 5:20	TL25	Sindrome de Ramsay Hunt: Caso Infrecuente. Dr. Oscar Castejón	TL33	Prevalencia del Patrón Circadiano no Dipper en Pacientes con Hipertensión Arterial y Diabetes Mellitus Tipo 2. Hospital Escuela Universitario, Tegucigalpa, 2017. Dr. Elvin Omar Videa	TL49	La Docencia en Medicina. Dra. Martha Lorena Pinto	TL41	Manejo Eficaz de *Aedes aegypti* en Honduras: Mejor control con Mayor Cobertura de Bacillus Thuringiensis Israelensis. Dra.Indiana Aracely Argeñal
5:20 - 5:30	TL26	Mielitis por Cryptococcus una Presentación Atípica: Reporte de Caso. Dr. José D. Ferrera	TL34	Adherencia al Tratamiento Antihipertensivo y su Relación con la Calidad de Vida en Adultos en Centros de Atención Primaria. Dr. Eduardo Lainez	TL50	Comité de Ética en Investigación Biomédica (CEIB), Facultad de Ciencias Médicas UNAH: 19 Años de Trabajo Competente e Independiente. Dra. Jackeline Alger	TL42	Evaluación del Larvicida Spinosad en Tabletas para el Control del Mosquito *Aedes aegypti* en Honduras Dra. José María Paguada
5:30 - 5:40	TL27	Encefalitis de Bickerstaff: a Propósito de un Caso. Dra. Bárbara Tinoco	TL35	Manifestaciones Iniciales Atípicas en Esclerosis Múltiple: Informe de Caso. Dra. Iris Argüelles	TL51	Enseñando a Practicar Medicina Preventiva. Dra. Martha Lorena Pinto	TL43	Bases Moleculares en Malaria: Avances de la Patogenicidad, Severidad de la Infección y Resistecia al Tratamiento. Dr. Salomón López
5:40 - 5:50	TL28	Endometriosis Torácica: un Caso Raro de Neumotórax Espontáneo. Dr. Daniel Aguilar	TL36	Las Diferentes Caras de la Corea en la Emergencia: Serie de Casos. Dr. Héctor Pineda	TL52	Gas Lacrimogeno: que es y que produce. Experiencia en Honduras 2017-2018. Dra. Jackeline Alger	TL44	Actualización en Arbovirosis: Virus Usutu ¿Posible Amenaza en Nuestro Entorno? Dr. Salomón López
5:50 - 6:00		**Preguntas y Comentarios**		**Preguntas y Comentarios**		**Preguntas y Comentarios**		**Preguntas y Comentarios**

LXII CONGRESO MEDICO NACIONAL "Dr. ANDRES CASTILLO"

HOTEL COPANTL, SAN PEDRO SULA

Programa Científico Viernes 12 de Julio de 2019

CM: (Conferencia Magistral) **TL: (Trabajo Libre)**

Horario	Cod	Salón Napoleón "4"	Cod	Salón Napoleón "5"	Cod	Salón Napoleón "6"	Cod	Salón Napoleón "7"
7:00 – 7:10	TL53	¿Está Disminuyendo la Prevalencia de Infección por *Helicobacter pylori* en la Población Hondureña? Dr. Josué Chinchilla	TL58	Trombosis de Seno Venoso Cerebral en Paciente Puérpera. A Propósito de un Caso. Dra. Kendy Marcela Portillo	TL73	Complicaciones Maternas en el Periparto Según Grupos Etarios con Riesgo Obstétrico en Hospital General Santa Teresa, Comayagua, 2017-2018. Dr. Allan Iván Izaguirre	TL78	Atención al Adolescente con VIH en el Servicio de Atención Integral del Hospital Nacional "Dr. Mario C. Rivas". Experiencia de 17 Años. Dra. Karen Erazo
7:10 – 7:20	TL54	Caracterización de la Infección por *Helicobacter pylori* en pacientes con Síntomas Dispépticos en la Comunidad de Cones, San Marcos y Santa Anita, Ocotepeque, 2018. Dra. Gabriela Alejandra Guardado	TL59	Trombosis del Seno Venoso Sagital de Etiología Idiopática en Paciente Adulta. Reporte de Caso. Dr. Allan Iván Izaguirre	TL74	Sepsis por *Acinetobacter baumannii* Multiresistente: Caso Clínico de una Paciente Embarazada. Dra. Ruth Torres	TL79	Diagnóstico Prenatal del Primer Trimestre: Tamizaje Temprano para Aneuploidias. Reporte de 10 años. Dr. Pablo A. Martínez
7:20 – 7:30	TL55	La Terapia con Claritromicina podría continuar Siendo Efectiva en la Erradicación de *Helicobacter pylori* en la Encarnación, Ocotepeque, 2018. Dr. Ariel Lezama	TL60	Características Clínicas y Epidemiológicas de la Enfermedad Vascular Cerebral en Pacientes Atendidos en el Hospital Nacional "Dr. Mario C. Rivas", San Pedro Sula, 2018. Dra. Gabriela Castillo	TL75	Estado Nutricional Pregestacional e Incremento de Peso Durante el Embarazo y su Relación con el Peso del Recién Nacido. Intibucá, 2018. Dr. Gustavo Adolfo Colindres	TL80	Niemman Pick Tipo A, Enfermedad de Depósito Lisosomal con Difícil Diagnóstico. Serie de Casos. Dra. Paola María Martínez
7:30 – 7:40	TL56	Tuberculosis Abdominal: A Propósito de un Caso. Dr. Ruth Torres	TL71	Presentación Atípica de ECV Lacunares en la Emergencia: Acerca de 2 Casos de Síndrome de Nothnagel. Dr. Maynor Arias	TL76	Perfil Clínico y Lipídico de Embarazadas en el Tercer Trimestre, 2016-2017. Dra. Lina Sarahi Licona	TL81	Características Clínicas en dos Hermanos con Enfermedad de Niemann Pick Tipo C (NPC). Dra. Carol Josseline Zuniga
7:40 – 7:50	TL57	Traumatismo Penetrante de Craneo Transorbitario Bilateral. Reporte de Caso. Dr. Eduardo Nazar	TL72	Enfermedad Vascular Cerebral. Perfil Epidemiológico, Clínico, Escala de Rankin, Complicaciones Agudas. Hospital "Dr. Mario C. Rivas", San Pedro Sula, 2017. Dra. Sadia Montoya Gutiérrez	TL77	"Reproductiva": Tu App de Educación Sexual Integral. Dra. Ivins Adriana Zúniga	TL82	Hallazgos Histopatologicos en Niños con Sindrome Nefrotico Idiopatico, San Pedro Sula, 2016-2018. Dr. Rubén Galeas
7:50 – 8:00		**Preguntas y Comentarios**		**Preguntas y Comentarios**		**Preguntas y Comentarios**		**Preguntas y Comentarios**
8:00 – 8:25	CM57	Incompetencia Istmico Cervical Diagnostico y Manejo Dr. Arlin Luke	CM67	Cirugía Percutánea Renal Dr. Daniel Chinchilla	CM82	Manejo de Epilepsias Dra. Eunice Ramirez	CM92	Asfixia Perinatal Dr. Andres Gonzales

Horario	Cod	Salón Napoleón "4"	Cod	Salón Napoleón "5"	Cod	Salón Napoleón "6"	Cod	Salón Napoleón "7"
8:25 – 8:50	CM58	Embarazo Multiple desde la Cigocidad hasta el Diagnóstico y Manejo . Dr. Alberto Flores	CM68	Hipertrofia Prostática Benigna Dr. Jamil Bendeck	CM83	Guías basadas en evidencia del ICTUS Isquémico. Dr. Allan Alvárez	CM93	Retinopatia del Prematuro Dr. Carlos Maldonado
8:50 – 9:15	CM59	Manejo del Dolor Pélvico Crónico. Dr. Kristian Salomón	CM69	Cólico Renal Manejo y Segumiento Dr. Edin Quijada	CM84	Videoeletroencefalografía en Síndromes Epilépticos. Dr. Marco Medina	CM94	Detección Temprana de Cardiopatias Congénitas en Pediatría Dra. Silvia Martinez
9:15 – 9:40	CM60	Infertilidad Masculina. Dr. Eduardo Bueso	CM70	Eyaculación Precoz Signo Frecuente Difunción Sexual. Dr. Jamil Bendeck	CM85	Mordeduras de Serpientes Dr. Marco Molina	CM95	Enfermedad del Reflujo Gastroesofágico. Dr. Marlon Fernández
9:40 – 10:05	CM61	Manejo de Lesion no palpable de Mama Dr. Manuel Maldonado	CM71	Patología del Canal Inguinal. Dra. Norma Oviedo	CM86	Manejo y Diagnóstico Esclerosis Múltiple Dr. Arturo Bueso	CM96	Obstrucción de Conducto Lagrimal. Dr. Carlos Maldonado
10:05 – 10:20		Preguntas y Comentarios		Preguntas y Comentarios		Preguntas y Comentarios		Preguntas y Comentarios
10:20 – 10:50		**Receso**		**Receso**		**Receso**		**Receso**
10:50 – 11:15	CM 62	Manejo del Sangrado Uterino Anormal Clasificacion FIGO. Dr. Ricardo Rivas	CM72	Manejo Inicial del Trauma Dra.Sandra Padilla	CM87	Hipotiroidismo Estado del Arte Dr. Alejandro Carcamo	CM 97	Neuroinfección Dr. Gelder Zaldivar
11:15 – 11:40	CM63	Cirugía Ginecológica de Invasión Mínima. Dr. Luis Zuñiga	CM73	Manejo de Emergencias Traumáticas en ORL. Dr. Julio Dubon	CM88	Actualización en Diabetes Mellitus Dra.Onix Arita	CM 98	Enfermedad de Kawasaki Dra. Cinthya Falk
11:40 – 12:05	CM 64	Síndrome de Ovario Poliquístico Generalidades y Diagnóstico. Dr. Lindolfo Palma	CM74	Manejo de Rinosinusitis y Pólipo Nasal Dr. Daniel Pazzetti	CM89	Rompiendo Paradigmas en Obesidad Dr. José Gómez	CM 99	Diagnóstico Sindrómico Mediante Biología Molecular. Dr. Luis Romero
12:05- 12:30	CM 65	Síndrome de Ovario Poliquístico e Infertilidad. Dr. Sergio Bendaña	CM75	Intoxicación por Anestésicos Locales Manejo con Lípidos. Dr. Joel Chavez	CM90	Gota, un Reto para el Clínico Dr. Gustavo Castellanos	CM 100	Mordedura de Serptiente Dra. Sandra Gale
12:30-12:55	CM 66	Cirugía Videolaparoscópica una opción Valedera. Dr. Mario Pinto	CM76	Dolor Abdominal Agudo en Pediatría. Dr. Giovani Marie	CM91	Optimización con Manejo de Asma Dr. Marco Quiñónes	CM 101	Mitos y Realidades del Estrabismo Dr. Carlos Maldonado
12:55 – 1:10		**Preguntas y Comentarios**		**Preguntas y Comentarios**		**Preguntas y Comentarios**		**Preguntas y Comentarios**
1:20 – 3:00		Simposium Laboratorio Bueso Arias Detección Temprana de VPH. Empoderando a la Población a Prevenir el Cáncer. Dr. Mauricio Caballero, Dra. Belinda Andino, Dr. Gerardo Umanzor		**Receso**				

Horario	Cod	Salón Napoleón "4"	Cod	Salón Napoleón "5"	Cod	Salón Napoleón "6"	Cod	Salón Napoleón "7"
3:00 -3:10	CM83	Efectos Biológicos Adversos del Implante Subdérmico en Mujeres en Edad Reproductiva, Establecimientos de Salud Región Norte y Occidental Año 2017. Dra. Erika Odalis García	2:00-2:25	CM 77 Manejo Rehabilitador de Algias Vertebrales Dra. Melisa Mejia				
3:10 -3:20	CM84	Factores Vinculantes entre Consumo de Bebidas Alcoholicas y Depresión en Médicos Del Hospital "Dr. Mario C. Rivas", San Pedro Sula, 2019. Dra. Massiel Turcios	2:25-2:50	CM 78 Manejo Integral de Patología de Hombro Dr. Gustavo Hernandez				
3:20 -3:30	CM85	Tromboembolia Pulmonar Bilateral: Reporte De Caso. Dr. Arodys Julianny Valle	2:50-3:15	CM 79 Esguince de Tobillo Consecuencias de Mal Manejo Dr. William Castro				
3:30 -3:40	CM86	Pericarditis Crónica Constrictiva por Tuberculosis: Un Reporte De Caso. Dr. José David Ferrera	3:15-3:40	CM 80 Generalidades de Fracturas en Niños y Adolescentes Dr. Oscar Paz				
3:40 -3:50		Preguntas y Comentarios	03:40-4:05.	CM81 Tumor Intracardíaco Dr. Octavio Fajardo				
3:50 -4:00	CM87	Miocarditis Lúpica Como Manifestación Inicial De Lupus Eritematoso Sistémico: Reporte De Caso. Dr. José Orlando Maldonado	4:05-4:20	**Preguntas y Comentarios**				
4:00 -4:10	CM88	Aurícula Común: Reporte de Caso. Dr. Allan Murillo						

Horario	Cod	Salón Napoleón "4"	Cod	Salón Napoleón "5"	Cod	Salón Napoleón "6"	Cod	Salón Napoleón "7"
4:10 - 4:20	CM89	Caracterización de Pacientes con Enfermedad Renal Crónica Estadio 5d-Hd (Dialisis-Hemodialis) En Hospital Tela, Atlántida, 2018-2019. Dra. Abigail Stefanía Villalobos						
4:20- 4:30	CM90	Piuria Esteril Como Complicacion de Diabetes Mellitus Tipo 2: Reporte de un Caso. Dr. Alexis Francisco Rivas						
4:30- 4:40		Preguntas y Comentarios						
4:40-4:50	CM101	Linfoma No Hodgkin de Células B Primario Retroperitoneal "Bulky", A Propósito de un Caso. Dr. Denis Rodríguez						
4:50-5:00	CM102	Linfohistiocitosis Hemofagocítica Adquirida. A Propósito de un Caso. Dra. Sinthia Solorzano						
5:00- 5:10	CM103	Secuencia Potter en Neonato del Hospital de Occidente. Dra. Miriam Argüelles						
5:10-5:20	CM104	Síndrome de Patau en Hospital de Occidente. Dra. Miriam Argüelles						
5:20-5:30		Preguntas y Comentarios						

LXII CONGRESO MEDICO NACIONAL "Dr. ANDRES CASTILLO"

HOTEL COPANTL, SAN PEDRO SULA

Programa Científico Sabado 13 de Julio de 2019

CM: (Conferencia Magistral) **TL: (Trabajo Libre)**

Horario	Cod	Salón Napoleón "4"	Cod	Salón Napoleón "5"
7:00-7:10	TL105	Histiocitoma Fibroso del Seno Maxilar en Paciente Pediatrico. Reporte de Caso. Dr. Mingdú Chang	TL110	Toxoplasmosis Ocular Adquirida y su Relación con la Diabetes Mellitus: Reporte de Caso. Dra. Delmy Castillo Alvarez
7:10-7:20	TL106	Sindrome de Evans: A Propósito de Caso. Dra. Gabriela Marcela Borjas	TL111	Hemorragia Alveolar Difusa Secundaria a Vasculitis Sistémica Asociada a Anticuerpos Anticitoplasma de Neutrófilos (ANCA) en Hospital Regional Santa Teresa, Comayagua. Dr. Byron Cerrato
7:20-7:30	TL107	Ictiosis Congénita. Bebé Colodión en Hospital de Occidente. Dra. Astrid Sevilla	TL112	Síndrome de Marcus Gunn: A Propósito de un Caso. Hospital General San Felipe. Dra. Nicolle A. Ruiz
7:30-7:40	TL108	Hernia Diafragmática Congénita Derecha en un Paciente Del Hospital de Occidente. Dra. Cindy Williams	TL113	Presentacion Atipica de Infeccion por Toxoplasmosis: Reporte de Caso Temblor de Holmes. Dr. Javier Lagos
7:40-7:50	TL109	Síndrome de Edwards en Hospital de Occidente. Dra. Cindy Williams	TL114	Experiencia en Neurocirugía Endoscópica. Dr. Osly Javier Vásquez
7:50 - 8:00		Preguntas y Comentarios		Preguntas y Comentarios
8:00 – 8:25	CM102	Pubertad Precoz Dra. Elba Campos	CM109	Resistencia Bacteriana en Honduras. Dr. Emilio Barrueto
8:25 – 8:50	CM103	Manifestaciones Clínicas del VIH en Niños y Adolescentes Dra. Karen Erazo	CM110	Manejo de Meningitis Bacteriana Dr. Hugo Alvardao
8:50 – 9:15	CM104	Problemas Refractivos en Pediatría. Dr. Carlos Maldonado	CM111	Dermatopatía para Internistas Dr. Cándido Mejía
9:15 – 9:40	CM105	Acné Juvenil Dr. Héctor Caballero	CM112	Consenso sobre Manejo de H.Pilory. Dra. Silvia Portillo
9:40 – 10:05	CM106	Intento de Suicidio en Adolescente Dr. Oscar Ponce	CM113	Neurocisticercocis en Honduras Dr. Marco Medina
10:05 – 10:20		**Preguntas y Comentarios**		**Preguntas y Comentarios**
10:20 – 10:50		**Receso**		**Receso**
10:50 – 11:15	CM107	Actualización en el Manejo de Embarazo Ectópico. Dr. Luis Reyes	CM114	Cirugía Oncoplástica de Cáncer de Mama Dr. Manuel Maldonado
11:15 – 11:40	CM108	Manejo de Incontinencia Urinaria de Esfuerzo. Dr. Mario Pinto	CM115	Indicación de Estudios Radiológicos. Dra. Eliza Funez
11:40 – 11:55		Preguntas y Comentarios		Preguntas y Comentarios
12:00		CEREMONIA DE CLAUSURA		

LXII CONGRESO MÉDICO NACIONAL
San Pedro Sula 2019

PROGRAMA CEREMONIA APERTURA

Miércoles 10 de Julio 2019, 7:00 Pm – 9:30 Pm

Copantl Hotel & Convention Center

1. Bienvenida con show artístico
2. Palabras de apertura (maestra de ceremonia)
3. Oración acción de Gracias
4. Entonación del Himno Nacional
5. Conformación de la mesa principal
6. Palabras de bienvenida Presidente de Comité Organizador del LXII COMENAC-2019
7. Presentación Perfil Biográfico Dr. Andrés Castillo
8. Palabras del Dr. Andrés Castillo
9. Palabras de Presidente del Colegio Médico de Honduras
10. Palabras de cierre Vice-Alcaldesa
11. Invitación al coctel

LXII CONGRESO MÉDICO NACIONAL
San Pedro Sula 2019

PROGRAMA SOCIOCULTURAL

Fecha / Horario	Actividad	Lugar
Miércoles 10 de Julio 2019 / 7:00 Pm – 9:30 Pm	Ceremonia Inauguración de LXII COMENAC-2019, Homenaje Dr. Andrés Castillo y Coctel de Bienvenida	Copantl Hotel & Convention Center Salón San Pedro
Jueves 11 de Julio 2019 / 7:00 Pm – 10:00 Pm	Fiesta Exclusiva patrocinada por Laboratorios MK® para Profesores e Invitados Especiales	
Viernes 12 de Julio 2019 / 7:00 Am – 4:00 Pm	"Exhibición de Pintura y Fotografía del Médico Artista"	Copantl Hotel & Convention Center Pasillo Segundo Nivel
Viernes 12 de Julio 2019 / 7:00 Pm – 1:00 Am	Ceremonia y Fiesta de Clausura de LXII COMENAC-2019	Copantl Hotel & Convention Center Salones Napoleón 6 y 7
Sábado 13 de Julio 2019 / 3:00 Pm – 5:00 Pm	Actividad Deportiva (Futbolito)	Cancha Privada

OTRAS ACTIVIDADES

Fecha / Horario	Actividad	Lugar
Miércoles 10 al Domingo 14 de Julio 2019	*Angeli Gardens *Mountain Adventures *Casa del Bosque	Complejo Angeli Gardens, San Pedro Sula
Jueves 11 de Julio 2019 / Inicia 8:00 Pm	*Fiesta Exclusiva Privada "COMENAC Party"	La Botella Garden Bar, San Pedro Sula

* Promociones especiales asistentes al LXII COMENAC-2019

PROGRAMA CEREMONIA CLAUSURA

Viernes 12 de Julio 2019 / 7:00 Pm – 1:00 Am

Copantl Hotel & Convention Center, Salones Napoleón 6 y 7

1. Bienvenida con Show artístico por el productor Cris Davis
2. Palabras de Clausura del LXII COMENAC-2019
3. Premiación de Trabajos Libres del LXII COMENAC-2019
4. Juramentación de Nueva Junta Directiva COMENAC 2020
5. Presentación de Video Promocional COMENAC 2020
6. Cena
7. Continúa Show artístico dirigido por el productor Cris Davis

PROGRAMA CIENTÍFICO DE TRABAJOS LIBRES DE PRESENTACIÓN EN CARTEL

CÓDIGO	TÍTULO	EXPOSITOR
TL61	Riesgos Ergónomicos en la Población de Apoyo y Administrativo del Hospital General San Felipe (HGSF), Tegucigalpa, 2018.	Dr. Juan Bulnes
TL62	Caraterización Epidemiológica de Adultos Diabéticos Ingresados al Servicio de Medicina Interna Hospital Escuela Universitario, Tegucigalpa, mayo-septiembre 2018.	Dra. Marlen Cruz
TL63	Prevalencia de SobrepeFactores Asociados con Trabajadores del Sector Público del Casco Urbano del Municipio de Tatumbla. Francisco Morazán, 2017.	Dra. Gabriela Estrada
TL64	Fracturas más Frecuentes Observadas en el Hospital de Roatán, Roatán, 2018.	Dra. Suzeth Galo
TL65	Caracterización Clínico-Epidemiológica del Accidente Ofídico en Pacientes Atendidos en Hospitales de la Región Norte de Honduras, Año 2016.	Dr. Jorge García
TL66	Trastornos Funcionales de Motilidad Intestinal en Adultos Diagnosticados Mediante Rome-IV. Hospital de Occidente, Santa Rosa de Copán, 2018.	Dr. Norwood DA
TL67	Análisis de la Violencia en el Noviazgo en Jóvenes Universitarios.	Dra. Polet Portillo
TL68	Factores de Riesgo Asociados a Sepsis Neonatal Temprana Registrados en el Hospital Enrique Aguilar Cerrato, Intibucá. 2017- 2018.	Dr. Obed Quiroz
TL69	Prevalencia de Depresión y Ansiedad Asociada a Migración en Familias de Barrios Marginados de la Zona de Influencia del Centro Integral de Salud de Villanueva (Gis-V), Tegucigalpa.	Dr. Manuel Sierra
TL70	Carga Para la Atención Primaria de Pacientes de 40 s 70 Años con Diabetes Mellitus, Estudio Multicéntrico, 2017.	Dr. Arles Hernández
TL91	Leucemia Granulocítica Crónica Complicada con Apenaicitis Acuda.	Dra. Clarissa Aquilar
TL92	Histoplamosis Cutánea en Paciente Adulto Inmunocompetente.	Dr. Boris Elencof
TL93	Estudios Genéticos en Enfermedad Renal Poliquística.	Dr. Ramón Maradiaga
TL94	Aneurisma Intracraneal Traumático: Reporte de Caso.	Dr. Alejandro Ortega Fu

CÓDIGO	TÍTULO	EXPOSITOR
TL95	Parsitemia por *Plasmodium Vivax*. Asociada a Leucemia Linfocítica Aguda.	Dr. Víctor Toro
TL96	Síndrome de Parry Romberg: Reporte de Caso.	Dra. Isabel Varela
TL97	Enfermedad de Camurati-Engelmann: Reporte de Caso.	Dra. Victoria Fugón
TL98	Endocarditis Bacteriana de Válvula Nativa Aórtica por Corynebacterium sp.	Dra. Clarisa Aguilar
TL99	Impacto de un Modelo de Educación Diabetológica Sobre la Hemoglobina Glicosilada en Pacientes Atendidos en el Centro de Atención Integral de Pacientes con Diabetes Mellitus del Hospital Escuela Universitario.	Dr. Miguel Osejo Betancourt
TL100	Experiencias en el Control Integrado de *Aedes aegypti* en Choluteca 2014/2019 en las Buenas y las Malas.	Dr. José María Paguada
TL115	Proyecto de Intervención para Reducir Riesgos Higiénico-Industriales y Musculoesqueléticos en Área de Sólidos, en la Compañía Farmacéutica Farmacéutica. en Tegucigalpa, Honduras, 2016.	Dr. Víctor Manuel Cruz
TL116	Jornadas Científicas y Congresos de Investigación: Promoviendo y Divulgando la Investigación desde la Unidad de Investigación Científica, Facultad de Ciencas Médicas, UNAH, 1993-2019	Dra. Jackeline Alger
TL117	Piensa Primero: Program de Prevención de Trauma.	Dr. Ángel Velásquez

RESUMENES
CONFERENCIAS MAGISTRALES (CM)

CM01. LA ENIGMÁTICA SECRECIÓN VAGINAL: DIAGNOSTICO Y MANEJO. Dr. Miguel Crespin, Especialista en Ginecología y Obstetricia**.** San Pedro Sula.

CM02. MANEJO DE LA CANDIDIASIS RECURRENTE. Dra. Alicia Cerrato, Especialista en Ginecología y Obstetricia. San Pedro Sula.

CM03. PROLAPSO DE ORGANOS PÉLVICOS. Dr. Kristian Navarro, Especialista en Ginecología y Obstetricia. San Pedro Sula.

El prolapso de los órganos pélvicos (POP) se caracteriza por el descenso del útero, cúpula de la vagina, vejiga o intestino en el interior de la vagina o incluso más allá de su apertura. Esta patología no causa mortalidad, pero puede tener un gran impacto sobre la calidad de vida. Llega a afectar hasta el 50% de las mujeres que han tenido partos vaginales, pudiendo ocasionar síntomas en el 21% de los casos. La etiología del POP es compleja y multifactorial, y los principales factores de riesgo son el parto vaginal, la edad avanzada y la obesidad. Las opciones terapéuticas son el tratamiento conservador, el mecánico o la intervención quirúrgica. Esta última constituye la base de la reparación del POP, especialmente para prolapsos sintomáticos o en un estadio avanzado y recientemente ha incorporado el empleo de mallas sintéticas no absorbibles. Estas se han asociado a diferentes complicaciones como se ha comunicado por organismos que alertan sobre su utilización, como la Food and Drugs Administration (FDA) en el año 2011, que advierte a los profesionales de la salud y a los pacientes del riesgo del uso de mallas, como la erosión vaginal, dolor, infección, complicaciones urinarias, sangrado y perforación de órganos. Actualmente, los ginecólogos se encuentran inmersos en una revisión de las vías de acceso, los procedimientos y los injertos protésicos más indicados para sus pacientes, y parece un buen momento para que se produzca un acercamiento, un esfuerzo de entendimiento de los problemas de su compartimiento y la discusión del manejo de las frecuentes alteraciones del compartimiento posterior (especialmente los «celes»), que a veces se tratan sin la participación del cirujano. Algunas pacientes seleccionadas se beneficiarán de procedimientos quirúrgicos simultáneos.

CM04. CONDILOMATOSIS VULVOVAGINAL; OPCIONES DE TRATAMIENTO. Dr. Oscar Herrera, Especialista en Ginecología y Obstetricia. San Pedro Sula.

CM05. INFECCIONES URINARIAS: SU MANEJO Y ROL DE LA MULTIRRESISTENCIA. Dr. Kristian Navarro, Especialista en Ginecología y Obstetricia. San Pedro Sula.

La infección urinaria causada por *Echerichia colli* uro patógena (ECU) es una de las infecciones más comunes y representa un desafío para la salud pública, dada la carga económica y social que conlleva. Se estima que el 40 % de las mujeres y el 12 % de los hombres presentan al menos una infección urinaria en su vida especialmente a los 20 años y después de los 85 años respectivamente. El 25% de ese grupo experimente recurrencias a los 6 y 12 meses. La infección urinaria sintomática causa malestar intenso, implica pérdida en la productividad, requiere el uso de antibióticos y predispone a complicaciones graves como el desarrollo de pielonefritis, septicemia, y daño renal permanente. Se estima en los EEUU el costo anual de las infecciones urinarias asciende a USD 3000, 000,000. *Echerichia Colli* es el agente etiológico más común de la IU no complicada. Estas cepas presentan características de virulencia y afinidad por el aparato urinario de los mamíferos. Los mecanismos Fiosiopatogénicos de su virulencia, la respuesta inmunitaria del huésped, y los loci genéticos que influencian la susceptibilidad a la infección son los escenarios donde debe intervenirse para lograr una reducción en su prevalencia. El manejo holístico de esta patología debe ser acompañado de un conocimiento actualizado de los diferentes mecanismos de infección, además de los de defensa del huésped. Es importante brindarle al agente patógeno la responsabilidad correcta desde el punto de vista de su patogenicidad. Conociendo en la actualidad en el caso de *E. Colli* la existencia de más de 1000 serotipos con diferencia variable en su virulencia. ¡Esto ha modificado radicalmente los protocolos de manejo sobre todo en antibióticos, para ejercer terapéuticas más responsables y disminuir el gran flagelo del siglo XX!, la multirresistencia de la enfermedad. La vertiente inmunológica será probablemente en el futuro la piedra angular del manejo y prevención de las Infecciones urinarias.

CM06. PREDICCIÓN Y PREVENCIÓN DEL PARTO PRETÉRMINO. Dr. Pablo Martínez, Especialista en Ginecología y Obstetricia. San Pedro Sula.

CM07. INFECCIONES EMERGENTES EN LA EMBARAZADA: DENGUE, ZIKA Y CHIKUNGUYA. Dr. Alberto Flores, Especialista en Ginecología y Obstetricia. San Pedro Sula.

CM08. ENFERMEDAD DE CHAGAS Y EMBARAZO. Dra. Likzy Padilla, Especialista en Ginecología y Obstetricia. San Pedro Sula.

CM09. RCIU ASOCIADO A PREECLAMPSIA. Dr. Pablo Martínez, Especialista en Ginecología y Obstetricia. San Pedro Sula.

CM10. DIAGNÓSTICO DE RPM: USO DE PRUEBA DE EMBARAZO COMO MÉTODO DIAGNOSTICO. Dr. Luis Zuñiga, Especialista en Ginecología y Obstetricia. Hospital del Valle, San Pedro Sula.

CM11. ACTUALIZACIÓN DE DIABETES Y EMBARAZO. Dra. Norma Ledezma, Especialista en Ginecología y Obstetricia. San Pedro Sula.

CM12. OBESIDAD Y EMBARAZO: ¿CUÁL ES EL RETO? Dr. Arlin Luke, Especialista en Ginecología y Obstetricia. San Pedro Sula

CM13. DIAGNÓSTICO Y MANEJO DEL ACRETISMO PLACENTARIO. Dra. Carol Díaz, Especialista en Ginecología y Obstetricia**.** San Pedro Sula.

CM14. TAMIZAJE TEMPRANO DE PREECLAMSIA. Dra. Mónica García, Especialista en Ginecología y Obstetricia. Hospital del Valle, San Pedro Sula.

CM15. MANEJO ESPECTANTE DE LA PREECLAMSIA LEJOS DEL TÉRMINO. Dr. Pablo Martínez, Especialista en Ginecología y Obstetricia. San Pedro Sula

CM16. NUEVAS NORMAS ANESTÉSICAS. Dr. Rigoberto Iraheta, Especialista en Anestesiología. Hospital del Valle, San Pedro Sula**.**

CM17. ACTUALIZACIÓN EN EL TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE LA ENFERMEDAD POR REFLUJO GASTROESOFÁGICO. Dr. José Dalio Gómez Jereda, Especialista en Cirugía General, Subespecialista en Cirugía Laparoscópica Avanzada y Alta Especialidad en Cirugía Bariátrica y Metabólica. Hospital Nacional "Dr. Mario C. Rivas", Hospital del Valle, Hospital Cemesa. San Pedro Sula.

La unión esófago-gástrica (UEG) es una región anatómica especializada, compuesta por el esfínter esofágico inferior (EEI), las fibras gástricas oblicuas, el ligamento frenoesofágico y la crura diafragmática. Este conjunto de estructuras asociadas a la ubicación intraabdominal del EEI y a la presencia de un ángulo de His agudo que funciona como válvula, forman una barrera antirreflujo que garantiza el paso de los alimentos hacia el estómago. La disfunción de esta barrera provoca Enfermedad por Reflujo Gastroesofágico (ERGE), que se define como la presencia de síntomas típicos (pirosis y regurgitación) y/o daño a la mucosa, y se cuantifica mediante pHmetría y puntaje de DeMeester. Ha emergido como uno de los trastornos gastrointestinales más comunes, abarca el 75% de la patología esofágica y puede provocar secuelas a largo plazo como esofagitis, estrechez, esófago de Barrett y adenocarcinoma. La prevalencia de ERGE se estima en un 10 a 20% de la población occidental. El manejo inicial recomendado es el cambio en algunos hábitos, principalmente dietéticos y el tratamiento farmacológico con inhibidores de bomba de protones (IBP), tanto para el control de los síntomas como para la cura de la esofagitis hasta en un 83 a 96% de los casos después de 8 semanas de tratamiento. En caso de ERGE recidivante o complicado (Esofagitis erosiva y Esófago de Barrett) puede administrarse tratamiento a largo plazo con IBP o recomendarse tratamiento quirúrgico. Este último ofrece mejor costo-efectividad en manos de un cirujano experto, pero no debe recomendarse en pacientes que respondieron mal a IBP. En pacientes con obesidad mórbida candidatos a cirugía antirreflujo debe considerarse la cirugía bariátrica, principalmente el bypass gástrico laparoscópico. En los demás casos, no existe duda que la fundoplicatura de Nissen laparoscópica es el procedimiento de elección y su principal objetivo es el restablecimiento anatómico y funcional de la barrera antirreflujo.

CM18. TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE LA DIABETES. Dr. Carlos Zerrweck, Especialista en Cirugía General, Alta Especialidad en Cirugía Bariátrica y Metabólica. México**.**

CM19. EXPLORACIÓN LAPAROSCÓPICA DE LA VÍA BILIAR VS RENDEZ-VOUS LAPAROENDOSCÓPICO. Dr. José Dalio Gómez Jereda, Especialista en Cirugía General, Subespecialista en Cirugía Laparoscópica Avanzada y Alta Especialidad en Cirugía Bariátrica y Metabólica. Hospital Nacional "Dr. Mario C. Rivas", Hospital del Valle, Hospital Cemesa, San Pedro Sula.

El 10% de la población padece colelitiasis. El 20% de éstos sufren síntomas y el 10% de los pacientes con síntomas presentan coledocolitiasis, cuyo tratamiento requiere invadir la vía biliar. El estándar de oro en la cirugía actual es determinado por la realización de procedimientos mínimamente invasivos, costo-efectivos y seguros. La exploración abierta de la vía biliar fue el único método para el tratamiento de la coledocolitiasis hasta la llegada de la colagiopancreatografía retrógrada endoscópica (CPRE) en la década de los 70's que disminuyó la morbimortalidad asociada a la apertura de la vía biliar. En la década de los 80's se realizó la primera colecistectomía laparoscópica y en la siguiente década la primera exploración laparoscópica de la vía biliar (ELVB). Inició así, una nueva era para la cirugía con el desarrollo de los procedimientos laparoscópicos que a principios del siglo XXI se han convertido en el estándar de oro debido a sus conocidas ventajas sobre la cirugía abierta. La batalla cons-

tante entre los procedimientos mínimamente invasivos por convertirse en el estándar de oro ha puesto frente a frente a la CPRE y la ELVB. La CPRE disminuye la necesidad de abrir la vía biliar y es posible realizar una colecistectomía laparoscópica en el mismo tiempo anestésico mediante el paso de una guía hidrofílica a través del conducto cístico hacia duodeno y la canulación endoscópica selectiva de la vía biliar, evitando la invasión accidental del conducto pancreático y el riesgo de pancreatitis post CPRE. La ELVB permite la introducción de cámaras al árbol biliar a través del conducto cístico evitando abrir el colédoco, y mediante observación directa efectuar litotripsia y extracción de litos. En caso de coledocotomía, puede realizarse cierre primario, ya que la coledocoscopia da la certeza necesaria para evitar dejar un tubo en T por riesgo de coledocolitiasis residual.

CM20. COLECISTECTOMÍA LAPAROSCÓPICA EN SITUACIONES DIFÍCILES. Dr. Deepak Varma.

CM21. AVANCES EN CIRUGÍAS BARIÁTRICA. Dr. Carlos Zerrweck, Especialista en Cirugía General, Alta Especialidad en Cirugía Bariátrica y Metabólica. México**.**

CM22. COMPLICACIONES AGUDAS DESPUES DE CIRUGIA BARIÁTRICA. Dr. Francisco Lennyn Alvarenga Fajardo, Especialista en Cirugía General y Laparoscopia, Cirugía Bariátrica y Metabólica. IHSS, San Pedro Sula.

La obesidad es una enfermedad compleja, con muchas opciones de tratamiento y respuestas variables. La cirugía bariátrica y metabólica está en auge a nivel mundial como la opción más efectiva y con mejores resultados a corto y largo plazo. A lo largo de los años se han desarrollado diferentes técnicas quirúrgicas con aceptación variada según el país donde se realice, la capacidad de cada centro y sus especialistas. Ninguna cirugía está exenta de riesgos y cirugía bariátrica no es la excepción, pudiendo ocurrir complicaciones después de realizarlas, la mayoría de estas son de poca consecuencia para el paciente y fácil resolución, pero otro número menor, son de difícil manejo y pueden tener resultados fatales. Un principio básico en el área quirúrgica es prevenir la aparición de complicaciones, para lo que se plantean una serie de estrategias y procedimientos que persiguen este fin, por el contrario, si se omiten, los resultados no serán los deseados. Aunque a veces, aun siguiendo todos los protocolos, las complicaciones suelen aparecer. En los peores escenarios se encuentran las hemorragias con alteraciones hemodinámicas, los episodios tromboembólicos, y las fugas de las líneas de suturas y/o anastomosis con consecuencias sépticas. En Honduras ha llegado la cirugía bariátrica y metabólica en una época en la que aún hay mucho desconocimiento respecto al tema, no solo en la población general, sino también en el ámbito médico. Estos pacientes pueden llegar una noche cualquiera a sala de emergencia de un hospital, por lo que consideramos de vital importancia el involucrar a la mayor cantidad de profesionales de la salud para que conozcan los diferentes tipos de cirugías hay como identificar de manera oportuna sus complicaciones para poder iniciar el tratamiento adecuado.

CM23. CIRUGÍA PLÁSTICA EN EL PACIENTE BARIÁTRICO. Dra. Carmen Ruiz, Especialista en Cirugía Reconstructiva. Hospital del Valle, San Pedro Sula

CM24. OBESIDAD, CIRUGIA BARIÁTRICA Y REFLUJO: ¿CAUSA O EFECTO? Dr. Francisco Lennyn Alvarenga Fajardo, Especialista en Cirugía General y Laparoscopia, Cirugía Bariátrica y Metabólica. IHSS, San Pedro Sula.

La obesidad es una enfermedad compleja, se acompaña de deterioro del estado de salud de la persona que la padece por su asociación con enfermedades como hipertensión arterial, diabetes mellitus, dislipidemias, reflujo gastroesofágico, apnea del sueño entre otras. También afecta aspectos sociales y psicológicos, provocando alteraciones en la calidad de vida de los individuos. Tradicionalmente el tratamiento para la obesidad ha sido a base de dietas, ejercicio y fomentar cambios en el estilo de vida de las personas, posteriormente se ha agregado el uso de medicamentos para inducir pérdida de peso o disminuir el apetito, aunque se ha visto que estos tratamientos son insuficientes para lograr una pérdida de peso adecuada y duradera, por lo que la cirugía bariátrica y metabólica ha crecido como una alternativa efectiva con resultados satisfactorios en la mayoría de los pacientes. El reflujo gastroesofágico es una patología multifactorial, asociada a factores alimentarios, presencia de hernia de hiato o situaciones que aumentan la presión intraabdominal. Entre las diferentes opciones de tratamiento se incluye mantener un peso saludable. Muchas de los pacientes con obesidad presentan síntomas de reflujo al momento de hacerse cirugía bariátrica y metabólica, según la técnica quirúrgica empleada estos síntomas pueden mejorar o empeorar, por lo que la selección adecuada de la técnica es esencial para evitar agravar los síntomas. Por el contrario, se ha demostrado que hasta un 49% de las personas que no tenían reflujo antes de operarse, están presentándolo en fechas posteriores a la cirugía, asociándose incluso con lesiones de la mucosa como esofagitis o esófago de Barrett, consideramos importante dar a conocer estos datos para hacer una adecuada selección de los pacientes, un correcto seguimiento y prevenir enfermedades como adenocarcinoma esofágico.

CM25. PROTOCOLO ERAS RECUPERACIÓN ACELERADA POST QUIRÚRGICA. Dr. Manuel Salinas, Especialista en Cirugía Oncológica. Hospital Nacional “Dr. Mario C. Rivas”, San Pedro Sula.

CM26. CIRUGÍA ESTEREOTAXICA: EXPERIENCIA HOSPITAL ESCUELA. Dr. Rafael Aguilar, Especialista en Neurocirugía, Tegucigalpa.

CM27. MANEJO QUIRÚRGICO DE ANEURISMA CEREBRAL. Dr. José Geovany García Herrera, Especialista en Neurocirugía. Hospital Nacional "Dr. Mario C. Rivas", San Pedro Sula.

Los aneurismas son dilataciones en la pared de un vaso sanguíneo. Surgen del equilibrio interrumpido entre el estrés hemodinámico y la fuerza de la pared arterial, produciendo cambios biológicos celulares y moleculares. Usualmente ocurre en las bifurcaciones de las arterias, la mayoría se desarrollan espontáneamente, considerándose como factores de riesgo: genéticos, hipertensión arterial, tabaquismo y edad. El 1% a 2% se asocia con trauma, infección o tumor. Son lesiones solitarias en 70% a 75% y múltiples en 25% a 30%, la ruptura aneurismática representa 85% de las hemorragias subaracnoideas, 85 % a 95 % corresponden al sistema carotideo y 5 – 15% a la circulación Posterior. Así como la diversidad de aneurismas, su abordaje depende del tipo de aneurisma a tratar, morfología, ubicación, estructuras circundantes, vasos colaterales. La obliteración se encamina en tres rutas: neuroquirúrgico con clipaje, endovascular, técnicas indirectas como revascularización. La opción neuroquirúrgica se considera para todos los aneurismas, con mínimas excepciones, la estrategia endovascular pertenece limitaciones, como vasos de mínimo calibre, aneurismas con cuello ancho, y pacientes de mayor edad. Ensayos multicéntricos comparan estos tratamientos, en el estudio de mayor peso se tomaron 9,559 aneurismas rotos, 2143 eran adecuados para las dos alternativas, en 42 centros de neurocirugía, en Reino Unido y Europa. 250 (23.5%) de 1063 pacientes con tratamiento endovascular fueron muertos o dependientes a 1 año, en comparación con 326 (30.9%) de 1055 pacientes asignados a neurocirugía. El riesgo de epilepsia fue menor con tratamiento endovascular, el riesgo de nuevas hemorragias fue mayor y las recurrencias angiográficas en 10% a 33%. El estudio ISAT mostró adecuada la ruta endovascular como primera línea, sin embargo, la falta de acceso a material y equipo angiográfico en algunos centros confiere a la vía endovascular el 20%, mientras que en otros el 70% de los aneurismas rotos.

CM28. ACTUALIZACIÓN EN LA ATENCIÓN AL PACIENTE CON HEMORRAGIA SUBARACNOIDEA NO TRAUMÁTICA. Dr. Jorge Eduardo Ortega, Especialista en Neurocirugía, Neurocirugía Endovascular. Hospital del Valle, San Pedro Sula.

La Hemorragia Subaracnoidea no traumática es el sangrado espontaneo en el espacio subaracnoideo. Es un padecimiento del cual poco se sospecha y, por lo tanto, puede ser mal diagnosticado. El cuadro clínico se caracteriza por cefalea intensa de inicio súbito que puede ser descrita como "el dolor de cabeza más intenso que ha sufrido en la vida", puede acompañarse de vómitos, pérdida del estado de alerta, convulsiones, rigidez de cuello, coma y hasta la muerte. Su frecuencia se estima en 6 casos por 100,000 habitantes por año, con una mortalidad del 30% en las primeras 24 horas. Un tercio de los pacientes quedarán con secuelas neurológicas, transitorias o permanentes. Estos pacientes requieren cuidados especiales en una Unidad de Ictus y algunos necesitarán asistencia con ventilación mecánica. El 80 a 85% de las hemorragias subaracnoideas no traumáticas se deben a la rotura de un aneurisma intracraneal, un 8% a hipertensión arterial no controlada, 5% a Malformaciones Arterio-Venosas, medicamentos antitrombóticos y anticoagulantes, y uso de drogas como cocaína o anfetaminas. Lo más importante es la sospecha clínica que se confirma con una tomografía simple de cerebro. Una vez confirmado el diagnóstico por tomografía, deberá buscarse la causa del sangrado, y como la causa más frecuente es la rotura de aneurismas, se deberá realizar una angiografía cerebral por sustracción digital con la cual se pueden detectar aneurismas con un 99% de sensibilidad. Básicamente hay dos formas de tratamiento de los aneurismas, a través del clipaje quirúrgico, o a través de la embolización endovascular. Será la experiencia del neurocirujano, las características propias del aneurisma, su ubicación, el estado clínico del paciente y los recursos tecnológicos con los que se cuente los que determinen cuál de los dos tratamientos es el más apropiado para cada paciente.

CM29. INDICACIÓN DE CIRUGÍA EN EPILEPSIA. Dr. Rafael Aguilar, Especialista en Neurocirugía. Tegucigalpa

CM30. ENFOQUE Y MANEJO DE DOLOR LUMBAR. Dr. Roberto Contreras, Especialista en Neurocirugía. IHSS, Hospital Bendaña, San Pedro Sula.

CM31. ENFERMEDAD DIVERTICULAR DE COLON QUE HACER. Dr. Jorge Suazo, Especialista en Gastroenterología, Hospital del Valle, San Pedro Sula.

CM32. USG HÍGADO GRASO QUE HACER. Dr. Raúl Zelaya, Especialista en Medicina Interna y Gastroenterología, Hospital del Valle, San Pedro Sula.

CM33. HERBOLARIA, SUPLEMENTOS DIETÉTICOS Y OTROS NEFROTÓXICOS. Dr. Manuel Rocha, Especialista en Nefrología. San Pedro Sula.

CM34. NUTRICIÓN EN PACIENTE NEFRÓPATA. Dr. Roberto López.

CM35. USO RACIONAL DE AINES. Dra. Gabriela Guzmán, Especialista en Reumatología, IHSS, Hospital del Valle, San Pedro Sula.

CM36. ACTUALIZACIÓN EN HIPERTENSIÓN ARTERIAL. Dr. Enrique Samayoa, Especialista en Medicina Interna y Cardiología. Hospital del Valle, San Pedro Sula.

CM37. INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO MANEJO INICIAL. Dr. Josué Ponce, Especialista en cardiología. San Pedro Sula.

CM38. INSUFICIENCIA RESPIRATORIA AGUDA. Dr. Luis Enamorado, Especialista en Medicina Crítica e Intensiva. Hospital del Valle, Hospital Cemesa, San Pedro Sula.

CM39. MANEJO DE FALLA CARDÍACA. Dr. Carlos Alvarenga, Especialista en Medicina Interna, Cardiología y Hemodinamia. Hospital del Valle, San Pedro Sula.

CM40. INTERVENCIONISMO EN CARDIOPATÍAS CONGÉNITAS EN ADULTOS. Dr. Max Aguilar, Especialista en Cardiología y Hemodinamia. Hospital del Valle, San Pedro Sula.

CM41. CÁNCER DEL TRACTO DIGESTIVO OPCIONES PALIATIVAS. Dr. Josué Umaña, Especialista en Gastroenterología. Hospital del Valle, San Pedro Sula.

CM42. USO CLÍNICO DE MARCADORES TUMORALES. Dr. Julio Alvarenga, Especialista en Oncología Clínica. San Pedro Sula.

CM43. MANEJO DE ANEMIA LO PUNTUAL PARA EL CLÍNICO. Dr. David Cortes, Especialista en Hematología. Hospital del valle, San Pedro Sula.

CM44. COLONOSCOPIA VIRTUAL EN CRIBADO DE CA DE COLON. Dr. Carlos Paz, Especialista en Radiología. Diagnos, San Pedro Sula.

CM45. TAMIZAJE EN CANCER, PROPUESTA DE ONCOGUIAS PARA DETECCIÓN OPORTUNA. Dr. Ismael Segura Galdámez, Especialista en Cirugía General y Oncológica. Centro de Cáncer Oncocenter, Unidad Oncoser, Cemesa, San Pedro Sula.

El tamizaje no es más que aplicar pruebas relativamente simples y de bajo costo a la población para evaluar si estos pueden o no tener una enfermedad, y viéndolo de esta forma, la mayoría de las asociaciones oncológicas no aceptan que se exponga a la población a pruebas de cualquier tipo con el afán de "poder encontrar a tiempo" el cáncer. La realidad de las cosas es que al hablar que se puede hacer "tamizaje" en cáncer se puede caer en la mala práctica y abusar de estudios (Instituto Nacional de Cáncer) que podrían: provocar complicaciones relacionadas con la prueba; tener falsos positivos que generen ansiedad y dé lugar a procedimientos invasores de diagnóstico; sobre diagnostico o detectar cáncer de bajo riesgo que no tenga consecuencias significativas a largo plazo, sin embargo, la OMS sugiere que para algunos cánceres, el "tamizaje" es la mejor inversión en países en vías de desarrollo. Para fines prácticos se ha acuñado el término "pruebas de detección temprana" cuyos beneficios derivan de encontrar en el momento ideal u "oportuno" la enfermedad en etapas más tempranas y tratables reduciendo así considerablemente la mortalidad. La American Cancer Society proporciona onco-guías para cánceres como de mamas, cuello uterino, colon, endometrio, pulmón y le da menos importancia a la PSA para próstata. Para que los exámenes sean eficaces debe permitir detección antes de que se presenten síntomas y se debe probar buen resultado del tratamiento para el cáncer a detectar si se inicia temprano. Proporcionamos en la ponencia guías de los canceres a los que se les acepta realizar dichas pruebas y además compilamos en un cuadro practico pruebas según edad y sexo para detección oportuna.

CM46. TRASPORTE DEL PACIENTE PEDIÁTRICO. Dr. Renán Orellana, Especialista en Pediatría y Medicina Crítica e Intensiva Pediátrica. Texas Children Hospital, Huston, Texas.

CM47. TRANSTORNO DÉFICIT DE ATENCIÓN E HIPERACTIVIDAD. Dr. Eduardo Barragan, Especialista en Neurología Pediátrica. Hospital Infantil de México "Dr. Federico Gómez". México.

CM48. DIAGNÓSTICO OPORTUNO DE ENFERMEDADES RENALES. Dr. Rubén Galeas, Especialista en Nefrología Pediátrica. Hospital Nacional "Dr. Mario C. Rivas", San Pedro Sula.

CM49. UCIP FUERA DE LA UCIP. Dr. Renán Orellana. Especialista en Pediatría y Medicina Crítica e Intensiva Pediátrica. Texas Children Hospital, Huston, Texas.

CM50. AUTISMO. Dr. Eduardo Barragan. Especialista en Neurología Pediátrica. Hospital Infantil de México "Dr. Federico Gómez". México.

CM51. NUTRICIÓN DEL PACIENTE CRÍTICO. Dr. Renán Orellana. Especialista en Pediatría y Medicina Crítica e Intensiva Pediátrica. Texas Children Hospital, Huston, Texas.

CM52. ABORDAJE DEL NIÑO HIPOTÓNICO. Dr. Eduardo Barragan. Especialista en Neurología Pediátrica. Hospital Infantil de México "Dr. Federico Gómez". México.

CM53. FUNCIÓN PULMONAR EN PACIENTES CON PATOLOGÍA MUSCULAR. Dra. Susan Galo, Especialista en Pediatría, Subespecialidad en neumología Pediátrica y Alta Especialidad en Medicina del sueño. Hospital del Valle, San Pedro Sula.

CM54. COMORBILIDADES EN EPILEPSIA. Dr. Eduardo Barragan. Especialista en Neurología Pediátrica. Hospital Infantil de México "Dr. Federico Gómez". México.

CM55. TEC EN PEDIATRÍA NUEVAS GUÍAS. Dr. Renán Orellana. Especialista en Pediatría y Medicina Crítica e Intensiva Pediátrica. Texas Children Hospital, Huston, Texas.

CM56. ENFERMEDAD DEL DENGUE. Dra. Luisa Pineda, Epidemiología. Dr. Emilio Barreto, Especialista en Medicina Interna e Infectología. Dra. Glenda Fasquelle, Especialista en Medicina Interna. Dra. Arlene Caballero, Especialista en Pediatría. Dra. Giselle Aguilar, Especialista en Medicina Crítica e Intensiva Pediátrica. Dr. Oscar Díaz, Especialista en Medicina Interna y Medicina Crítica e Intensiva.

CM57. INCOMPETENCIA ÍSTMICO CERVICAL DIAGNOSTICO Y MANEJO. Dr. Arlin Luke.

CM58. EMBARAZO MÚLTIPLE DESDE LA CIGOSIDAD HASTA EL DIAGNÓSTICO Y MANEJO. Dr. Wilfredo Alberto Flores Cuellar, Especialista en Ginecología y Obstetricia. Hospital del Valle, San Pedro Sula.

La atención de los embarazos gemelares requiere estar fundamentados científicamente y conocer las características específicas. La corionicidad (tipo de placentación) no refleja la cigosidad de la gestación múltiple. La cigosidad está determinada por el tipo de concepción de la misma. Una gestación monocigótica es producto de la división miótica del cigoto originado de un solo óvulo fecundado por un solo espermatozoide, en los dicigóticos, los gemelos son el resultado de la fertilización de múltiples óvulos, por diversos espermatozoides. En las familias que tienen riesgo de transmisión de enfermedades hereditarias, el cálculo del riesgo de tener un hijo afectado debe tener en cuenta la cigosidad. La cigosidad no se puede diagnosticar antes del nacimiento de forma no invasiva. Por lo tanto, el consejo genético se basa en la corionicidad. Para el manejo clínico de los embarazos gemelares resulta de capital importancia conocer el número de placentas durante el primer trimestre, con el fin de establecer estrategias diagnósticas y terapéuticas adecuadas ya que a partir de esto se define el pronóstico de estos embarazos siendo de ordinario bueno para los que tienen más de una placenta. Los embarazos bicoriales (de dos placentas) serán objeto de estudio ecografico de manera mensual, no así los monocoriónicos que deben mirarse cada 15 días en busca de las enfermedades propias de los embarazos monocoriónicos, las cuales están predeterminadas por la presencia constante de anastomosis vasculares entre las dos o más circulaciones feto placentarias, que ocasionan una transfusión interfetal obligatoria que puede desequilibrarse, llevando a expresiones clínicas fetales de grado variable, que van desde simples discordancias entre el peso de uno u otro gemelo hasta la expresión extrema de un desequilibrio hemodinámico entre gemelos que se conoce como feto acárdico.

CM59. DOLOR PÉLVICO CRÓNICO: ABORDAJE ACTUAL. Dr. Kristian Navarro, Especialista en Ginecología y Obstetricia. San Pedro Sula.

El dolor es un síntoma complejo, que puede ser la principal y la más frecuente manifestación de muchas enfermedades, que genera en el paciente una experiencia sensorial y emocional desagradable. Puede estar asociado con un daño tisular real o potencial, sin embargo, en el intervienen factores psicológicos que dependen de experiencias dolorosas previas y de factores ambientales que influyen sobre la percepción del dolor, siendo necesario documentar la causa para orientar un tratamiento médico adecuado. El dolor pélvico crónico (DPC) es uno de los síndromes de dolor crónico, persiste durante seis meses o más, en el cual existe controversia en cuanto a su definición etiología), causas ginecológicas y no ginecológicas, factores psico socioculturales, diagnóstico y abordaje terapéutico. Actualmente se piensa que puede afectar a más del 15% de las mujeres, y que al menos una de cada tres experimentará este cuadro alguna vez en su vida). En países como Estados Unidos, aproximadamente el 10% de la población es remitida al ginecólogo por esta causa, siendo una indicación para realizar un procedimiento quirúrgico tanto diagnóstico como terapéutico, por lo tanto, el DPC es considerado como una de las principales indicaciones para realizar histerectomía de enfermedades benignas en aproximadamente el 20% de los casos, y al menos en el 40% para realizar laparoscopia). Teniendo en cuenta los planteamientos anteriores, es claro que el DPC es un problema tanto por su frecuencia como por su morbilidad, ya que a pesar de su alta prevalencia (7%) no existe tampoco una clara aproximación de su abordaje primario en forma integral. Podemos integrarlo en Síndromes para un mejor acercamiento y estudio: Sd Genitourinario, Gastrointestinal, Miofascial, Psicógeno. De esta manera es posible lograr un acercamiento diagnóstico y alcanzar el mayor efecto terapéutico.

CM60. INFERTILIDAD MASCULINA. Dr. Eduardo Bueso, Especialista en Ginecología y Obstetricia e Infertilidad, Hospital del Valle, San Pedro Sula.

CM61. MANEJO DE LESIÓN NO PALPABLE DE MAMA. Dr. Manuel Maldonado, Especialista en Cirugía Oncológica y Mastología. Hospital del Valle, San Pedro Sula.

CM62. MANEJO DEL SANGRADO UTERINO ANORMAL CLASIFICACIÓN FIGO. Dr. Ricardo Rivas, Especialista en Ginecología y Obstetricia. IHSS, San Pedro Sula.

CM63. CIRUGÍA GINECOLÓGICA DE INVASIÓN MÍNIMA. Dr. Luis Zúñiga Girón, Especialista en Ginecología y Obstetricia, Subespecialista en Cirugía Ginecológica Laparoscópica. Hospital "Dr. Mario C. Rivas", Hospital del Valle, San Pedro Sula.

La historia de la ginecología se remonta a Hipócrates. Antoine Jean Desormeaux perfecciono el endoscopio en Francia, lo utilizo para estudiar vejiga, cérvix y útero por primera vez en humanos. Kurt Semm se considera el verdadero impulsor de la LPS, introduce el cable de fibra óptica, el irrigador/succionador, describe la técnica del nudo extracorpóreo, introducción de la minicámara, simulador de prácticas en laparoscopia. Ventajas: mínima invasión, magnificación de campo, menor dolor, rápida recuperación, mejor estética. Desventajas: perspectiva diferente, pérdida de profundidad, no permite el uso de tacto, mayor coste, cansancio por posición, campo operatorio dependiente de neumo. Indicaciones de cirugía laparoscópica: esterilización tubárica, durante años ha sido la única técnica realizada por esta vía; embarazo ectópico, para el tratamiento quirúrgico debemos tener en cuenta la clínica y deseo reproductor de la paciente, tasa de reincidencia menor, preferible en pacientes hemodinamicamente estables; Masas anexiales, abordaje inicial en masas anexiales benignas, ofrece un estudio macroscópico de la masa y exploración de la cavidad abdomino-pélvica para conocer la naturaleza del tumor, las posibilidades terapéuticas pueden ser el aspirado, quistectomía, anexectomía, protegida en bolsa, colpotomía posterior; endometriosis, se tendrá en cuenta clínica, edad, deseo reproductivo y tratamientos previos, y beneficia al 60-80% de las pacientes con dolor pélvico crónico, en relación a la fertilidad estudios avalan mayor tasa de embarazos tras la cirugía; miomectomía, con indicaciones en caso de sangrado uterino anormal que no responde a tratamientos conservadores, anemia ferropénica, infertilidad, dolor, obstrucción o trastornos urinarios, tamaño del mioma principal menor 8-9 cm, número máximo de miomas 3-4; histerectomía, sospecha de endometriosis leve-moderada o adherencias, necesidad de anexectomía, endometriosis severas con poco acceso a los pedículos, acceso vaginal limitado, patología pre invasiva, patología maligna; cirugía oncológica, son ampliamente usadas en cáncer cérvix estadio Ia1, linfadenectomía en cáncer de endometrio, ganglio centinela o cáncer de ovario.

CM64. SÍNDROME DE OVARIO POLIQUÍSTICO GENERALIDADES Y DIAGNÓSTICO. Dr. Lindolfo Palma, Especialista en Ginecología y Obstetricia. San Pedro Sula.

CM65. SÍNDROME DE OVARIO POLIQUÍSTICO E INFERTILIDAD. Dr. Sergio Bendaña, Especialista en Ginecología y Obstetricia, e Infertilidad. Hospital Bendaña, San Pedro Sula.

CM66. CIRUGÍA VIDEO LAPAROSCÓPICA UNA OPCIÓN VALEDERA. Dr. Mario Pinto.

CM67. CIRUGÍA PERCUTANEA RENAL. Dr. Daniel Chinchilla Reyes, Especialista en Urología. San Pedro Sula.

El avance mundial en el mundo quirúrgico es arrollador, y en Honduras no podemos quedarnos atrás, por lo cual dirigimos nuestro camino hacia la cirugía mínimamente invasiva, que pueda resolver y enfrentar patologías complejas como el cáncer de urotelio en la pelvis renal, abscesos y la enfermedad litiásica, en la mayoría de sus aspectos A través de esta nueva configuración de cirugía que se practica en centros urológicos mundialmente conocidos por este mismo tanto queremos exponer a ustedes la técnica quirúrgica, las indicaciones, el desarrollo de la cirugía, las complicaciones, las ventajas y desventajas de esta nueva técnica, y proponerla para que sea llevada a cabo dentro de todos los centros públicos y privados del país. La cirugía renal percutánea se lleva acabo utilizando técnicas fluoroscópica o ultrasonográficas que permiten abordar el riñón mediante un pequeño puente de plástico e introducir una lente dentro del mismo para destruir con litotricia intracorporea y extraer cálculos de diferentes tamaños que no tengan indicaciones de otras técnicas quirúrgicas, al realizar este tipo de procedimientos, pacientes con obesidad mórbida y otras patologías se ven beneficiados Al no tener que pasar por el bisturí con heridas y procesos de recuperación que conllevan mucho tiempo, grandes incapacidades y limitaciones posteriores. La curva de aprendizaje en este tipo de procedimientos es mediana, y conlleva grandes beneficios para el paciente.

CM68. HIPERTROFIA PROSTÁTICA BENIGNA. Dr. Jamil Bendeck, Especialista en Urología. Hospital del valle, San Pedro Sula.

CM69. CÓLICO RENAL MANEJO Y SEGUIMIENTO. Dr. Edin Quijada, Especialista en Urología. San Pedro Sula

CM70. EYACULACIÓN PRECOZ SIGNO FRECUENTE DISFUNCIÓN SEXUAL. Dr. Jamil Bendeck, Especialista en Urología. Hospital del Valle, San Pedro Sula.

CM71. PATOLOGÍA DEL CANAL INGUINAL. Dra. Norma Oviedo, Especialista en Cirugía General. Hospital Nacional "Dr. Mario C: Rivas", San Pedro Sula.

CM72. MANEJO INICIAL DEL TRAUMA. Dra. Sandra Padilla, Especialista en Cirugía General. Hospital Nacional "Dr. Mario C. Rivas", San Pedro Sula.

CM73. MANEJO DE EMERGENCIAS TRAUMÁTICAS EN ORL. Dr. Julio Dubón, Especialista en Otorrinolaringología. Hospital Nacional "Dr. Mario C: Rivas", San Pedro Sula.

CM74. MANEJO DE RINOSINUSITIS Y PÓLIPO NASAL. Dr. Daniel Pazzetti, Especialista en Otorrinolaringología. Hospital del Valle, San Pedro Sula.

CM75. INTOXICACIÓN SISTÉMICA CON ANESTÉSICOS LOCALES, MANEJO CON LÍPIDOS. Dr. Joel Ricardo Chávez Gutiérrez, Especialista en Anestesiología Cardiovascular. Hospital Nacional "Dr. Mario C. Rivas", UNAH-VS, Hospital del Valle / Hospital Cemesa, San Pedro Sula.

La Intoxicación Sistémica por Anestésicos Locales (ISAL) muestra una incidencia baja, por ser subdiagnosticado. El riesgo se incrementa por bloqueos de nervios periféricos frecuentemente infiltrando grandes volúmenes de anestésicos locales (AL), próximo a estructuras vasculares. La clínica resulta se caracteriza por excitación y/o depresión neurológica, y afección cardiovascular, que puede conducir a parada cardiaca y muerte. En los últimos años se ha documentado una clínica cada vez más atípica, observando únicamente afectación neurológica, o clínica cardiovascular. Solo un tercio de los casos tuvieron una presentación clásica. Observándose inicio de los síntomas en 15 minutos desde la administración del AL. Se debe considerar ISAL en pacientes que presentan clínica después de 60 minutos de administrado el AL, o cuando manos "no-anestésicas" sean las que administren. La prevención es el mecanismo más importante para reducir el riesgo de ISAL Realizar los bloqueos periféricos guiados por ecografía. Emplear la menor dosis efectiva posible de anestésico local. Realizar una inyección fraccionada e incremental de anestésico local. Aspirar a través de la aguja antes de la administración del anestésico. Considerar la utilización de marcadores de inyección intravascular. Emplear la menor concentración de anestésico local posible. Realizar monitorización completa durante y después de la inyección de anestésico local. Reconocer los factores de riesgo como masa muscular, sexo, edad, comorbilidad, tipo de anestésico local, lugar y técnica de infiltración, si es intra o extrahospitalario, profesional no anestesiólogo. La administración de la emulsión lipídica al 20%: debe administrarse ante los primeros signos de intoxicación. La dosificación inicia con infusión. Dosis máxima de emulsión lipídica se establece por mL/kg (900 mL en 75 kg peso). Ante el colapso circulatorio o parada cardiorrespiratoria se debe dar reanimación cardiopulmonar y manejar la vía aérea de forma segura.

CM76. DOLOR ABDOMINAL AGUDO EN PEDIATRÍA. Dr. Giovani Marie, Especialista en Cirugía Pediátrica. Hospital Nacional "Dr. Mario C: Rivas", San Pedro Sula.

CM77. MANEJO REHABILITADOR DE ALGIAS VERTEBRALES. Dra. Melisa Mejía.

CM78. MANEJO INTEGRAL DE PATOLOGÍA DE HOMBRO. Dr. Gustavo Hernández, Especialista en Ortopedia. Hospital del Valle, San Pedro Sula.

CM79. ESGUINCE DE TOBILLO CONSECUENCIAS DE MAL MANEJO. Dr. William Castro, Especialista en Ortopedia. IHSS, San Pedro Sula.

CM80. GENERALIDADES DE FRACTURAS EN NIÑOS Y ADOLESCENTES. Dr. Oscar Paz, Especialista en Ortopedia. IHSS, San Pedro Sula.

CM81. MARKETING APLICADO A LA SALUD. Dr. Héctor Portillo.

CM82. MANEJO DE EPILEPSIAS. Dra. Eunice Ramírez, Especialista en Neurología. Hospital Nacional "Dr. Mario C: Rivas", San Pedro Sula.

CM83. GUIAS DE MANEJO AGUDO DEL ICTUS ISQUÉMICO. Dr. Allan Alcides Álvarez, Especialista en Neurología. Hospital del Valle, San Pedro Sula.

El ictus isquémico o infarto cerebral, también llamado derrame cerebral es la principal causa de discapacidad a largo plazo en el planeta y una de las principales causas de mortalidad, de tal forma que un diagnóstico temprano, acceso inmediato a servicios de salud, y un tratamiento adecuado en fase aguda, es importante que determinara la evolución a corto y largo plazo del paciente con infarto cerebral. Es importante que el personal médico que atiende esta emergencia este adecuadamente informado y actualizado sobre el mejor tratamiento médico y/o quirúrgico a brindar. Existen guías de tratamiento basadas en la evidencia médica científica más reciente, las cuales son brindadas por las principales asociaciones médicas dedicadas al estudio y manejo del ictus isquémico. En el 2018 se publicaron las ultimas guías actualizada, dando vital información que debe ser aplicada desde el momento de su traslado, manejo en emergencia y posterior traslado a áreas de hospitalización, que puede ser a una unidad de ictus, unidad de cuidados intensivos o área de hospitalización común. Se ha demostrado a través de varios estudios científicos, que la aplicación de un protocolo basado en estas guías mejorará el pronóstico de supervivencia y disminuirá el grado de discapacidad del paciente. Las principales medidas se basan en una adecuada evaluación médica, estudios de imagen, medidas generales, manejo de hipertensión arterial, control glicémico. También de vital importancia tratamiento trombolítico según el tiempo de evolución, cuidados post trombólisis y manejo de las complicaciones inherentes a está, y en casos seleccionados el uso de trombectomía mecánica. En relación a prevención secundaria inmediatamente después de ingreso se indican las medicaciones necesarias, así como el tratamiento de estenosis carotidea en caso de encontrarla. En resumen, el uso de protocolos basados en evidencia, son necesarios para un adecuado manejo del ictus isquémico.

CM84. VIDEO ELECTROENCEFALOGRAFÍA EN SÍNDROMES EPILÉPTICOS. Dr. Marco Medina, Especialista en Neurología y Epilepsia. Tegucigalpa.

CM85. MORDEDURAS DE SERPIENTES. Dr. Marco Molina. Especialista Medicina Interna. Hospital Nacional "Dr. Mario C: Rivas", San Pedro Sula.

CM86. MANEJO Y DIAGNOSTICO ESCLEROSIS MÚLTIPLE. Dr. Arturo Bueso, Especialista en Neurología. Hospital Bendaña, San Pedro Sula.

CM87. HIPOTIROIDISMO ESTADO DEL ARTE. Dr. Alejandro Cárcamo.

CM88. ACTUALIZACION EN DIABETES MELLITUS TIPO 2. Dra. Ónix Arita, Internista Endocrinóloga. San Pedro Sula.

La diabetes mellitus tipo 2 es una pandemia mundial en crecendo, que afecta todas las latitudes, en este momento más de 400 millones con este diagnóstico con proyecciones a más de 600 millones en el año 2040. La prevalencia a nivel nacional es del 8-12%, dependiendo del tipo de población urbana o rural. A estas cifras se suma la población con prediabetes, obesidad y síndrome metabólico, entidades que incrementan riesgo cardiovascular y que en corto tiempo formaran parte del grupo de pacientes con diagnóstico de diabetes, con todas las complicaciones que conocemos, siendo esta entidad la primera causa de ceguera, amputaciones, enfermedad renal terminal-diálisis, morbimortalidad cardiovascular, con consecuencias devastadoras a nivel individual, familiar y salud pública. Su fisiopatogenia es compleja y cada vez se descubren más vías fisiopatogénicas involucradas en su producción, y desde los primeros 3 órganos involucrados hasta el octeto ominoso, actualmente se define como el onceno atroz. A esto se suman los factores ambientales, epigenéticos, y factores heredofamiliares, que se involucran en la producción de esta patología, pero el peso de los factores ambientales en la época actual probablemente supere a los factores hereditarios. el tratamiento también se ha hecho complejo ya que hay diferentes grupos de fármacos que se pueden usar solos o en combinación, de acuerdo al estadio de la enfermedad, al riesgo cardiovascular, al estadio de función renal, a las comorbilidades asociadas, sin olvidar que los cambios en el estilo de vida, la educación diabetológica al paciente y su familia son fundamentales para lograr las metas deseadas en el control metabólico de esta enfermedad para mejorar calidad de vida, evitar complicaciones agudas, y esencialmente reducir las complicaciones crónicas irreversibles y progresivas de esta enfermedad.

CM89. ROMPIENDO PARADIGMAS EN OBESIDAD. Dr. José Gómez.

CM90. GOTA UN RETO PARA EL CLÍNICO. Dr. Gustavo Castellanos.

CM91. OPTIMIZACIÓN CON MANEJO DE ASMA. Dr. Marco Quiñones.

CM92. ASFIXIA PERINATAL. Dr. Andrés Gonzales.

CM93. RETINOPATIA DE EL PREMATURO. Dr. Carlos Rene Maldonado, Especialista en Oftalmología y Oftalmología Pediátrica. Jefe Departamento Pediatría. Tegucigalpa.

La retinopatía del prematuro es una de las principales causas de ceguera prevenible en niños. La gran mayoría de los casos se presentan en niños mayores de 1500 gramos y menos de 32 semanas de gestación. Fue descrita por primera vez en 1940 por Stewart Cliford. En la actualidad se reporta una prevalencia de 6.6 a 82 %, reportando a la vez una necesidad de tratamiento de 1.2 % al 23%. Los factores de riesgos significativos son la edad gestacional y el peso, y en menor escala la hipoxemia, sepsis, síndrome de distrés respiratorio, la presencia de membrana hialina, uso de surfactante, la apnea y la bradicardia. La retina inicia su formación antes de la 4ta semana de gestación y concluye 4 a 6 semanas después del nacimiento. Cualquier estimulo durante el desarrollo de la retina altera el curso de su maduración y esto conllevará a una hiperproducción de VEGF y esto a su vez la producción de nuevos vasos, produciendo retinopatía del prematuro. El manejo de pacientes con diagnóstico de retinopatía del prematuro implica un protocolo de exámenes y seguimiento de los niños con problemas. Dichos tratamientos van desde la modulación de dosis de oxígeno, hasta la cirugía de retina o retinopexia. Es indispensable establecer el diagnóstico y tratamiento de manera oportuna con un equipo multidisciplinario para evitar la ceguera.

CM94. DETECCION TEMPRANA DE CARDIOPATIAS CONGENITAS EN PEDIATRIA. Dra. Silvia Lorena Martínez, Especialista en Cardiología Pediátrica. Hospital "Leonardo Martínez", San Pedro Sula.

Las cardiopatías constituyen la malformación congénita más frecuente. La incidencia es de 6 a 14 por 1000 nacidos vivos y de estos niños, la mitad requerirá algún tipo de intervención cardiaca mediante intervencionismo o cirugía cardiaca durante el primer año de vida para sobrevivir. La detección temprana y referencia oportuna cambia dramáticamente el pronóstico en estos pacientes. Los avances en técnicas de imagen nos permiten plantear la sospecha diagnostica a través del ultrasonido transvaginal entre las 12 y 14 semanas y la ecocardiografía fetal. Al ser un órgano dinámico, las patologías pueden evolucionar, es el caso donde una estenosis aortica de inicio temprano de aumentar la severidad puede

llevar a convertirse en una estenosis critica o provocar no se desarrolle el ventrículo izquierdo convirtiéndose en una cardiopatía critica al nacimiento. En los primeros días la presencia de un patrón circulatorio de transición (foramen oval y conducto arterioso permeable) pueden mantener estable al paciente y los síntomas pasar inadvertidos al momento del alta. La detección de factores de riesgo, evaluación clínica y ahora con el uso de la oximetría de pulso, nos permite detectar tempranamente este tipo de paciente. En nuestro país la cirugía cardiaca en niños se realizaba solo durante brigadas médicas. Mediante la apertura de centros como el Hospital María, donde existe un programa de cirugía cardiaca pediátrica establecido, nos permite tener un centro de referencia para dar respuesta a estos pacientes, por lo cual, es nuestro deber como clínicos adquirir las destreza y habilidades para la detección temprana de esta patología la cual se ha constituido en una de las principales causas de morbimortalidad en nuestros niños.

CM95. ENFERMEDAD DEL REFLUJO GASTROESOFÁGICO. Dr. Marlon Fernández.

CM96. OBSTRUCCION DE CONDUCTO LAGRIMAL. Dr. Carlos Rene Maldonado, Especialista en Oftalmología y Oftalmología Pediátrica. Jefe Departamento Pediatría. Tegucigalpa.

Los puntos superior e inferior son el inicio del sistema excretorio. Cada punto se extiende a su ampolla de dos mm que se extiende perpendicular al parpado, llega al saco lagrimal, y de ahí a la nariz por el conducto naso lagrimal. Hay un sinnúmero de patologías relacionas con el sistema de drenaje de la vía lagrimal, desde la agenesia, obstrucción del punto hasta la obstrucción del conducto naso lagrimal. El lagrimeo congénito puede ser causado por una obstrucción a cualquier nivel de la vía, si hay lagrimeo constante y escaso material mucopurulento, sugiere una obstrucción superior; si hay lagrimeo y secreción mucosa, sugiere una obstrucción inferior. El tratamiento de ambas, si no está afectado el punto, es hacer una plastia del mismo. El tratamiento para el resto es un sondeo de la vía lagrimal, con lo cual se obtiene una dilatación de la vía. Y en los casos extremos, donde los sondajes no son satisfactorios, se realiza una dacriosistorinostomia. Dentro de las patologías de la vía lagrimal encontramos el cistocele el dacriocele cuyo manejo dependerá de la clínica.

CM97. NEUROINFECCIÓN. Dr. Gelder Zaldívar.

CM98. ENFERMEDAD DE KAWASAKI. Dra. Cinthya Falk.

CM99. DIAGNÓSTICO SINDRÓMICO MEDIANTE BIOLOGÍA MOLECULAR. Dr. Luis Romero.

CM100. MORDEDURA DE SERPIENTE. Dra. Sandra Gale, Especialista en Pediatría. San Pedro Sula.

CM101. MITOS Y REALIDADES DEL ESTRABISMO. Dr. Carlos Rene Maldonado, Especialista en Oftalmología y Oftalmología Pediátrica. Jefe Departamento Pediatría. Tegucigalpa.

El estrabismo es una desalineación de los ojos el cual puede ser clasificado en dos tipos básicos, los comitentes, en los cuales la desviación es igual en todos los puntos de la mirada, e incomitantes se refiere a los casos donde hay limitación de los movimientos, los cuales pueden ser causados por restricciones, paresias, y se asocia a problemas neurológicos. Hay varios tipos de estrabismo dependiendo hacia donde sea la desviación esotropias, exotropoia, hipotropia e hipertropia. Dentro de cada tipo hay presentaciones especiales, ejemplo en el caso de las endotropias se encuentran las congénitas, las acomodativas, las sensoriales. La evaluación de los pacientes dependerá de la edad de los mismos pero es de importancia determinar la agudeza visual para determinar tipo de tratamiento a alguna pruebas a realizar esta el test de Hirscberg, cover and cover test, retinoscopia y el examen de fondo de ojo que en estos pacientes deben de ser bajo dilación cicloplejica el tratamiento de dichos pacientes se realiza de acuerdo al diagnóstico realizado el cual puede ser quirúrgico, refractivo o una combinación de ambas; muchas patologías y formas raciales pueden semejar un estrabismo a lo cual se le llama pseudo estrabismo.

CM102. PUBERTAD PRECOZ. Dra. Elba Campos, Especialista en Pediatría. San Pedro Sula.

CM103. MANIFESTACIONES CLÍNICAS DEL VIH EN NIÑOS Y ADOLESCENTES. Dra. Karen Erazo, Especialista en Pediatría, Master en VIH. Coordinadora SAI HNMCR, Profesor Titular III UNAHVS, San Pedro Sula.

En el mundo se reportan 1,8 millones de niños menores de 15 años con VIH. Para el año 2017 se registraron 180,000 nuevas infecciones en menores de 14 años. En la población pediátrica la evolución natural de la enfermedad tiene un comportamiento bimodal, el 75-80% evolucionan de manera lentamente progresiva y 10-20% lo hacen de forma precoz y severa falleciendo en un 80% antes de los tres años. Las manifestaciones clínicas pueden ser diferentes de acuerdo a la edad, en neonatos puede no tener ninguna manifestación clínica o presentar hallazgos como hepatoesplenomegalia, linfadenopatía, purpura. En lactantes los signos clínicos aparecen a los 6 meses, pueden ser sutiles o severos como cuadros de neumonías por Pneumocistis Jirovecii, hasta un 10% de los lactantes con VIH presentan retraso en el desarrollo y encefalopatía. Los prescolares y escolares pueden presentarse con cuadros de infecciones

respiratorias recurrentes en su mayoría otitis a repetición, candidiasis oro faríngea o como un cuadro de Neumonitis Intersticial Linfoide, también se manifiestan con miocardiopatías, hepatitis y nefropatías hasta en un 40%. Otra forma clínica son las infecciones oportunistas, en Honduras la más frecuente tuberculosis pulmonar. Algunos niños pueden presentar neoplasias, la más frecuente en pediatría linfomas. En los adolescentes los cuales se infectan por dos vías, perinatal y sexual pueden tener una clínica similar al adulto con pocos síntomas o debutar con infecciones oportunistas y también pueden presentar síntomas relacionados con primo infección en un 65%. Es fundamental realizar al momento del diagnóstico la categorización clínica e inmunológica del paciente lo que nos permitirá monitorizar la progresión de la infección por VIH y planificar medidas preventivas y cuidados, sirviendo de base para la toma de decisiones clínicas en pacientes concretos.

CM104. PROBLEMAS REFRACTIVOS EN PEDIATRIA. Dr. Carlos Rene Maldonado, Especialista en Oftalmología y Oftalmología Pediátrica. Jefe Departamento Pediatría. Tegucigalpa.

La cornea y el cristalino son los elementos refractivos del ojo, la córnea representa dos tercios del poder óptico, y el lente el tercio restante, y sumado su poder representa 60 dioptrías, en contraste con el lente, la córnea no puede cambiar su poder refractivo, mientas que el lente tiene la capacidad de cambiar su curvatura aumentando su poder a lo cual se le llama acomodación. Hay tres problemas refractivos que a continuación detallamos. Hipermetropía, se presenta cuando el poder de la córnea y el cristalino no son suficientes para proyectar imagen clara en la retina, una pequeña cantidad de hiperoxia es normal entre infantes y niños; miopía, esta ocurre cuando el lente y el poder de el cristalino es más alto de lo normal y el foco cae antes de la retina , el ojo impresiona ser más grande de lo normal, tiene un patrón de herencia dominante recesivo, y se desarrolla en edad escolar aumentando en las etapas de crecimiento, generalmente no presentan ambliopía; astigmatismo, cuando el poder de la córnea, o el cristalino, es diferente en diferentes ángulos, por lo cual la luz no es reflejada al mismo punto, siendo la imagen borrosa, y acompañada por miopía o hipermetropía la presencia de más de tres dioptrías puede causar ambliopía. Todos los problemas refractivos son corregidos con gafas y actualmente hay otros métodos correctivos como la cirugía.

CM105. ACNE JUVENIL. Dr. Héctor Caballero, Pediatra Dermatólogo. San Pedro Sula.

CM106. INTENTO DE SUICIDIO EN ADOLESCENTES. Dr. Oscar Armando Ponce Quezada, Especialista en Pediatría, Pediatría Social. Hospital del Valle, San Pedro Sula.

El suicidio constituye una de las tres principales causas de muerte en el grupo de 9 a 19 años, junto con accidentes viales y homicidios. Un intento de suicidio se define como todo acto deliberado y ejecutado sin ayuda cuyo fin es terminar con la vida. A pesar que el intento de suicidio es más frecuente en mujeres, el suicidio es más frecuente en varones. Sus principales mecanismos son la ingesta de sustancias toxicas al organismo, asfixia, lanzamiento al vacío, heridas cortantes e inmolación. Posee una etiología multicausal: desde consideraciones religiosas, culturales y étnicas, hasta orgánicas, invocándose el déficit de serotonina, ya sea por déficit en la producción, defecto del transporte o fallo de receptores. Los factores de riesgo de intento de suicidio más importantes a considerar son: antecedente familiar de suicidio, antecedente de intento de suicidio, lesión autoinflingida sin fines letales y enfermedad depresiva subyacente. Se han descrito factores que minimizan el riesgo de intento de suicidios, como la asistencia de ambos padres a congregaciones religiosas, integración familiar, ambiente escolar armónico y estabilidad económica. Todo intento de suicidio debe ser atendido como una urgencia, aunque su repercusión haya resultado mínima o nula, debiendo ser hospitalizado y luego interconsultando inmediatamente a psiquiatría, complementando con trabajo social y psicología. Su prevención resulta esencial, idealmente mediante programas estratégicos. En la actualidad, Australia y Canadá lideran dichos programas, iniciando la pesquisa de factores de riesgo a temprana edad con preescolares y escolares. Otros países como EUA, Chile y Uruguay realizan dichas acciones en secundaria. Hasta el momento, no existe en Honduras ningún programa de prevención, pese a que esta patología va en aumento día a día, urgiendo a considerar e implementar un programa preventivo de preferencia a nivel escolar.

CM107. ACTUALIZACIÓN EN EL MANEJO DE EMBARAZO ECTÓPICO. Dr. Luis Reyes.

CM108. MANEJO DE INCONTINENCIA URINARIA DE ESFUERZO. Dr. Mario Pinto.

CM109. RESISTENCIA BACTERIANA EN HONDURAS. Dr. Emilio Barrueto, Especialista en Medicina Interna e Infectología. Hospital del Valle, San Pedro Sula.

CM110. MANEJO DE MENINGITIS BACTERIANA. Dr. Hugo Alvarado.

CM111. DERMATOPATÍA PARA INTERNISTAS. Dr. Cándido Ulises Mejía Padilla, Especialista en Dermatología. Hospital Nacional “Dr. Mario C: Rivas”, Catedrático de UNICAH, San Pedro Sula.

Las enfermedades dermatológicas son un problema común en el ámbito médico. Muchas de estas enfermedades pueden presentar manifestaciones en la piel antes que en cualquier otro órgano; la piel es capaz de reflejar alteraciones sistémicas de todo tipo, por ejemplo, si hablamos de Diabetes, que es una enfermedad metabólica de origen en-

dócrino, este tipo de pacientes tienen predisposición a infecciones, micosis, ulceras diabéticas, acrocordones (fibromas blandos) intertrigo y onicomicosis. Pueden de igual forma desarrollar herpes, tiñas, candidiasis, necrobiosis lipoídica, granuloma anular, xantomas. En las personas que padecen de enfermedades del síndrome metabólico presentan manifestaciones como acantosis nigricans, hirsutismo, intertrigo, queratosis plantar, estrías, insuficiencia venosa. Dentro de las manifestaciones dermatológicas en enfermedades tiroideas por presentar algunas tenemos cambios cutáneos como piel delgada, caliente, húmeda, prurito, equimosis y fragilidad capilar; dermatosis como vitiligo, dermografismo, ictiosis, xantomas; cambios en el cabello como alopecia difusa leve; cambio en las uñas como onicolisis, coiloniquia, dedos en palillo de tambor. Otras como queratoderma, queratosis pilosa, mixedema, granuloma anular, mixedema. Las manifestaciones cutáneas de las enfermedades no solo representan pistas para el diagnóstico oportuno de estas enfermedades, sino también signos clínicos de complicaciones internas, por lo que los dermatólogos, endocrinólogos, médicos internistas, médicos generales deben reconocerlos, para iniciar tratamiento precoz y oportuno, para brindar un mejor pronóstico al paciente.

CM112. CONSENSO SOBRE MANEJO DE H. PILORY. Dra. Silvia Portillo, Especialista en gastroenterología. San Pedro Sula.

CM113. NEUROCISTICERCOSIS EN HONDURAS. Dr. Marco Medina, Especialista en Neurología y Epilepsia. Tegucigalpa

CM114. CIRUGÍA ONCOPLÁSTICA DE CÁNCER DE MAMA. Dr. Manuel Maldonado, Especialista en Cirugía Oncológica y Mastología. Hospital del Valle. San Pedro Sula.

RESUMENES
TRABAJOS LIBRES (TL)

TL01. PREVALENCIA Y CARACTERIZACIÓN DE HIPERTROFIA AMIGDALINA EN ESCOLARES, HONDURAS, 2018. Alejandro Carías[1], Vilma Díaz[2], Juan C. Barrientos[3], Perla Simons Morales[4], David Naira[5]. [1]MSc. Especialista en Medicina General Integral y Otorrinolaringología, Profesor de la Unidad de Investigación Científica, FCM, UNAH; [2]MSc. Especialista en Otorrinolaringología, FCM, UNAH; [3]Especialista en Otorrinolaringología, FCM, UNAH; [4]Máster en Salud Pública, jefa de la Unidad de Investigación Científica, FCM, UNAH; [5]Experto en manejo de bases de datos, Unidad de Investigación Científica, FCM, UNAH.

Antecedentes: La hipertrofia amigdalina es el aumento del volumen de las amígdalas palatinas que se acompaña con síntomas de obstrucción de vía aérea. En los niños que la padecen se observa una relación con el consumo de comida chatarra. **Objetivo:** Analizar la prevalencia, características de la hipertrofia amigdalina y correlación con el consumo de comida chatarra en escolares de Honduras en el año 2018. **Metodología:** Enfoque cuantitativo, tipo descriptivo correlacional, con unidad de análisis en escolares de 5 a 15 años en las escuelas de la Secretaria de Educación. Muestra de 7020 escolares. Se evaluó la edad, sexo, síntomas y signos de la hipertrofia de amígdalas, además de enfermedades asociadas, frecuencia de porciones diarias y semanales, así como el lugar de consumo de las comidas chatarra. El procesamiento de datos se realizó con el programa Epi Info 7 versión 7.2.2.6 (CDC, Atlanta EUA), estimando frecuencias, porcentajes y correlación entre la comida chatarra e hipertrofia de amígdalas. **Resultados:** En un promedio de 8.6 años (± 1.8), la prevalencia de hipertrofia amigdalina es de 19%, predominan el sexo femenino con 53.9%. Los síntomas predominantes fueron las caries dentales en un 72.5%, y los ronquidos nocturnos en un 30.3% de los escolares. Con respecto al tamaño de las amígdalas, predominó el grado 1 en 31.0%. El crecimiento de las amígdalas fue bilateral en un 64.2%; la hipertrofia del lado derecho en 5.5%; 79.6% no presentó adenopatías yugulares; 43.3% presentó amigdalitis aguda a repetición. A pesar del alto consumo de comida chatarra como el churro, solo la salsa picante puede tener algún grado de correlación con la hipertrofia amigdalina. **Conclusiones/Recomendaciones:** La hipertrofia de amígdala afecta a 1 de cada 5 niños, la comida chatarra no parece tener correlación, excepto por el consumo de salsa picante, probablemente por su efecto irritativo directo.

TL02. FACTORES DE RIESGO, ANTECEDENTES PATOLÓGICOS, CLÍNICA, ESTIRPE HISTOLÓGICA Y NBI EN EL CÁNCER DE LARINGE. TEGUCIGALPA, 2014-2016. Alejandro Carías[1], David Naira[2], Julio Dubón[3], Vilma Díaz[4], Juan C. Barrientos[5]. [1]MSc. Especialista en Medicina General Integral y Otorrinolaringología, Profesor de la UIC-FCM, UNAH; [2]Experto en base de datos y análisis estadístico, UIC-FCM, UNAH; [3]Especialista en Otorrinolaringología; [4]MSc. Especialista en Otorrinolaringología, FCM, UNAH; [5]Especialista en Otorrinolaringología, FCM, UNAH.

Antecedentes: El carcinoma de laringe es la segunda neoplasia más común de cabeza y cuello. Con el surgimiento de nuevas técnicas diagnósticas y avances en el tratamiento del carcinoma laríngeo se puede alcanzar un alto nivel de curación, si procuramos un diagnóstico precoz. **Objetivo:** Analizar los factores de riesgo, los antecedentes patológicos, la clínica, estirpe histológica y el NBI en el cáncer de laringe en pacientes de la consulta externa de Otorrinolaringología del Hospital Escuela Universitario, en el periodo de agosto 2014 a junio 2016. **Metodología:** Enfoque cuantitativo, de tipo descriptivo, transversal de asociación, con unidad de análisis de los pacientes que tenían sospecha de cáncer laríngeo. Con una muestra de 106 pacientes. Se evaluó la edad, sexo, hábitos tóxicos, síntomas y signos, además de antecedentes patológicos, con patrón imagenológicos de la lesión laríngea. El procesamiento de datos se realizó con el programa SPSS versión 25, estimando frecuencias, porcentajes y correlación entre sitio primario de la lesión y NBI, además de estirpe histológica y NBI. **Resultados:** El grupo etario más frecuente fue de 61 a 70 años con 47 pacientes (44.3%), se encontró predominio del sexo masculino con 98 (92.5%), el antecedente patológico predominante fue Hipertensión Arterial 69 (65.1%). El factor de riesgo predominante fue tabaquismo en 94 (88.7%), la lesión se ubicó en la glotis en 94 (88.7%), la mayoría de pacientes se diagnosticaron con carcinoma epidermoide, 91 (85.9%). El síntoma más frecuente fue la disfonía en 99 (93.4%). La imagenología por banda estrecha (NBI) se encontró sugestiva de malignidad en la mayoría de los casos. **Conclusiones/Recomendaciones:** Los factores de riesgo, antecedentes patológicos, clínica, estirpe histológica y la importancia del NBI, en el cáncer de laringe en Honduras mantiene el mismo comportamiento que el mostrado a nivel internacional.

TL03. FACTORES SOCIOCULTURALES Y CLÍNICOS DE PACIENTES DE 20-50 AÑOS DIAGNOSTICADOS CON PAROTIDITIS. CHOLOMA, CORTÉS, 2018. Kateryn Paola Sandoval Martínez[1], Nancy Zarahi Zelaya Morales[1], Riccy Carolina Villeda Guevara[1], Juan Ramón Ordoñez Ordoñez[1], Ernesto Josué Castro Carballo[1]. [1]Estudiantes de 8vo. Año de Medicina, Universidad Nacional Autónoma de Honduras en el Valle de Sula.

Antecedente: La parotiditis, caracterizada por inflamación unilateral o bilateral, sensible y autolimitada de las parótidas u otras glándulas salivales, es producida por un paramixovirus, es endémica en todo el mundo con epidemias cada tres a cinco años en poblaciones no vacunadas. En Honduras, la vacuna triple vírica SRP fue introducida en 1997, colocando la primera dosis a los 12 meses y un refuerzo a los 6 años. En enero del año 2018 se comenzó a aplicar el refuerzo a los 18 meses de edad, lo que ha propiciado una disminución de sus casos. Durante los años 2013 al 2017 se estimaba un promedio de 138 casos anuales. En el 2018, hasta la semana epidemiológica número 13 ya se habían reportado 172 casos en el departamento de Cortés. **Objetivo:** Determinar los factores Socioculturales y Clínicos relacionados con Parotiditis en pacientes de 20 a 50 años atendidos en Centro Integral de Salud López Arellano, Choloma, Cortés, abril–junio, 2018. **Metodología:** Estudio de diseño no experimental, enfoque cuantitativo, alcance descriptivo causal, corte transversal. **Resultados:** Se evaluaron 200 pacientes con parotiditis, 59 % mujeres, 56% adultos jóvenes (20-24 años), media de edad 26 años, mediana 24, de los afectados en un 90% (n=180) operarios de maquila. Según sintomatología 87% presentaron fiebre y el 100% edema y dolor en glándulas parótidas. En relación con la vacunación, 80% desconoce si se aplicaron todas sus vacunas en infancia, 17% refirió tener incompleto estado vacunal y 3% indicó tener la totalidad de sus vacunas para la edad. **Conclusiones/Recomendaciones:** Reforzar la promoción de salud en áreas donde presenten enfermedades como parotiditis, brindando capacitaciones al equipo que conforman las unidades de salud y brindar información sobre la importancia de la vacunación, signos y síntomas de la parotiditis a la población para que puedan buscar atención médica oportuna.

TL04. SÍNDROME COMPARTIMENTAL, COMPLICACIONES DE FRACTURA CERRADA EN TERCIO PROXIMAL DE TIBIA: REPORTE DE CASO. Suzeth F. Galo T[1] Roger A. Domínguez C[2] [1]Doctora en Medicina y Cirugía, Hospital Roatán; [2]Doctor en Medicina y Cirugía, Especialista en Ortopedia y Traumatología, Hospital Roatán.

Antecedentes: El síndrome compartimental (SC) es el aumento de la presión en un espacio cerrado que deteriora el flujo sanguíneo, pudiendo producir daño en nervios y músculos. Este puede ser por aumento del contenido, disminución del continente o ambos. La tibia por su localización subcutánea está expuesta a sufrir traumas, y las fracturas de diáfisis son la causa más frecuente de SC en un 36% de los casos. **Caso clínico:** Masculino de 41 años, con historia de colisión con carro mientras él se conducía en moto. Presenta deformidad en miembro inferior izquierdo (MII) a nivel de tercio superior de la pierna, doloroso al tacto y movilización, edema, sin signos de alteración neurovascular. Estudio radiológico de pierna izquierda muestra fractura conminuta del tercio proximal de tibia, sin trazo articular. Al segundo día presenta flictenas, aumento de volumen, disminución del llenado capilar, dolor y paresia en MII. Por espera de cupo quirúrgico es intervenido hasta el día catorce. Durante el procedimiento se encuentra exposición de hueso necrótico en la zona con flictenas. Se realiza osteosíntesis con placa, la cual no puede ser cubierta en su totalidad por piel. Quince días después se observa mayor área de necrosis en piel y hueso, salida de material purulento e inestabilidad de la placa. Veintitrés días después es reintervenido para retirar la placa y colocar un fijador externo. Un mes más tarde se realiza injerto de piel y colgajo. A los dos meses siguientes, luego de rehabilitación física y buena integración musculocutánea, se coloca placa periarticular y se retira fijador externo. Está en espera de injerto óseo, en rehabilitación física. **Conclusiones/Recomendaciones:** Se demuestra la importancia de tratar las fracturas de tibia de tercio proximal como emergencias quirúrgicas, y la necesidad de una vigilancia estrecha ante la alta posibilidad de desarrollar Síndrome Compartimental con sus graves complicaciones y secuelas.

TL05. ADENOCARCINOMA GÁSTRICO DIFUSO COMO HALLAZGO INCIDENTAL POSTMORTEM EN PACIENTE ADOLESCENTE. Mázlova Toledo[1], Diana Henríquez[2], Joseth J. Zeron[3], Allan Iván Izaguirre González[4]. [1]Especialista en Patología, Departamento de Patología, Hospital Escuela Universitario; [2]Médico residente de 3er año Anatomía Patológica, Hospital Escuela Universitario; [3]Estudiante quinto año de medicina, Facultad de Ciencias Médicas; [4]Doctor en Medicina y Cirugía, Médico asistencial de emergencia, Hospital General Santa Teresa, Comayagua, Maestrante del programa de epidemiología.

Antecedentes: El adenocarcinoma es el proceso maligno más frecuente del estómago y representa más del 90% de todo el cáncer gástrico. En pediatría representa el 5% de todos los cánceres, y el 0.05% de todos los tumores pediátricos. Solo se han reportado 58 casos de neoplasias gástricas pediátricas en la literatura. **Caso clínico:** Femenina de 17 años de edad, atendida en servicio de urgencias del HEU, Tegucigalpa, Honduras, con historia de dificultad respiratoria progresiva, acompañado de tos no productiva, no cianotizante, ni emetizante, y síntomas constitucionales de aproximadamente 2 meses de evolución; asimismo cuadro diarreico crónico. Al examen físico sus signos vitales destacan FC: 158x', Pulso: 158x', FR: 80x', T°:35.8, PA: 116/77mmHg,

PAM:90, $SatO_2$: 84%. Glasgow 14, deshidratada con palidez generalizada y signos de bajo gasto. Tórax con patrón respiratorio acidótico**.** Se administraron líquidos intravenosos, cobertura antibiótica profiláctica, y en vista de cuadro agudo, se decide proteger vía aérea mediante intubación endotraqueal. Debido a choque refractario, se inician aminas vasoactivas. Presenta mala evolución clínica, falleciendo a las 6 horas posteriores a su ingreso. Los estudios realizados evidenciaron alteraciones en la biometría hemática, alteraciones hidroelectolíticas, datos de falla hepática. Se realizó autopsia encontrando masa lobulada en la curvatura mayor del estómago que rodeaba al páncreas, con metástasis a pulmones, ovarios, páncreas, grasa peripancreática, glándulas suprarrenales y ganglios linfáticos perigástricos/ilíacos. Estudio histopatológico mostró células neoplásicas con atipia severa, en anillo de sello y positivas para la tinción con azul Alcian. **Conclusión/Recomendación:** Es importante tener una alta sospecha clínica, ya que el retraso en el diagnóstico aumenta el curso más agresivo de esta patología, siendo el pronóstico menos favorable en estos pacientes.

TL06. CARACTERIZACIÓN EPIDEMIOLÓGICA Y MANEJO DE SEPSIS EN PACIENTES DEL SERVICIO MEDICINA INTERNA HOSPITAL ESCUELA UNIVERSITARIO, TEGUCIGALPA. Eddy Martínez Brocato[1], Bayron J Degrandes[1], Marlen Cruz Joya[1], Geovanni G Erazo[2], Wendy Moncada[3]. [1]Especialista en Medicina Interna; [2]Especialista en Medicina Interna, Hospital Escuela Universitario; [3]Especialista en Medicina Interna e Infectología, Instituto Nacional Cardiopulmonar.

Antecedentes: Sepsis es una secuencia de estadios progresivos presentando anomalías fisiológicas, biológicas y bioquímicas causadas por una respuesta inflamatoria desregulada a la infección. La incidencia anual de sepsis en Estados Unidos es de 240 casos por cada 100,000 habitantes lo que representa un costo anual de 17 billones de dólares, en algunos países de Latinoamérica la prevalencia es de 5%. **Objetivo:** Determinar características epidemiológicas y manejo de sepsis en pacientes de Medicina Interna, HEU. **Metodología:** Estudio descriptivo, transversal, duración 29 meses. Revisión de expedientes clínicos, seleccionando al azar 600/2790 con diagnóstico principal sepsis. Recolección de datos mediante instrumento estructurado (29 preguntas). **Resultados:** Se revisaron 288 expedientes clínicos que cumplieron con los criterios de inclusión. Prevalencia de sepsis 1.0% (2790/266,410), edad promedio 56.5 años (rango 20 a 103 años), mayores de 71 años la población más afectada (30%), 122 pacientes (42%) buscaron asistencia médica en 72 horas de presentar síntomas, 37/55 (68%) pacientes con choque séptico después de 72 horas, taquipnea fue el signo más frecuente tanto para sepsis 173 (60%) como choque séptico 33/55 (75%), 161 (56%) presentó alteraciones de conciencia. Fuentes de infección: respiratorio 26%, urinario 25%, enteral 21%, piel 14%, catéter de diálisis 9%. Gérmenes: *E. coli* 21/58 (36%) y *S. aureus* 16/58 (27%). Toma de cultivos se retrasó >4hrs en 81% (104/128). La primera dosis de antibióticos demoró >4 horas en 205/288 (73%). 20% presentó choque séptico; los >60 años fueron los más afectados en 42% (24/35), el vasopresor utilizado fue norepinefrina 95%. Fallecieron 28/288 (10%) de los pacientes. 28/55 (51%) a choque séptico; el 43% (12/28) de las defunciones se presentó en pacientes mayores de 60 años. **Conclusiones/Recomendaciones:** Con el fin de mejorar la evaluación y manejo de la población con sepsis; se espera sirva de guía para la realización de ensayos más grandes que faciliten llegar a dicha meta.

TL07. RESPUESTA TERAPEUTICA AL MELTIFOSINE Y EFECTOS COLATERALES PERCIBIDOS POR LOS PACIENTES CON LESHMANIASIS CUTANEA ULCERADA EN EL DEPARTAMENRO DE SANTA BÁRBARA, 2016-2018. Karel Escoto Pineda[1], Miguel Edgardo Umaña[2], Mirna Thiebaud[3], Carlos Fuentes[4], Sherill Yubisa Rodriguez[5]. [1]Medicina y Cirugía; [2]Medico Salubrista Profesor carrera de Medicina UNAH-VS; [3]Doctora en medicina y cirugía, Máster en salud pública, Profesora del Departamento de salud pública, Coordinadora del comité de vinculación Universidad Sociedad de la Escuela Universitaria de Ciencias de la Salud, [4]Medico Salubrista, Profesor carrera de medicina UNAH-VS; [5]Medicina y Cirugía, Jefe sala de Emergencia Hospital Santa Bárbara Integrado, Medico asistencial en Instituto Hondureño de Seguridad Social Regional Naco, Santa Bárbara.

Antecedentes: Meltifosine representa la primera terapia oral para tratar la Leishmaniasis como alternativa a tratamientos parenterales para incrementar el apego al tratamiento. Se introdujo como antiparasitario en 1998 en la India, África y en Honduras, se utilizó en el 2016 como una donación de la OMS para las regiones sanitarias donde la Leishmaniasis es endémica, como es el departamento de Santa Bárbara. **Objetivo:** Evaluar respuesta terapéutica al Meltifosine y efectos colaterales percibidos por pacientes con Leishmaniasis Cutánea Ulcerada (LCU) en algunos municipios del departamento de Santa Bárbara, de junio del 2016 a septiembre del 2018. **Metodología:** Enfoque cuantitativo, diseño observacional transversal/longitudinal con alcance descriptivo, obteniéndose los datos mediante la Ficha L para el registro transversal y un cuestionario para el longitudinal. **Resultados:** Se incluyeron 18 pacientes. En el 78% de los casos la lesión única fue la presentación clínica. El 61 % fueron hombres y 39% mujeres La media de edad es 33 años. Las ocupaciones frecuentemente afectadas: agricultura 39% y ama de casa 28. El 89% viven en zonas boscosas. Los municipios con mayor incidencia de LCU en orden decreciente: San Luis 39%, Chinda 28%, Petoa 17%. En el 72% de los casos fue afectado el hemicuerpo izquierdo. La respuesta del Meltifosine fue buena en un 94% de pacientes. Los principales efectos adversos percibidos fueron: náuseas, vómitos, pirosis. Ninguno presento alergias en la

piel. **Conclusiones/Recomendaciones:** El Meltifosine tuvo una buena respuesta en el 94% de pacientes, efectos colaterales tolerables, por lo que es recomendable realizar un estudio experimental comparándolo con el medicamento de primera línea del cuadro básico de la Secretaria de Salud.

TL08. GRANULOMA DE MAJOCCHI: FOLICULITIS POR DERMATOFITOS. Benilda Martel[1], Aleydi Gómez Campos[2], Katia Aguilar Gutiérrez[2]. [1]Médico Especialista en Dermatología, Servicio de Dermatología y Facultad de Ciencias Médicas (UNAH), Hospital Escuela Universitario, Docente de la cátedra de Dermatología; [2]Médico Residente de III año del Posgrado de Dermatología Hospital Escuela Universitario.

Antecedentes: El granuloma de Majocchi también conocido como perifoliculitis nodular granulomatosa, es una forma de infección atípica por dermatofitos con invasión de la dermis y el tejido celular subcutáneo, favorecida por el trauma de los folículos pilosos o la inmunosupresión del huésped. Se reconoce como una entidad poco común. El *Tricophyton rubrum* es el agente más frecuentemente involucrado, seguido de *Trichophyton mentagrophytes, Trichophyton epilans, Trichophyton violaceum* y *Microsporum canis,* entre otros. **Caso clínico:** Paciente masculino de 18 años, procedente de Comayagua, con antecedente de síndrome de Down, quien es referido a la consulta externa de Dermatología por presentar dermatosis de 3 años de evolución, que inició en miembros inferiores y posteriormente se extendió a tronco y miembros superiores, caracterizado por lesiones nodulares múltiples, eritematovioláceas, acompañadas de algunas pústulas, además se observa placa anular que abarca 80% de extensión de la espalada y muslos con borde activo, eritematoso y descamación fina, pruriginoso. Familiar del paciente refiere haber sido manejado con diferentes cremas tópicas (corticoesteroides, antibióticos) sin mejoría clínica. Se envían exámenes de laboratorio entre ellos: Hemograma y química sanguínea normal, KOH que reporta micelio hialino cenocítico con cultivo Trichophyton rubrum, además biopsia de piel con diagnóstico de Granuloma Dermatofítico (MAJOCCHI), por lo que se decide iniciar tratamiento con Terbinafina 250mg vía oral cada día por 3 meses, obteniendo buena respuesta con resolución de las lesiones antes descritas. **Conclusiones/Recomendaciones**: El presente caso nos da a conocer una infección por dermatofitos profunda, que mediante la historia clínica y exámenes de laboratorio pueden orientarnos a un diagnóstico correcto, evitando tratamientos inadecuados derivados del desconocimiento de esta entidad.

TL09. USO DE PLATA ACTIVADA EN PACIENTE CON PIE DIABÉTICO WAGNER GRADO 3 Y ULCERA VENOSA GRADO 4, EVITANDO AMPUTACIÓN A MEDIANO PLAZO: REPORTE DE CASO. Manuel David Ávila Tome[1], Daniela Alexandra Murillo Chambasis[1], Manuel Antonio Rivera Pérez[1], Paola Yasmira Ulloa Reyes[1]. [1]Doctor en Medicina y Cirugía, HonduCare Clínica de Heridas, Ostomias y Pie Diabético.

Antecedentes: Según la (OMS) el concepto de pie diabético comprende infección, ulceración y destrucción de los tejidos profundos, asociadas con anormalidades neurológicas y vasculopatía periférica de diversa gravedad, daño articular, dermatológico y de tejidos blandos. Debemos considerar a la diabetes mellitus como la primera causa de amputación no traumática en miembros inferiores, según la Organización Mundial de la Salud (OMS). **Caso clínico:** Masculino de 63 años, casado, de Tegucigalpa, Honduras; Se evalúa el 16 de enero del 2018 por lesiones en extremidad inferior izquierda (E.I.I) de 8 meses de evolución; niega fiebre. Con antecedente de: Diabetes Mellitus tipo II, hipertensión arterial no controlada, Insuficiencia Vascular Periférica, Obesidad Grado 3. Al examen físico: biotipo pícnico, presión arterial 170/110 mmHg, frecuencia cardiaca 78 lpm, peso 118 kg, talla 167 cm, 42.3 IMC kg/m2, perdida de la continuidad de la piel en E.I.I tercio medio de 8x14x2.5 cm ancho x largo x profundidad (AxLxP), cambios inflamatorios, bordes irregulares, signo de biofilm, RESVERCH 2.0 de: 26, lesión en E.I.I tercio inferior, 5to metatarsiano de 2.5x2x1.5 cm (AxLxP), RESVERCH: 2.0 de 13. Diagnóstico: ulcera Venosa Grado 4, Pie diabético Wagner 3. Estudios: cultivo de secreción, reporta Staphylococcus Epidermis, resistente a: penicilina, amoxicilia, cefadroxilo, gentamicina; sensible a: levofloxacina, teicoplanina, azitromicina. Manejo: curaciones con: solución salina 0.9%, plata activada (Silver Care) más antibiótico en control de infección, Dermy Gel (El Aloe), Hydro Gauze (hidrogel de Aloe Vera, sorbitol), Restore (Carboximetilcelulosa sódica); alcanzando cierre de ulcera de 5to metatarsiano a las 14 semanas, úlcera venosa grado 4 alcanzó el cierre a las 43 semanas debido a complicaciones por manipulación en casa y abandono de tratamiento. **Conclusiones/Recomendaciones:** La plata activada mostró resultados satisfactorios reincorporando al paciente a su vida social y laboral, sin limitaciones físicas, en un corto período de tiempo, disminuyendo riesgo de amputación a mediano y largo plazo.

TL10. ECTIMA LIKE: FUSARIOSIS NASAL EN INMUNOCOMPETENTE. Elsa Fernández[1], Aleydi Gómez Campos[2], Katia Aguilar Gutiérrez[2]. [1]Médico Especialista en Dermatología, Servicio de Dermatología, Hospital Escuela Universitario; [2]Médico Residente III Año del Posgrado de Dermatología, Hospital Escuela Universitario.

Antecedentes: Ectima gangrenoso (EG) implica lesiones cutáneas necróticas causadas por bacterias. Sin embargo, infecciones clínicamente similares han sido publicados por hongos como agentes etiológicos**.** Las especies del género *Fusarium* son hongos filamentosos saprofitos. En humanos, las especies de *Fusarium* (*F. Solani* la más frecuente, seguido de *F. oxysporum, F. verticillioides, y F. proliferatum-puede*), pueden causar un amplio espectro de infecciones superficiales, invasivas y diseminadas. **Caso clínico:** Masculino de 78 años, procedente de Distrito Central, soltero, alfabeta, comerciante, hipertenso controlado. Referido por dermatosis de 3 semanas de evolución, que inicia con lesión eritematosa en la columela que rápidamente se extiende al 90% de la nariz. A la exploración se encuentra placa necrótica con borde eritematoso definido, costra amarillo-verdosa y secreción purulenta, localizado en punta, puente y narinas, acompañado de eritema, edema, tumefacción en región infraorbitaria y labio superior. Niega fiebre u otra sintomatología. Las lesiones aparecen posterior a cuadro gripal y uso de papel periódico para limpiar el área. Examen físico sin otras alteraciones. Se decide ingreso a Hospital Escuela Universitario, exámenes: hemograma y química sanguínea normal, VIH negativo, Hb1AC 6.0%, ANA, ANCA MPO y ANCA PR3 negativos, impronta para leishmaniasis negativa, cultivo de bacterias: enterococcus, Koh piel: micelio hialino septado, Hemocultivo y urocultivo negativo, rayos X de tórax, TAC cerebral y Ecocardiograma normal. Inició cobertura antibiótica con ceftazidime y vancomicina. Biopsia de piel reporta micosis cutánea, cultivo por hongos revela género *fusarium oxysporum*, por lo que se inicia Voriconazol vía oral por 21 días, con respuesta satisfactoria la primera semana, luego desarrolla necrosis de toda el área y posteriormente úlcera con bordes elevados y bien definidos, se decide agregar Anfotericina B más desbridamiento quirúrgico. Evoluciona a choque séptico refractario, fallece a los 46 días intrahospitalarios. **Conclusiones/Recomendaciones:** Considerar infecciones micóticas en el abordaje diagnóstico del ectima gangrenoso.

TL11. SINDROME DE CARGA DEL CUIDADOR Y CARACTERÍSTICAS EN CUIDADORES FAMILIARES ATENDIDOS EN LA SALA DE GERIATRIA DEL HOSPITAL BASICO GABRIELA ALVARADO, DANLI, ENERO A MAYO DEL 2019. Idixi Garmendia[1], Gabriela Amaya[2], Sandra Rojas[3], Paola Sorto[3], Luis Valladares[4]. [1]Especialista en Medicina Interna, Maestría en Epidemiologia, Subespecialidad en Geriatría - Tanatología Clínica; [2]Medico general, Diplomado Gerontología; [3]Medico general; [4]Estudiante de séptimo año de medicina.

Antecedentes: La sobrecarga del cuidador es un fenómeno frecuente entre los cuidadores y familiares. Los conceptos básicos relacionados con la familia y los cuidadores pueden resumirse como sigue: el envejecimiento afecta las estructuras familiares en grado profundo; la familia es el ámbito de cuidados más importante; el cuidador se replantea la vida; es necesario cuidar al cuidador. **Objetivos:** Determinar la prevalencia del Síndrome de Sobrecarga del Cuidador en familiares atendidos en la sala de Geriatría, Identificar las enfermedades más frecuentes y grado de funcionalidad de los pacientes con la escala de Katz; definir qué funciones son las más afectadas en un familiar con sobrecarga. **Metodología:** Estudio transversal realizado entre enero y mayo del 2019; los participantes fueron seleccionados de forma aleatoria simple de 270 entrevistados. Se estableció tiempo de 1 año de ser cuidador al aplicar el instrumento. Los datos fueron analizados utilizando el programa STATA 12.0. **Resultados:** Se estudió un total de 270 personas, 135 fueron pacientes adultos mayores hospitalizados y 135 eran cuidadores, de los pacientes, 89 fueron del sexo femenino (66%), 46 del género masculino (34%) Las enfermedades más frecuentes de los adultos mayores fueron: hipertensión arterial (54%); Diabetes Mellitus 2 (28%); enfermedades cardiovasculares (27%); EPOC (20%); Enfermedad Renal crónica (7%); Demencia (6%). Edad Media del paciente fue 79.7 años. Actividades que se afectan en los cuidadores sobrecargados son; sueño 65%, recreación y tiempo libre 47%, cuidados del hogar 30%, alimentación 20%. **Conclusiones/ Recomendaciones:** La prevalencia de sobrecarga del cuidador es del 50%, por puntuación media de sobrecarga según escala de Zarit versión reducida, la escala cuenta con 7 preguntas, con 5 posibles respuestas cuyo puntaje es de 1 a 5, si el resultado es ≥ 17 el cuidador está en sobrecarga intensa, el cual se asocia a mayor morbilidad del cuidador.

TL12. ESTADO NUTRICIONAL Y DEPLECIÓN PROTEICA EN PACIENTES ONCOLÓGICOS INGRESADOS EN EL HOSPITAL GENERAL SAN FELIPE, TEGUCIGALPA, 2018. Ivin Jamileth Vaquedano Ramírez[1], Manuel Sierra[2], José Daniel Núñez [3]. [1]Estudiante de Quinto Año de Licenciatura en Nutrición, Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad Tecnológica Centroamericana; [2]MD, MPH, PhD., Docente Investigador, Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad Tecnológica Centroamericana; [3]Carrera Nutrición, Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad Tecnológica Centroamericana.

Antecedentes: La prevalencia de desnutrición en pacientes oncológicos es muy común y oscila entre un 20% y 40%; un abordaje nutricional óptimo es esencial para mejorar la calidad de vida del paciente, además una intervención nutricional temprana puede llegar a prevenir complicaciones de malnutrición, logrando una mejor respuesta al tratamiento del paciente. **Objetivo:** Determinar el estado nutricional de los pacientes oncológicos hospitalizados. **Metodología:** En una muestra de conveniencia, fueron evaluados pacientes de las salas de oncología del Hospital San Felipe; se realizó un tamizaje nutricional y se tomó el pliegue tricipital para determinar estado nutricional y depleción proteica. El presente estudio se presentó al Comité de Ética de la FCS de UNITEC y al HGSF. **Resultados:** Se evaluaron 50 pacientes. Las mujeres tuvieron un mayor porcentaje de depleción en comparación con los hombres (Razón de Prevalencia = 7.2, IC 95%: 2.0 – 25.7, p = 0.001). El cáncer colon rectal presento el mayor grado de depleción proteica (5/11 reserva baja, 1/11 reserva muy baja); seguido por el cáncer ovárico (1/3 reserva baja, 2/3 reserva muy baja) en el cual un 100% presento algún grado de depleción proteica; y el cáncer gástrico (2/4 reserva baja, 1/4 reserva muy baja). La mayoría de los pacientes que presentan una reserva proteica muy baja o baja reciben quimioterapia como uno de sus tratamientos principales**. Conclusiones/Recomendaciones:** Todo paciente oncológico ingresado a la sala de hospitalización debe de contar con una evaluación nutricional (Tamizaje nutricional) como parte esencial de su expediente. Es necesario llevar control del peso para monitorear cambios de ganancia y disminución para evitar la desnutrición del paciente. La importancia de mejorar el estado nutricional del paciente radica en evitar una estancia hospitalaria prolongada, y un mayor y rápido deterioro.

TL13. ESTADO NUTRICIONAL DE ADULTOS MAYORES HOSPITALIZADOS CON ENFERMEDADES CRÓNICAS NO TRANSMISIBLES, HOSPITAL GENERAL SAN FELIPE E INSTITUTO NACIONAL CARDIOPULMONAR, TEGUCIGALPA, OCTUBRE 2018 - ENERO 2019. Suni Rodríguez[1], Sheyrin Guevara[1], Sarai Rivera[1], Mauricio Palencia[1], David Orellana[1], Diana Méndez Oyuela[2], Iván Castro Farach[2], Manuel Sierra[3]. [1]Licenciado en Nutrición; [2]Docente carrera de Nutrición, Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad Tecnológica Centroamericana; [3]Docente Investigador, Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad Tecnológica Centroamericana.

Antecedentes: Las Enfermedades Crónicas No Transmisibles (ECNT) son la principal causa de muerte en el adulto mayor, siendo la hipertensión arterial y diabetes mellitus (DM2) las más frecuentes; una adecuada y completa valoración nutricional nos puede ayudar a mejorar la respuesta terapéutica de estos pacientes y prevenir complicaciones de malnutrición, logrando así una mejor calidad y esperanza de vida. **Objetivos:** Determinar el grado de sarcopenia y el estado nutricional de los pacientes adultos mayores (AM) hospitalizados con ECNT. **Metodología:** Estudio descriptivo. Previo consentimiento informado, a cada AM se le realizó un cribaje nutricional con peso, talla y el IMC. De igual forma se tomó dinamometría para medir fuerza muscular. Finalmente se aplicó el Mini Nutritional Assessment (MNA[R]). **Resultados:** Participaron 159 AM, mujeres 103 (65%). Los promedios encontrados fueron: edad 71 años, años de padecimiento ECNT 10 años, días hospitalización 11 días. Las ECNT encontradas: EPOC 66 (43%), DM2 64 (40%), ECV 61 (38%), HTA 60 (38%). Con el MNA encontramos: 66 (42%) desnutridos, 64 (40%) riesgo de desnutrición y 29 (18%) normales. Con dinamometría: 102 (64%) débiles, 55 (35%) normales y 2 (1%) fuerte. No se encontró asociación entre fuerza muscular o situación nutricional (MNA) con sexo, edad, procedencia, tiempo de padecer ECNT. **Conclusiones/Recomendaciones:** La evaluación y el abordaje nutricional deben de ser incluidos en el plan terapéutico del paciente hospitalizado, especialmente del AM.

TL14. CONOCIMIENTO, ACTITUDES Y PRÁCTICAS DE LOS MÉDICOS SOBRE EL NUEVO MODELO NACIONAL DE SALUD EN LEMPIRA Y CORTÉS, 2017. Delmy Jarizza Caballero Cuellar[1], Eva W. Reyes Reyes[1]. [1]Doctor en Medicina y Cirugía.

Antecedentes: En el año 2013 Honduras implementó el modelo descentralizado de salud que han seguido otros países de América del sur y Centro América, este modelo se caracteriza por que la Secretaría de Salud autoriza al Instituto Hondureño de Seguridad Social a llevar la función de financiador de los servicios de salud mediante la subcontratación de empresas privadas. **Objetivo:** Describir el conocimiento, actitud y prácticas de los médicos ante el nuevo modelo nacional de salud. **Metodología:** Estudio cuantitativo-cualitativo, realizado en 2017. Se obtuvo información brindada por médicos de los departamentos de Cortes y Lempira que laboraban en hospitales y centros de salud. La muestra fue de 115 médicos. La información se procesó con el software estadístico SPSS 24. **Resultados:** De los 115 médicos entrevistados, el 53% (61) era del departamento de Cortés. El 80% (92) reconoció que no se le ha explicado a cabalidad cómo funciona el nuevo sistema nacional de

salud. El 56% (64) considera que los cambios que se están implementando son imprácticos. El 61% (70) considera que con el nuevo sistema los pacientes no están recibiendo una mejor atención. El 80% (92) considera que la documentación que registra el trabajo asistencial no es confiable. El 78% (90) considera que el nuevo sistema de salud no es tan bueno como se pretende hacer creer. **Conclusiones/ Recomendaciones:** La mayoría de los médicos expresaron su insatisfacción con los resultados obtenidos con el nuevo sistema de salud pues se han incrementado los trámites de papelería sin aumentar la calidad del servicio. Se recomienda realizar un estudio que involucre centros asistenciales de todo el país, y al personal médico y de enfermería, así como la medición de satisfacción de la atención recibida por parte de la población.

TL15. EXPERIENCIA EN LA IMPLEMENTACION DE UN MODELO DE TRIAGE EN UNA EMPRESA PRIVADA DEL SISTEMA MEDICO DE EMPRESAS EN SAN PEDRO SULA, CORTES. Karen S. Gavidia. Doctora en Medicina y Cirugía, Pinehurst Manufacturing/Sistema Medico de Empresas, San Pedro Sula.

Antecedentes: La empresa privada ha tenido un crecimiento en el sector nor-occidental del país, debido a ello, y a través del Instituto Hondureño de Seguridad Social y el Sistema Medico de Empresas se busca brindar atención médica integral eficiente y eficaz para proporcionar un estado óptimo de salud a los colaboradores. El triage históricamente se ha utilizado para clasificar a los pacientes en base a criterios clínicos de gravedad y existen cinco modelos universales para una sala de urgencias, sin embargo, las clínicas del sistema medico de empresas brindan atención de salud primaria. Previo a la adaptación de este modelo de triage, la empresa en estudio no contaba con una metodología estructurada, desconociendo así la gravedad de cada paciente. **Descripción de la experiencia:** Desde hace dos años se implementa una adaptación del modelo de Manchester resumiendo los diferentes niveles en 4 colores: rojo, amarillo, verde y azul. Debido a la necesidad de agilizar y volver eficiente la atención médica, se realizó un cuadro-resumen que define y ejemplifica cada color. Toda la población tiene acceso al cuadro, el paciente le refiere al supervisor o a enfermería que desea anotarse a consulta médica y únicamente menciona el color donde se encuentra su motivo de consulta. Con ello se valora primero a los pacientes de mayor gravedad, optimizando la asistencia médica, disminuyendo el tiempo de espera y evitando riesgos. Así mismo brinda a la empresa la facilidad de reorganizarse en horas de la mañana con los colaboradores que pueden continuar con sus actividades laborales. **Lecciones aprendidas:** La educación y capacitación continua son el pilar del adecuado funcionamiento del triage. Se debe contar con una buena comunicación entre la empresa y el personal de la clínica para ayudar a los pacientes. Aunque tenemos dos años, se recomienda realizar un estudio comparativo implementándolo en otras entidades del sistema medico de empresas, y verificar si este modelo es funcional en centros de salud u otras instituciones de atención primaria.

TL16. CARACTERISTICAS DEL ACCIDENTE OFIDICO EN CASOS ATENDIDOS EN EL HOSPITAL ESCUELA UNIVERSITARIO, TEGUCIGALPA, 2014-2019. Jackeline Alger[1] Jorge A. García[2] [1]MD, PhD, MQC, Servicio Parasitología, Departamento de Laboratorio Clínico, Hospital Escuela Universitario; [2]Unidad de Investigación Científica, Facultad de Ciencias Médicas, UNAH.

Antecedentes: A nivel mundial, anualmente se producen 2.7 millones de intoxicaciones por mordedura de serpiente y 81,000-138,000 defunciones (OMS 2017). La Secretaria de Salud de Honduras informó en promedio 770 casos (rango 737-800), 2016-2018 (Boletín Epidemiológico, Secretaría de Salud). **Objetivo:** Caracterizar el accidente ofídico en casos presentados al Servicio de Parasitología, Departamento de Laboratorio Clínico, Hospital Escuela Universitario, Tegucigalpa, 2014-2019. **Metodología:** Revisión del Registro Diario y Registro Electrónico de Casos Clínicos, Servicio de Parasitología, Departamento de Laboratorio Clínico. Se identificaron las características del accidente ofídico: procedencia, edad y sexo del paciente; fecha, hora, lugar y sitio anatómico de la mordedura; especie de serpiente. La información personal de los pacientes se manejó confidencialmente. **Resultados:** Se identificaron 10 casos, 6 sexo femenino, 9 casos en niños (edad promedio 12.1 años, rango 2-15 años). Los casos procedían de Francisco Morazán 7 (CMDC 5, Cedros 1, Maraita 1), El Paraíso 2, Comayagua 1. Los accidentes en niños ocurrieron en la cercanía o dentro de la vivienda (1 sin dato). La mordedura fue pie (7), mano (2), entre omóplatos (1). Un caso fue por mordedura no venenosa, género *Adelphicus* (guardacaminos). Con apoyo del Instituto Clodomiro Picado, Costa Rica, las serpientes fueron identificadas como *Crotalus durissus* 4 (cascabel), *Porthidium ophryomegas* 4 (tamagás negro), *Micrurus* spp. 1 (coral). En seis casos el espécimen se identificó como una serpiente juvenil. **Conclusiones/Recomendaciones:** Los casos de mordedura por serpiente venenosa presentaron intoxicación leve, manejados con antiveneno de acuerdo al tipo de serpiente, con buena evolución clínica. Algunos presentaron reacciones adversas al antiveneno. Se deben promover medidas de prevención tales como eliminar residuos/acúmulos alrededor de vivienda y mantener zonas de almacenamiento libres de roedores. Al deambular al anochecer, se debe usar zapato cerrado e iluminar el camino. Es necesario contar con personal institucional capacitado y provisión adecuada de antivenenos.

TL17. VALORACIÓN DE LA ESCALA DE ALVARADO EN PACIENTES PEDIÁTRICOS SOMETIDOS A APENDICECTOMÍA EN EL CENTRO HOSPITALARIO DE EL PROGRESO, YORO, DE ENERO 2017 A DICIEMBRE 2018. José Daniel Almazán Monroy[1], Arodys Julianny Valle Martínez[1], Juan Carlos Fuentes Osorio[1], Mario J. Sánchez Andara.[2]. [1]Doctor en Medicina y Cirugía; [2]Médico Especialista en Cirugía General, Coordinador del Departamento de Cirugía y Ortopedia, El Progreso, Yoro.

Antecedentes: La apendicitis aguda es una de las emergencias quirúrgicas más frecuentes y la apendicetomía es la cirugía de emergencia más realizada. La escala de Alvarado ha sido el sistema de puntuación clínica más utilizado para el diagnóstico y manejo de apendicitis aguda. **Objetivo:** Demostrar que la apendicectomía era la conducta terapéutica indicada por el puntaje en la Escala de Alvarado en la población pediátrica del estudio. **Metodología:** Estudio retrospectivo y descriptivo con 106 pacientes menores de 18 años sometidos a apendicectomía entre enero 2017 y diciembre 2018 en el Centro Hospitalario de El Progreso. Se recolectó la información de los expedientes a través del instrumento tipo encuesta. Se estudió características sociodemográficas, variables y puntaje de la Escala de Alvarado, estudios de imagen y diagnóstico posoperatorio y anatomopatológico. **Resultados:** De los 106 pacientes del estudio 57.5% correspondieron a sexo masculino. Predominó la edad adolescente (54.7%). En la Escala de Alvarado la frecuencia de las variables fue: dolor en cuadrante inferior derecho (99.1%), leucocitosis (90.6%), desviación a la izquierda (90.6%), náusea y vómito (81.1%), rebote positivo (77.4%), fiebre (73.6%) y anorexia (45.3%). La puntuación de la Escala de Alvarado fue de 7 a 10 con 89 (84%) seguido por 5 o 6 con 17 (16%). No se encontró puntaje menor a 5. El ultrasonido abdominal como estudio de imagen más utilizado (37.7%) y Tomografía Computarizada 1 (0.9%). El diagnóstico posoperatorio más frecuente fue Apendicitis Aguda Supurada con 32 (30.2%), seguida de edematosa con 29 (27.4%), perforada con 26 (24.5%) y necrótica con 19 (17.9%). No encontramos evidencia del reporte de patología en 89 (84%) ni de la asistencia del paciente al control posoperatorio en 52 (49.06%). **Conclusiones/Recomendaciones:** La Escala de Alvarado es útil para decidir de forma temprana someter a apendicectomía a los pacientes con apendicitis aguda. Se recomienda su uso rutinario en la atención de estos pacientes.

TL18. PROFILAXIS POST EXPOSICIÓN OCUPACIONAL Y NO OCUPACIONAL AL VIRUS DE INMUNODEFICIENCIA HUMANA. HOSPITAL NACIONAL "DR. MARIO C. RIVAS", SAN PEDRO SULA, 2018. Raquel Andrea Martínez López[1], Krisia Maria Banegas Carballo[2], Karen Erazo[3]. [1]Doctora en Medicina y Cirugía, Medico Asistencial del Servicio de Atención Integral (SAI) Hospital Nacional Dr. Mario Catarino Rivas; [2]Doctora en Medicina y Cirugía, Medico Asistencial Clínica Materno Infantil Choloma, Médicos sin Fronteras; [3]Pediatra, Máster en VIH, Coordinadora del SAI HNMCR, Profesor Titular III UNAH-VS.

Antecedentes: Se desconocen datos en Honduras sobre infección por VIH ligados a la exposición de material contaminado ya sea por exposición ocupacional o no ocupacional. La exposición ocupacional ocurre en personas que realiza actividad laboral en atención de salud, y la no ocupacional está relacionada con agresión sexual, pero también puede ser por intercambio de agujas y jeringas para el uso de drogas endovenosas que sea de manera excepcional. **Objetivo:** Caracterizar los pacientes que recibieron profilaxis post exposición ocupacional (PPEO) y no ocupacional (PPENO) al VIH atendidos en el Hospital Nacional "Dr. Mario C. Rivas" (HNMCR) durante el 2018. **Metodología:** Investigación descriptiva, observacional, retrospectiva, de corte transversal, que incluye pacientes adultos y niños con antecedentes de exposición ocupacional y no ocupacional al VIH, atendidos en el HNMCR en el 2018. La muestra fue de 78 pacientes, se revisó el expediente clínico y los datos se registraron en una base de Excel. **Resultados:** Del total de pacientes, 37% (29) recibió PPEO y 63% (49) recibió PPENO por agresión sexual, de los cuales 43% (21) eran niños. La exposición ocupacional se presentó con más frecuencia durante los meses de marzo y junio, 14% respectivamente. Las mujeres resultaron más afectadas en un 59%, un 69% entre 20-35 años, solo el 48% tenía consignado el tiempo transcurrido de exposición, de este un 7% tenía más de 72 horas de evolución. El 51% de los casos sucedió en HNMCR ,67% en las emergencias, el estudiante fue el más afectado con un 31%, y se catalogó riesgo alto de exposición el 62% de los casos. La fuente era VIH positivo en el 41% de los casos. De los pacientes de PPENO, 51% tenía de 12-19 años, 90% mujeres, 63% tenía consignado el tiempo transcurrido de exposición y de estos, un 54% acudió con más de 24 horas de evolución. **Conclusión/Recomendación:** Es fundamental disminuir el tiempo entre la exposición y la atención médica para que la terapia antirretroviral profiláctica sea efectiva en evitar la infección por el VIH.

TL19. TRANSICIÓN DEL PACIENTE PEDIÁTRICO CON VIH A LA CONSULTA DE ADULTOS, HOSPITAL NACIONAL "DR. MARIO C. RIVAS", SAN PEDRO SULA, 2009-2018. Zamira Maltez Licona[1], Karen Erazo[2], Antoni Noguera Julián[3]. [1]Pediatra Infectólogo Instituto Hondureño de Seguridad Social; [2] Pediatra y Máster en VIH, Coordinadora del SAI Hospital Nacional Mario Catarino Rivas, Profesor titular III UNAH-VS; [3] Doctor en Medicina y Cirugía, Máster en SIDA y Acreditación en Investigación avanzada, Servicio de Pediatría del Hospital San Juan de Dios, Barcelona.

Antecedentes: La mayoría de los adolescentes con el virus del VIH lo adquirieron por vía perinatal en más del 90% de los casos, estos han sido atendidos en la consulta pediátrica desde su diagnóstico, planteándose un nuevo reto para el pediatra, su transición a los servicios del adulto. **Objetivo:** Describir las características que rodean la transición del paciente con VIH pediátrico a la consulta de adulto. **Metodología:** Estudio descriptivo, transversal, retrospectivo, que incluye pacientes con VIH atendidos en la consulta pediátrica que fueron trasladados a la consulta de adultos entre el año 2009 al 2018. Los datos fueron obtenidos de la revisión del expediente clínico de cada paciente. **Resultado:** Se incluyeron 63 pacientes, 51% corresponden a hombres, la mediana de edad al momento de la transición fue de 21 años (rango de 18-25 años), correspondiendo el 33% a la categoría clínica C y el 66% con inmunosupresión severa. El 43% de los pacientes ameritó, en algún momento, una intervención psicológica, siendo el 41% por mala adherencia al tratamiento antirretroviral (TAR). El 57% de los pacientes trasladados se les realizó un resumen clínico completo al momento de su traslado. Un año después de su traslado a la consulta de adultos el 25% presentó falla virológica, reportándose mala adherencia al TAR en el 32% de los pacientes. El 91% de esta cohorte permanece activo en el servicio de adultos, 2% ha solicitado trasladado a otro lugar del país, 3% está en abandono y 4% ha fallecido. **Conclusiones/Recomendaciones:** La transición a la consulta de adultos de un paciente pediátrico con VIH debe ser un proceso sistemático y protocolizado, coordinado con la consulta de adultos, realizado en el momento óptimo, idealmente cuando exista control inmunológico y virológico de la infección, y el paciente tenga conciencia plena de su condición con independencia de acciones.

TL20. GONORREA Y SÍFILIS PERSISTENTE EN PACIENTES CON INFECCIÓN POR VIH CON INMUNOSUPRESIÓN SEVERA; SERIE DE CASOS. Karen Ivon Lujan Álvarez[1], Karen Erazo[2]. [1]Médico y cirujano, Master en VIH, Medico asistencial SAI/HNMCR; [2]Medico Pediatra UNAH, Master en VIH, Coordinadora SAI/HNMCR, Profesor Titular III UNAHVS, San Pedro Sula.

Antecedentes: En Honduras, en el año 2018, se reportaron aproximadamente 36,564 casos de infección por VIH acumulado desde 1985**;** 24,381 corresponden a infección avanzada del VIH. El departamento de cortés registra una tasa de notificación de 785/ 100,000 habitantes. Las infecciones de trasmisión sexual tienen una alta morbilidad y mortalidad en los pacientes con VIH. **Casos clínicos:** Se presenta una serie de 12 casos de pacientes con ITS y VIH con inmunosupresión severa, CD4 menor 100 células los cuales fueron evaluados durante el periodo de septiembre 2018 a febrero 2019; 58% mujeres, 42% hombres; el 75% correspondiendo a miembros de grupos de población clave. El 67 % del total de pacientes con diagnóstico nuevo de infección por VIH. El síntoma de presentación más común fue el de secreción y ulcera genital. El 67% de la población tenía más de 2 ITS, 92% presento sífilis en sus diferentes estadios clínicos, 54%sifilis primaria, 36% secundaria, 10% terciaria, y 67% presentaron gonorrea. Todos los casos confirmados con laboratorio. El 83% había acudido a consulta previamente por un síntoma de ITS. Hubo mejoría clínica al tratamiento en 92% de los pacientes cuando su estado inmunológico supero las 200 células. **Conclusiones/Recomendaciones:** Los pacientes infectados por VIH experimentan una disminución marcada en el número de células de Langerhans, linfocitos CD4, células NK, macrófagos y monocitos. La resolución de las lesiones cutáneas y mucosas de los genitales está íntimamente relacionada con el estado inmunológico y la respuesta al tratamiento antirretroviral. El estado de inmunosupresión fue el condicionante de la progresión y difícil manejo de las lesiones mucocutaneas por infecciones de transmisión sexual en este grupo de pacientes.

TL21. HIPERPARATIROIDISMO PRIMARIO: REPORTE DE CASO. Onix Arita Melzer[1], Manuel Maldonado[2], Reinaldo Castro[3], César Alas-Pineda[4], Fanny Ponce-Barahona[5], Irina Álvarez[6]. [1]Especialista en Medicina Interna y Endocrinología, Hospital Bendaña; [2]Especialista en Cirugía Oncológica, Liga Contra el Cáncer, San Pedro Sula; [3]Especialista en Patología, Hospital del Valle; [4]Estudiante 7mo año Carrera de Medicina, Asociación Científica de Estudiantes de Medicina-Universidad Católica de Honduras Campus San Pedro y San Pablo; [5]Estudiante 5to año Carrera de Medicina, Asociación Científica de Estudiantes de Medicina-Universidad Católica de Honduras Campus San Pedro y San Pablo; [6]Doctora en Medicina y Cirugía, Hospital Bendaña.

Antecedentes: El hiperparatiroidismo primario, tercer trastorno metabólico más común a nivel mundial, provoca un aumento del calcio sérico y de la hormona paratiroidea, causado por una hiperactividad de las glándulas paratiroideas. En el 85% de los casos, se debe a un adenoma paratiroideo. Es predominantemente asintomático (>80%), pero sus manifestaciones pueden ser musculoesqueléticas, neurológicas, psiquiátricas, renales, cardiovasculares, y gastrointestinales. **Caso clínico:** Paciente femenina de 53 años de edad, con antecedentes de hipercolesterolemia familiar heterocigota e hipertensión arterial, presenta insomnio, náuseas, pérdida de peso, mialgias, astenia, reflujo gastroesofágico, e irritabilidad. Ante indicación de exámenes laboratoriales

muestra hipercalcemia leve. Se comprueba un adenoma paratiroideo derecho y nódulos tiroideos coloides benignos en lóbulo izquierdo mediante gammagrafía Tc99-MIBI, siendo sometida a su resección con posterior evolución satisfactoria. **Conclusión/Recomendación:** Considerando la predilección asintomática del hiperparatiroidismo primario y su preferencia de presentación como adenoma, resulta indispensable sospechar de él ante toda hipercalcemia. Requiere entonces una concientización amplia no solo en el ámbito médico sino también en la comunidad, ampliando esfuerzos entre el clínico, cirujano, y patólogo. Se recomienda medir el calcio y fósforo sérico de forma rutinaria en la evaluación clínica cotidiana de cada paciente para su detección.

TL22. HIPERPLASIA ESTROMAL PSEUDOANGIOMATOSA DE LA MAMA. REPORTE DE CASO. Linda Dubois[1], Claudia Medina[2], Liliam Ortega[3]. [1]Residente IV Postgrado de Radiología e Imágenes Médicas, Universidad, Nacional Autónoma de Honduras; [2]Residente III, Postgrado de Radiología e Imágenes Médicas, Universidad, Nacional Autónoma de Honduras; [3]Médico Especialista en Radiología, Instituto Hondureño de Seguridad Social.

Antecedentes: La Hiperplasia Estromal Pseudoangiomatosa (PASH), es una lesión mamaria poco frecuente, de carácter benigno. Se caracteriza por un sobre crecimiento de tejido conectivo fibroso**.** Descrito por primera vez por Vuitch en 1986. Tiene una amplia presentación que va desde un hallazgo incidental microscópico o radiológico hasta formar una masa palpable que puede imitar clínicamente un tumor. Las pacientes sintomáticas suelen presentar una lesión nodular indolora, móvil y firme y, por lo general son mujeres premenopausicas o postmenopáusicas que siguen tratamiento hormonal sustitutivo. En el diagnóstico diferencial debe incluirse el tumor phyllodes y el fibroadenoma. El tratamiento es quirúrgico con poca tendencia a la recidiva. **Caso clínico:** Femenina de 40 años, con antecedente de hipertensión arterial y síndrome anticuerpo anticuerpos antifosfolípidos, acude por masa palpable en mama izquierda de tres años de evolución, se realizó mamografía que evidencia nódulo ovalado, circunscripto, isodenso, ubicado en el cuadrante superior externo de mama izquierda. Al ultrasonido se observa calcificaciones; avascular al doppler color. Se le realizó biopsia con aguja gruesa que reporto extensa zona de fibrosis, fibroadenomatosis, conductos con hiperplasia epitelial ductal sin atipia, estroma con hiperplasia pseudoangiomatosa focalmente prominente. Recibió tratamiento quirúrgico con evolución satisfactoria. **Conclusiones/Recomendaciones:** La PASH es de presentación poco común. Su tratamiento es quirúrgico con márgenes amplios, bajos índices de recurrencia y excelente pronóstico.

TL23. LESION ESCLEROSANTE COMPLEJA: HALLAZGOS RADIOLOGICOS Y SUS DIAGNOSTICOS DIFERENCIALES. Digna Pavón[1], Nohely Aguilar[1], Alejandra María Sosa-Rivera[2], Liliam Ortega[3]. [1]Médico Residente de tercer año del Posgrado de Radiología e Imágenes, UNAH; [2]Médico Residente de cuarto año del Posgrado de Radiología e imágenes, UNAH; [3] Medico Radiólogo, Departamento de Radiología, IHSS.

Antecedentes: La lesión esclerosante compleja es una entidad poco común. Tiene una incidencia entre 0,6 y el 3,7% entre los 40-60 años. Suele diagnosticarse en los screening mamográficos como masas espiculadas o distorsión de la arquitectura mayor de 1cm, por lo que radiológicamente no puede distinguirse de un carcinoma invasivo. Se trata de un nido central fibroelástico del cual emergen espículas fibrosas. Puede asociarse con atipia, hiperplasia epitelial habitual típica, adenosis, papilomatosis, carcinoma ductal in situ, o incluso carcinoma invasivo dentro o en el tejido adyacente a la lesión esclerosante. La incidencia de malignidad varía ampliamente entre el 0% y el 23%. **Caso clínico:** Femenina de 67 años, procedente de Cedros, Francisco Morazán, la cual acudió a realizarse screening mamográfico. La mamografía mostró asimetría de densidad con distorsión de la arquitectura en el cuadrante superior externo de mama derecha, evidenciando imagen espiculada con centro radiolúcido que mide 4.8 x 6.7 cm, que persistió a la compresión selectiva. Se confirmó este hallazgo con ultrasonido visualizando distorsión de la arquitectura en el radio 9-10 categorizando la lesión con BIRADS IVA, por lo que se realiza marcaje de dicha lesión para realizar cuadrantectomia, el estudio de patología quirúrgica reportó lesión esclerosante compleja con atipia epitelial plana focal, y microcalcificaciones. **Conclusiones/Recomendaciones:** La lesión esclerosante compleja desde el punto de vista de la anatomía patológica, como radiológico, es extremadamente difícil diferenciar del carcinoma de mama. Existen algunos datos radiológicos sutiles que pueden orientar hacia el diagnóstico de lesión esclerosante, aunque la complejidad de la lesión lleva casi siempre a la biopsia por el riesgo potencial de degeneración maligna. Debido a que estas lesiones están asociadas con un riesgo considerable de encontrar carcinoma de mama en el tejido adyacente, se recomienda la escisión quirúrgica.

TL24. CARACTERIZACIÓN CLÍNICO-EPIDEMIOLÓGICO EN ADULTOS ENTRE 35-59 AÑOS CON ENFERMEDADES CRÓNICAS Y SU ASOCIACIÓN CON DEPRESIÓN. ESTUDIO MULTICÉNTRICO, 2019. Ariadna Mejía[1], Karina Calderón[1], Suyapa Green[1], Anuard Suazo[1]. [1]Doctor en Medicina y Cirugía.

Antecedentes: Las enfermedades crónicas son las responsables del 60% de las muertes en el mundo. La depresión como comorbilidad asociada a estas patologías ha sido descrita muy poco en Honduras. **Objetivo:** Caracterizar epide-

miológica y clínicamente a los adultos entre 35-59 años con enfermedades crónicas (hipertensión arterial, diabetes mellitus, enfermedades renales) y su asociación con depresión. **Metodología:** Estudio de corte transversal, se realizó un muestreo por conveniencia obteniendo 200 pacientes con enfermedades crónicas (diabetes mellitus tipo 2, hipertensión arterial crónica y enfermedad renal aguda) entre 35-59 años tratados en 4 centros de atención en salud de marzo a abril del 2019. Para determinar rasgos de depresión se utilizó la escala de Hamilton. El estudio se llevó a cabo en: Tela, Roatan, Puerto Lempira y Nueva Celilac. **Resultados:** La muestra fue de 130 mujeres y 70 hombres. La hipertensión arterial fue la enfermedad más frecuentemente encontrada con un 45%, seguido de la diabetes mellitus tipo 2 en 25% de los casos. El 55% de la muestra reporto ser amas de casa, y el 60% procedían de áreas urbanas. Se encontró que de los pacientes hipertensos el 50% tienen depresión leve, y 8% depresión grave. En los pacientes con diabetes mellitus, un 41% presentaba depresión moderada, 35% depresión leve y 24% depresión grave. Un 25% de pacientes con diagnóstico de hipertensión más diabetes no tuvieron ningún grado de depresión; y en el 5% de los pacientes con enfermedad renal aguda más diabetes mellitus tipo 2 no presentó rasgos depresivos, ya que eran recién diagnosticados y se encontraban en período de adaptación. Del total de la población estudiada el 17% reportó algún grado de depresión. **Conclusiones/Recomendaciones:** La depresión se encontró en 17% de los pacientes con enfermedades crónicas. La enfermedad en la que se encontró mayor frecuencia fue la diabetes mellitus.

TL25. SINDROME DE RAMSAY HUNT: CASO INFRECUENTE. Oscar Alberto Castejón Cruz[1] Tania Paola Lagos Ordoñez[2] [1]Doctor en Medicina y Cirugía, Maestría Dirección Estratégica de Organizaciones de Salud, Universidad Europea del Atlántico; [2]Doctora en Medicina y Cirugía, Postgrado Medicina Interna, Hospital Pedro de Bethancourt, Antigua Guatemala, Guatemala.

Antecedentes: Síndrome de Ramsay Hunt (SRH) es causado por la reactivación de Virus de la varicela zoster en los ganglios geniculados, complicación infrecuente del herpes zoster latente, con incidencia de 1/1000 a 2000 casos. Afecta el VII par craneal originando parálisis facial periférica, radiculoneuropatía y ganglionitis. Representa el 16% de todas las causas de parálisis faciales unilaterales en niños y el 18% en adultos e inmunocomprometidos. Entre 4.5 y 8.9% se relaciona con herpes zoster ótico. **Caso clínico:** Paciente masculino de 61 años, procedente de Chimaltenango (Oste de antigua Guatemala), con antecedentes de diabetes mellitus, se presentó a la Emergencia del Hospital Pedro de Bethancourt (Antigua Guatemala-Guatemala), con lesiones vesiculares de 2 días de evolución, localizada en pabellón auricular izquierdo extendiéndose a zona retroauricular. Posteriormente comenzó con desviación de la comisura labial izquierda y dificultad a la deglución. Se recibe con Signos vitales: Presión arterial 130/80 mmHg, FC 82 lpm, FR 18 rpm, SatO2 96%, T° 36.8 ºC. Paciente se observa en mal estado general con dermatosis diseminada a cabeza, cuello (anterior, posterior y lateral) y tronco superior que afecta hemicara, zona infra/supraescapular izquierda caracterizado por vesículas desde 0.3 a 2 cm de diámetro con base eritematosa que confluyen en racimo. Ojos simétricos con pupilas isocóricas y ptosis palpebral izquierda con lagoftalmía. Desviación de la comisura labial izquierda, conducto auditivo externo edematoso, membrana timpánica con lesiones vesiculares. Exámenes laboratoriales reportan: Hematología y pruebas de funcional renal Normal, glicemia 121 mg/dl, fosfatasa alcalina 144 U/l, Hemoglobina glucosilada 6.059%, Serología HIV y Hepatitis B negativo, VDRL no reactivo. **Conclusiones/Recomendaciones:** El tratamiento basado en corticoides y antivirales (aciclovir) hasta el momento es la mejor opción terapéutica, el cual debe de ser instaurado en las primeras 72 horas para evitar secuelas irreversibles en los nervios faciales y cocleovestibulares debido a degeneración nerviosa.

TL26. MIELITIS POR CRYPTOCOCCUS UNA PRESENTACIÓN ATÍPICA: REPORTE DE CASO. Elissa Hernández[1], José David Ferrera Reyes[2], Efraín Bú[3]. [1]Doctora en Medicina y Cirugía, Especialista en Medicina Interna; [2]Doctor Medicina y Cirugía; [3]Doctor en Medicina y Cirugía, Especialista en Medicina Interna, Subespecialista en Infectología, Tegucigalpa.

Antecedentes: La criptococosis, infrecuente en el humano, afecta preferentemente a criadores de palomas, trabajadores de laboratorio, y pacientes inmunocomprometidos. La infección del SNC es la complicación más grave de la criptococosis. **Caso clínico:** Masculino de 52 años, procedente de Tegucigalpa, diagnosticado con VIH en 2006, y tratado con efavirenz, ritonavir/lopinavir. Sin infecciones oportunistas desde el momento del diagnóstico. Con pérdida de fuerza en las extremidades inferiores, progresiva, y parestesias de 6 meses de evolución; 4 meses sin poder deambular, incontinencia urinaria, impidiendo actividades diarias. Sin cefalea, fiebre, cervicalgia, ni convulsiones. Ingresó a la Emergencia de Medicina Interna del HEU. Al examen físico, presentó nivel sensitivo en dermatoma C4, signos meníngeos y cerebelosos negativos, hiperreflexia en las extremidades inferiores, con fuerza reducida en las cuatro extremidades 4/5. Los estudios laboratoriales reportaron Leucocitos 12,000, Linfocitos 2,700, Linfocitos T CD4 546 células/ml, carga viral indetectable. En LCR glucosa 35 mg/dL, células 41 células/UI, proteínas 59 mg/dL, linfocitos 100%, ADA cuantificada en 9.7ug/L, Gene Expert negativo. Antígeno para Cryptococcus fue positivo en sangre y en LCR. No se envió cultivo. Se realizó IRM de columna cervical reportando espondiloartrosis y listesis cervical grado I, protrusión discal posterior, contactando saco dural posterior, sin comprimir el

canal medular ni salida de raíz nerviosa a nivel vertebral de C5 sobre C6. Se diagnosticó mielitis por Cryptococcus, se inició Anfotericina B liposomal 250 mg IV c/día durante 14 días (4mg/kg/día). Mostró mejoría de la fuerza en las extremidades al tercer día de tratamiento; al alta con fluconazol 400 mg VO c/día por 10 semanas; con recuperación de fuerza en extremidades al cumplir tratamiento. **Conclusiones/ Recomendaciones:** La mielitis por Cryptococcus es una presentación atípica de la criptococosis y se manifiesta especialmente en pacientes inmunocompetentes. Una vez establecido un déficit neurológico progresivo en paciente VIH seropositivo, deben realizarse estudios buscando la causa y así tratar oportunamente.

TL27. ENCEFALITIS DE BICKERSTAFF: A PROPÓSITO DE UN CASO. Bárbara Tinoco Baquedano[1], Francis Vásquez Triminio[1], Kary Antúnez Williams[1], Stephany Matamoros Montoya[1]. [1]Doctor en Medicina y Cirugía.

Antecedentes: La encefalitis de Bickerstaff es una entidad infrecuente de origen posinfeccioso. Se conoce como un síndrome compuesto por alteración del estado de conciencia, oftalmoplejía, signos piramidales y ataxia. Diferentes estudios han implicado a *Campylobacter jejuni* y *Haemophilus influenzae* como patógenos comunes. Se han informado otros agentes infecciosos asociados, que incluyen *Salmonella typhi* o paratyphi, *Mycoplasma pneumoniae*, CMV, VEB, VHS y el virus de la Varicela Zoster. **Caso clínico:** Femenina de 57 años procedente de Tegucigalpa, con antecedente de mialgias, artralgias y malestar general sin recibir tratamiento, 4 semanas después inicia con arreflexia y parestesias en miembros inferiores acompañado de debilidad muscular lentamente progresiva dificultando la deambulación además parálisis facial periférica izquierda, disartria, diplopía, visión borrosa, se le realizó IRM sin encontrar datos contribuyentes, análisis de LCR reporto hiperproteinorraquia y además se realizó serología por método ELISA reportando anticuerpos IgM positivo para Chikungunya. Se diagnosticó Polirradiculoneuropatía desmielinizante aguda variante del síndrome de Guillain-Barre tipo encefalitis de Bickerstaff y neuropatía craneal múltiple, fundamentados en criterios clínicos ya que los estudios imagenológicos no resultan concluyentes. Fue tratada con metilprednisolona obteniendo una respuesta satisfactoria, manifestando una evolución espontánea con medidas físicas de rehabilitación. Meses después se reevalúa y se realiza nuevamente serología por método ELISA demostrando AC IgG positivos para Chikungunya, IgG negativo por dengue, IgM negativo por VEB, IgG negativo por VHS, IgM negativo por CMV e IgG positivo por CMV; descartando estos últimos como causa del cuadro neurológico. **Conclusiones/Recomendaciones:** No se han documentado casos de Encefalitis de Bickerstaff asociado al Virus Chikungunya, sin embargo, se ha establecido a este virus como una causa de síndrome de Guillain Barre. Esto da pie a la realización de más investigaciones sobre las diferentes complicaciones que pueden presentar las personas afectadas por dicha arbovirosis debido a su impacto en la población hondureña.

TL28. ENDOMETRIOSIS TORÁCICA: UN CASO RARO DE NEUMOTÓRAX ESPONTÁNEO. Daniel Aguilar[1], Harold Arguello[2], Javier Sosa[2], Gerardo Mejía[2], Luisa Rodríguez[2], Carlos Bendaña[3], Suyapa Sosa[4]. [1]Médico Especialista en Medicina Interna, Servicio de Neumología y Cuidados Intermedios, Instituto Nacional Cardiopulmonar; [2]Médico General, Servicio de Neumología, Instituto Nacional Cardiopulmonar; [3]Médico Especialista en Patología. Servicio de Patología, Instituto Hondureño de Seguridad Social; [4]Médico Especialista en Neumología, jefa del Servicio de Neumología, Instituto Nacional Cardiopulmonar.

Antecedentes: La endometriosis afecta a mujeres en edad reproductiva. La presentación torácica es una entidad poco frecuente (3 a 6% de todos los casos), y puede localizarse en vía aérea, parénquima, pleura o diafragma. Las manifestaciones clínicas se presentan 24-72 horas previas o posteriores al inicio de la menstruación. Los signos y síntomas consisten en dolor torácico, hemoptisis y neumotórax (su forma más común, llamado neumotórax catamenial). El neumotórax catamenial se presenta en pacientes con media de edad de 32-35 años y es más frecuente en el lado derecho (85-95%). El tratamiento consiste en supresión hormonal y un tercio de los pacientes amerita tratamiento quirúrgico. **Caso clínico:** Mujer de 45 años, sin comorbilidades, con antecedente de infertilidad y necesidad de terapia hormonal para concepción, presentó cuadro clínico caracterizado por disnea súbita, evaluada en emergencia, con radiografía torácica que mostró neumotórax derecho de aproximadamente 90% de extensión (afirmó leve dolor torácico derecho durante su última menstruación). Inicialmente se manejó con sonda endopleural derecha y succión continua, sin reexpansión pulmonar derecha. La tomografía torácica mostró colapso parcial del parénquima pulmonar derecho asociado a engrosamiento pleural. Se realizó toracotomía exploratoria derecha con pleurodesis (con resección de lesiones nodulares en pleura parietal y hemidiafragma derecho). Anatomía patológica informó focos de endometriosis en región pleural y diafragmática. Posteriormente se retiró la sonda endopleural (con reexpansión pulmonar) y se inició tratamiento hormonal. A un año de seguimiento, está asintomática, sin recidiva. **Conclusiónes/Recomendaciones.** A pesar de su baja frecuencia, la endometriosis torácica representa un importante compromiso de la calidad de vida, y debe sospecharse en mujeres jóvenes con neumotórax durante su periodo perimenstrual. Los casos con complicaciones torácicas con deficiente respuesta a terapia hormonal, se benefician de resolución quirúrgica. El diagnóstico definitivo es dependiente de los hallazgos intraoperatorios y pueden pasar desapercibidos sin sospecha clínica.

TL29. DETECCIÓN TEMPRANA DE DIABETES MELLITUS EN LAS POBLACIONES ADULTAS DE TRINIDAD (SANTA BÁRBARA), LA PAZ (LA PAZ), GRACIAS Y LA IGUALA (LEMPIRA), 2018. Carmen Chinchilla[1], Durvelys Mendoza[1], Huber Valenzuela[1], Tannya Díaz[1], Simmons Gough[1], Mario Elvir[2], Suyapa Bejarano[3]. [1]Doctor en Medicina y Cirugía; [2]Medico Especialista en Medicina Interna, Hospital Nacional "Dr. Mario C. Rivas"; [3]Medico Especialista en Oncología, Liga Contra el Cáncer, San Pedro Sula.

Antecedentes: La diabetes mellitus tipo 2 (DM2) es en un problema de salud a nivel mundial. Es relevante determinar los factores de riesgo para su prevención y adecuar las estrategias de salud pública en diagnóstico y tratamiento según las necesidades de la población. **Objetivo:** Se utilizó la escala predictiva de riesgo de la Asociación Americana de Diabetes con la finalidad de detectar tempranamente pacientes con DM2 y proveer un instrumento de atención primaria en salud en áreas con difícil acceso a estudios de gabinete. **Metodología:** Los participantes (n=300) proporcionaron respuestas a encuestas y fueron sujetos a análisis de glucosa en sangre capilar. Se realizó regresión logística para comprobar la validez de las variables de la encuesta aplicada. **Resultados:** El resultado final del cuestionario nos presenta el siguiente panorama: el 55.3% de la muestra son "pacientes sin riesgo, sin diabetes mellitus" (166), el 34.3% son "pacientes con riesgo, sin diabetes mellitus" (103), el 6.7% son "pacientes con riesgo, con diabetes mellitus" (20) y finalmente un 3.7% de "pacientes sin riesgo, con diabetes mellitus" (11). Al evaluar el odds ratio de la categoría de "pacientes con riesgo y con diabetes", se obtuvo un OR 5.5 (IC 95%, 2.5-12.1). **Conclusiones/Recomendaciones:** Demostramos que, si un paciente adquiere 5 o más puntos, que corresponde a la categoría de "Paciente con Riesgo", la probabilidad de detectar diabetes es mayor. Existen pacientes con alto riesgo de diabetes en nuestra población y aunque el uso de una encuesta no es sustituto para diagnósticos laboratoriales ya establecidos, en conjunto con el valor de glucosa en sangre capilar, es un método de tamizaje rápido, económico y eficaz para evaluar el riesgo en contextos con limitaciones logísticas para el diagnóstico. Por lo tanto, permite detectar tempranamente la enfermedad, establecer oportunamente el tratamiento y disminuir ulteriormente el diagnóstico de complicaciones tardías.

TL30. FACTORES PREDICTORES DE RIESGO DE DIABETES MELLITUS TIPO 2 PRESENTES EN PACIENTES DE 20 A 64 AÑOS SEGÚN TEST DE FINDRISK, ATENDIDOS EN CUATRO COMUNIDADES DE LA REGIÓN OCCIDENTAL Y SUR DE HONDURAS, 2017-2018. Naadia Marcela Madrid Zamora[1], Eduardo José Fuentes Osorio[1], Luisa María Serrano Paz[1], Karen Melissa Cáceres Rajo[1], Carlos Humberto Alvarado Valle[1], Juan Carlos Fuentes Osorio[1], Donaldo Bustamante Duron[2]. [1]Doctor en Medicina y Cirugía; [2]Especialista en Medicina Interna.

Antecedentes: La alta prevalencia de diabetes mellitus plantea un problema epidemiológico a nivel mundial. En el 2016 la Organización Mundial de Salud reportó que 7.2% de la población de Honduras padece dicha enfermedad. El Test de FINDRISK es la herramienta con mejor rendimiento para predecir el riesgo a 10 años de desarrollar diabetes, clasificándolo como bajo, ligeramente elevado, moderado, alto y muy alto. **Objetivo:** Determinar mediante el Test de Findrisk, el riesgo de desarrollar diabetes mellitus Tipo 2 en los próximos 10 años y reconocer factores de riesgo en pacientes no diabéticos de 20 a 64 años, atendidos en varias unidades de salud del departamento de Copán y Choluteca. **Metodología:** Se desarrolló un estudio descriptivo, transversal, no experimental. Previo consentimiento informado se aplicó el Test de Findrisk a 377 pacientes no diabéticos de 20 a 64 años atendidos entre el 1 de octubre del 2017 y 31 de junio del 2018. Se identificaron variables sociodemográficas y factores de riesgo presentes. **Resultados:** El 77.19% de pacientes correspondían al sexo femenino; 58.62% tenían edad <45 años. Los factores de riesgo más frecuentes fueron: consumo infrecuente de frutas y verduras en 65.25%; perímetro abdominal >88cm en mujeres en 56.36%, inactividad física en 52.25%; sobrepeso 40.58%, obesidad en 25.20%; y medicación para hipertensión arterial 23.87%. La clasificación según Test de Findrisk fue de: 136 pacientes (36.07%) en riesgo bajo, 128(33.95%) riesgo ligeramente elevado, 62(16.45%) riesgo moderado, 46(12.20%) riesgo alto y 5(1.33%) riesgo muy alto. **Conclusiones/Recomendaciones:** La probabilidad de presentar diabetes mellitus tipo 2 estimada a través del Test de Findrisk mostro que alarmantemente el 29.98 % de los encuestados presentan un riesgo de moderado a muy alto de desarrollar la patología en los próximos 10 años. Recomendamos aplicar rutinariamente el Test de Findrisk para investigar riesgos e implementar tempranamente medidas preventivas.

TL31. HÁBITOS ALIMENTARIOS Y SU RELACIÓN CON EL ESTADO NUTRICIONAL EN PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO 2 INSTITUTO NACIONAL DEL DIABÉTICO, TEGUCIGALPA, 2018. Bessy Yolany Corrales Aceituno[1], Manuel Sierra[2], Dina Rojas[3]. [1]Estudiante de Quinto Año de Licenciatura en Nutrición; [2]MD, MPH, PhD., Docente Investigador, Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad Tecnológica Centroamericana (UNITEC); [3]Jefe Carrera Nutrición, Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad Tecnológica Centroamericana (UNITEC).

Antecedentes: La Diabetes Mellitus (DM) representa un problema de salud pública global y nacional de grandes proporciones que sigue agudizándose pese a los adelantos modernos en prevención y tratamiento. La evaluación nutricional y el plan de alimentación son parámetros de gran utilidad para la prevención y prolongación del inicio de la enfermedad. En Honduras, se estimó una prevalencia nacional de DM2, en poblaciones adultas de 8.5% (2016). **Objetivos:** Determinar la relación que existe entre prácticas alimentarias y estado nutricional en pacientes con DM2 del Instituto Nacional del Diabético (INADI), Tegucigalpa. **Metodología:** Estudio descriptivo analítico en una muestra de conveniencia. Al obtener consentimiento informado, se aplicó un cuestionario estructurado, se tomó Índice de Masa Corporal (IMC) y se usó el cuestionario modificado de frecuencia de consumo de alimentos (FFQ). **Resultados:** Se incluyó 103 personas, solo un 17.5% tuvo IMC normal. Un 48.0% de mujeres presentó Obesidad Grado I-III en comparación con 14.3% en hombres ($p<0.05$). Se encontró una asociación estadísticamente significativa entre Sobrepeso/Obesidad y mayor frecuencia de hipertensión arterial, consumo de grasas saturadas, sal, comidas rápidas y jugos procesados. Por otro lado, IMC normal se asoció con hábitos alimentarios recomendados como: bajo consumo de lácteos descremados, carnes blancas, vegetales y frutas. **Conclusiones/Recomendaciones:** La DM es una enfermedad esencialmente nutricional ligada a falta de estilos de vida saludables, particularmente a buenas prácticas nutricionales. En el INADI existe un grave problema de sobrepeso y obesidad en los pacientes y de malas prácticas nutricionales. Se necesita fortalecer el abordaje nutricional en el INADI contratando más recursos especializados en este campo, así como dotar de personal especializado que fortalezca los cambios de conducta, hábitos y prácticas nutricionales, sensibilizando a su vez al personal médico sobre el rol fundamental que juega la nutrición en el manejo integral de la DM.

TL32. PREVALENCIA DE NEUROPATIA PERIFERICA EN PACIENTES CON DIABETES MELLITUS 2. Elvin Omar Videa Irías[1], Scarlet Betzabel Rodas Gallardo[2], Emma Sofía Mendoza medina[2], Osman José Ayala Cano[2], Luis Alfredo Rodríguez Castellanos[3], Pablo Hernán Castillo Nuila[3], Dalia María Ávila Turcios[4], María Alejandra Ramos Guifarro[4]. [1]Especialista en Medicina Interna, Servicio de Endocrinología, Hospital Escuela Universitario; [2]Estudiantes cursando septimo año de la Carrera de Medicina, en la Facultad de Ciencias Médicas, UNAH; [3]Médico General; [4]Especialista en Endocrinología, Servicio de Endocrinología, Hospital Escuela Universitario.

Antecedentes: La neuropatía es la principal complicación crónica de la Diabetes Mellitus (DM). cuestionario de Michigan es una herramienta de bajo costo y aplicación rápida con una sensibilidad del 79% y especificidad del 94% para la detección de neuropatía periférica (NP). Honduras no cuenta con estadísticas de esta condición por tanto esta herramienta será útil para conocer la situación actual. **Objetivos:** Determinar la prevalencia de NP en pacientes con DM 2 de la consulta externa de Endocrinología con un análisis del estado actual, enumerar los síntomas microvasculares de mayor prevalencia en la NP. **Metodología:** Estudio cuantitativo y de carácter no experimental Se aplicó el cuestionario de Michigan para evaluación de NP a pacientes que asisten al servicio con diagnóstico de DM 2 que cumpliesen los criterios de inclusión en el periodo de la investigación, intervalo de confianza del 95 %. **Resultados:** Se obtuvo una muestra de 323 pacientes de una población de 1,800 con DM 2. Promedio de edad 57 años y la media de tiempo de evolución de la diabetes 10 años. Se detectó NP en 135 pacientes (41.8%), de estos 32.5% manifestó autoevaluación anormal y en 25.08% se detectó evaluación física anormal. Las alteraciones estructurales se encuentran relacionadas en un 21.36% de pacientes con convexidad medial y 13.62% con dedos sobrepuestos. El descontrol glucémico se relacionó directamente con la presencia de ulceras activas; de 34 pacientes con ulceras 30 (88%) presentaba A1c superior a lo normal. De los pacientes con neuropatía periférica el 15.78% tenían complicaciones microvasculares renales. **Conclusiónes/Recomendaciones:** La prevalencia de NP se presentó en el 41% de los pacientes estudiados, existiendo una relación entre el tiempo de evolución y el descontrol de su DM como los principales factores para la aparición de esta complicación microvascular.

TL33. PREVALENCIA DEL PATRÓN CIRCADIANO NO DIPPER EN PACIENTES CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL Y DIABETES MELLITUS TIPO 2. HOSPITAL ESCUELA UNIVERSITARIO, TEGUCIGALPA, 2017. Elvin Omar Videa Irías[1], Irma Isabel de Vicente Aguilera[1], Astrid María Andrade Ramos[2], Gabriela Nicole Pineda Murcia[2], Valeria Jerez Moreno[2], Carol Sarahi Pacheco Montalván[2], Scarlet Betzabel Rodas Gallardo[2], Luis Alfredo Rodríguez Castellanos[3], Dalia María Ávila Turcios[4], María Alejandra Ramos Guifarro[4]. [1]Especialista en Medicina Interna, Servicio de Endocrinología, Hospital Escuela Universitario; [2]Estudiantes sexto año de Medicina, en la Facultad de Ciencias Médicas, UNAH; [3]Médico General; [4]Especialista en Endocrinología, Servicio de Endocrinología, Hospital Escuela Universitario.

Antecedentes: La Hipertensión Arterial (HTA) es una de las principales comorbilidades en los pacientes con Diabetes Mellitus (DM). La coexistencia de estas patologías condiciona un claro incremento del riesgo cardiovascular, más aún si la presión arterial no desciende durante la noche como corresponde para el patrón circadiano esperado. **Objetivo:** Conocer la prevalencia del patrón circadiano No Dipper de la presión arterial en pacientes con HTA y DM2 que asisten a consulta externa de Endocrinología del Hospital Escuela Universitario (HEU) en el periodo agosto-diciembre del 2017. **Metodología:** Estudio descriptivo transversal. Del universo de 2,000 pacientes con diagnóstico de diabetes que asisten a la consulta externa de endocrinología del HEU, 90% tienen diagnóstico de DM tipo 2, de ellos el 42.72% tiene HTA, con dicha prevalencia se calculó una muestra con intervalo de confianza del 95% a quienes se le colocó un monitor ambulatorio de presión arterial de 24 horas (MAPA), el estudio contó con aprobación del comité de ética y se obtuvo consentimiento informado. **Resultados:** Se estudiaron 100 pacientes, el 75% eran mujeres y 25% hombres, con una media de edad de 59 años. El 50% obtuvo promedio de presión arterial de 24 horas superior a 130/80 mmHg. El 45% de los pacientes tenía patrón circadiano Dipper, 35% No Dipper, 7% Dipper Extremo y 13% Dipper Reverso. **Conclusiones/Recomendaciones:** El estudio permitió conocer el comportamiento de la presión arterial a lo largo del día, y establecer patrones asociados a mayor riesgo de eventos cardiovasculares, tales como los encontrados en los patrones no Dipper, Dipper extremo y reverso, el ascenso matutino exagerado de la presión y la hipertensión nocturna. Se comprobó la relación establecida entre la diabetes y el patrón no dipper. En la población mayor de 60 años el patrón no dipper prevalece, aumentando el riesgo cardiovascular.

TL34. ADHERENCIA AL TRATAMIENTO ANTIHIPERTENSIVO Y SU RELACIÓN CON LA CALIDAD DE VIDA EN ADULTOS EN CENTROS DE ATENCIÓN PRIMARIA. Rolando Aguilera Lagos[1], Eduardo Alberto Piloña Flores[2], Eduardo José Laínez Lainez[3], Andrea Poleth Castellanos Ulloa[3], Valeria Margarita Sierra Roca[3]. [1]Pediatra, Epidemiologia y Salud Publica, [2]Médico Residente primer año de Radiología, Centro Médico Militar Guatemala, [3]Medico General.

Antecedentes: Según la Organización Mundial de la Salud, en Honduras la prevalencia de la hipertensión arterial en mayores de 18 años es de 22.6% en hombres y 20.2% en mujeres**.** La adherencia al tratamiento antihipertensivo y su relación con la calidad de vida aún no se han determinado. Realizamos una investigación en Centros de Atención Primaria en cuatro comunidades de Honduras para ampliar esta información. **Objetivo:** Identificar los factores que influyen en la adherencia al tratamiento antihipertensivo y establecer la relación entre adherencia y calidad de vida en pacientes adultos. **Metodología:** Estudio transversal analítico, la muestra es equivalente al universo. Se utilizó un tipo de muestreo no probabilístico o intencionado, con el cuestionario Morisky-Green para evaluar la adherencia, y el MINICHAL para la calidad de vida relacionada a la salud. **Resultados:** De un total de 400 pacientes, 44.75% eran adherentes, 58.75% tenían la hipertensión arterial controlada con una calidad de vida relacionada con la salud dentro de un rango medio de 41.75%. Se presentó una asociación entre la adherencia y calidad de vida, donde la no adherencia aumenta 10 veces el riesgo de mala calidad de vida. Los factores que influyeron en la adherencia son el estado civil y el control de la presión arterial. Los pacientes adherentes mostraron una calidad de vida alta. Los no adherentes presentaron una calidad de vida media. En relación con la asociación entre la adherencia al tratamiento antihipertensivo y calidad de vida, se estableció la no adherencia como un factor de riesgo, los pacientes no adherentes tienen mayor riesgo de baja calidad de vida que aquellos adherentes. **Conclusiones/Recomendaciones:** Brindar asesoramiento a los pacientes de la importancia de adherirse al tratamiento. Identificar y modificar factores que influyen en la pobre adherencia al tratamiento, ejecutando intervenciones que optimicen la calidad de vida de los pacientes.

TL35. MANIFESTACIONES INICIALES ATÍPICAS EN ESCLEROSIS MÚLTIPLE: INFORME DE CASO. Iris Johany Argüelles[1], Iris Jomaly Argüelles[1], Nilsa Liliana Valladares[1]. [1]Médico general

Antecedentes: La esclerosis múltiple es una enfermedad inflamatoria desmielinizante crónica del sistema nervioso central, autoinmune, que ataca a la población joven, predominantemente femenina. **Descripción del caso:** Paciente femenina, 43 años, con único antecedente patológico de va-

ricela a los 19 años. Presentó dolor urente en la planta del pie derecho de un mes de evolución, exacerbado al caminar y atenuado con analgésicos, ningún otro síntoma acompañante. Posteriormente desarrolla miosis bilateral e hiperreflexia en ambas piernas y debilidad de hemicuerpo derecho. Se realiza tomografía contrastada de cerebro encontrándose normal. Estudio de resonancia magnética de cerebro reporta lesiones subcorticales y corticales de 5 mm de localización supra e infratentorial bilaterales, pero de predominio izquierdo. Estudio de potenciales evocados visuales compatibles con desmielinización de la vía visual; potenciales evocados somatosensoriales de extremidades reporta desmielinización de los cordones posteriores. Se inicia tratamiento con metilprednisolona intravenoso reduciendo dosis hasta alcanzar vía oral, y seis meses después se comienza interferón β 1ª, con el cual mejoran los síntomas. **Conclusiones/ Recomendaciones**: El diagnóstico de esclerosis múltiple puede llegar a ser difícil dada la amplia variedad síntomas y de formas de presentación clínica. Una adecuada correlación del cuadro clínico con los estudios complementarios puede llevar a un diagnóstico y un tratamiento temprano.

TL36. LAS DIFERENTES CARAS DE LA COREA EN LA EMERGENCIA: SERIE DE CASOS. Héctor Pineda[1], Alex Medina[2], Janeth Bu[3], Raquel Raudales[4], Paola Cárdenas[5]. [1]Doctor en Medicina y Cirugía, UNAH; [2]Doctor en Medicina y Cirugía, University of Calgary, Clinical Neurosciences, Movement Disorders Section; [3]Neuroradióloga, IHSS; [4]Doctor en Medicina y Cirugía, Hospital DIME; [5]Doctor en Medicina y Cirugía, IHSS.

Antecedentes: La corea es un trastorno hiperkinético caracterizado por movimientos bruscos, aleatorios e irregulares, que pueden afectar cualquier parte del cuerpo. Las causas se pueden clasificar en genéticas o no genéticas; ésta última puede obedecer a múltiples condiciones: vasculares, metabólicas, infecciosas, medicamentosas o inmunológicas. En Honduras representa el 4,69% de los trastornos del movimiento. **Descripción:** Reportamos una serie de casos, género femenino, edad promedio de 57±10 años, con inicio agudo de movimientos coreiformes de causa metabólica, infecciosa y vascular. Entre las causas vasculares identificamos etiología isquémica, hemorrágica y hematoma subdural. Se realizaron exámenes de rutina y de neuroimagen: tomografía (TC) e imagen por resonancia magnética (IRM). Casos 1-3: Antecedentes de diabetes mellitus con hemicorea derecha; en hiperglicemia no cetósica; TC con hiperdensidad izquierda a nivel del núcleo caudado; IRM mostró hiperintensidad estriatal unilateral al T1 e hipointensidad en ecogradiente. Caso 4: Paciente con nefropatía crónica, después de una corrección rápida de hiponatremia e hiperglicemia desarrolla confusión y hemicorea izquierda; IRM muestra hiperintensidad pontina y en núcleo lenticular izquierdo al T2, FLAIR y difusión. Caso 5: VIH positivo con fiebre y hemicorea derecha; TC con hipodensidad izquierda en tálamo, ganglios basales y lóbulo occipital con edema asociado, lesión que realza en anillo con la aplicación de contraste. Caso 6: Factores de riesgo cardiovascular, debutó súbitamente con hemicorea derecha; TC con señal hiperdensa izquierda en los núcleos caudado y lenticular, zona que restringe con la difusión en la IRM. Caso 7: Presenta corea bilateral, TC demuestra hematoma subdural crónico bilateral agudizado asociado a desplazamiento y compresión de ganglios basales. **Conclusiones/Recomendaciones:** La correcta identificación de la fenomenología y las condiciones sistémicas asociadas son esenciales para dirigir el abordaje diagnóstico de los síndromes coreicos. Cuando la corea es secundaria a un proceso patológico identificable, las medidas terapéuticas van encaminadas a suprimir la causa subyacente.

TL37. MANEJO EFICAZ DE *AEDES AEGYPTI* CON DOSIS DE 3 VS 5 GRAMOS DE *BACILLUS THURINGIENSIS ISRAELENSIS*: IMPLICACIONES TÉCNICAS Y FINANCIERAS. Oscar Orlando Urrutia Colindres[1], Richard Fisher W[1], Pablo Leonel Ardón Centeno[1], Rigoberto García[2], José María Paguada[2]. [1]Proyecto ZAP, Abt Associates, Inc., Tegucigalpa; [2] Doctor en Medicina y Cirugía, Departamental SESAL, Choluteca.

Antecedentes: En América Latina, las arbovirosis (Zika, dengue y chikungunya) se han convertido en un serio problema de salud pública. En Honduras, el Proyecto Zika AIRS (ZAP), financiado por USAID/Honduras, desde el año de 2017 ha estado trabajando en cuatro regiones de Honduras en el control del vector *Aedes aegypti* bajo la modalidad de visitas domiciliarias y la aplicación del larvicida Bti (*Bacillus thuringiensis israelensis*) en pilas y barriles, utilizando la dosis máxima recomendada para agua de uso doméstico, que es de 5 gramos por cada 1000 litros de agua. **Descripción de la experiencia:** Entre febrero y julio de 2018, en las ciudades de Choluteca y Marcovia, se llevó a cabo un estudio comparativo sobre el control vectorial dirigido a evaluar el impacto efectividad en la aplicación de dos dosis diferentes de Bti sobre los índices de infestación de *Aedes aegypti.* La comparación involucró dos tratamientos pilotos informales, donde cada mes se aplicó una dosis de tres (T1: Choluteca y Marcovia) o cinco (T2: Choluteca) gramos de Bti por cada 1000 litros de agua a todos los depósitos fijos (pilas, barriles, tanques) dentro de las viviendas seleccionadas. Para ambos tratamientos, mensualmente se realizó el recuento de larvas y pupas de *A. aegypti*, valores que se utilizaron para poder calcular el Índice de Breteau (IB) y el Índice de Viviendas (IV), mostrando cada uno de ellos una tendencia bastante regular, lo cual fue comprobado haciendo uso de cálculos estadísticos, los que demostraron que no existe una diferencia significativa en los índices aédicos al aplicar 3g o 5g de Bti. **Lecciones aprendidas:** Al no existir una diferencia en los índices aédicos al aplicar 3g o 5g de Bti, se puede considerar la disminución en la dosis aplicada y así reducir el gasto en Bti para el control del *Aedes aegypti*.

TL38. CONOCIMIENTO, ACTITUD Y PRÁCTICAS (CAP) SOBRE TRANSMISIÓN DE ZIKA EN EMBARAZADAS EN ZONAS DE INFLUENCIA DE UNIDADES DE SALUD ATENDIDAS POR MÉDICOS EN SERVICIO SOCIAL (MSS-UNAH), HONDURAS, 2016-2017. Manuel Sierra[1], Eleonora Espinoza[2], Mauricio Gonzales[2], Iván Espinoza[2], Karla Patricia Boquín Peralta[3], Marissela Victoria Irías[3], Carlos Sosa[4]. [1]MD, MPH, PhD, Docente Unidad de Investigación Científica, FCM UNAH, Docente Investigador, Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad Tecnológica Centroamericana; [2]Docente, Unidad de Investigación Científica, FCM UNAH; [3]Especialista en Psiquiatría; [4]MD, Psiquiatra, Instituto Hondureño para la Prevención del Alcoholismo, Drogadicción y Farmacodependencia.

Antecedentes: Las embarazadas (ME) tienen el mismo riesgo que la población de infectarse con el virus del Zika (VZika), que es transmitido principalmente por la picadura de un mosquito Aedes infectado. La mayoría no se enteran que tienen VZika porque no desarrollarán los síntomas. A menudo no necesitan ningún tratamiento y ni siquiera acuden a ver a un médico. Se ha observado una fuerte asociación entre la infección por VZika y alteraciones del SNC en el llamado síndrome congénito por VZika. Se recomienda promover la captación temprana de ME con síntomas de un cuadro viral, brindar consejería y proveer un kit de protección. **Objetivo:** Determinar Conocimientos, actitudes y prácticas sobre transmisión de VZika. **Metodología:** Estudio transversal en una muestra aleatoria de ME en zonas de influencia de unidades de salud atendidas por los médicos en servicio social 2016-2017. A cada ME se le llenó un cuestionario CAP. **Resultados:** Participaron 9338 ME en 220 municipios; 2508 ME (26.9%, 95% CI: 26.0% - 27.8%) tuvieron por lo menos un Signo/Síntoma de infección por VZika; 509 ME (5.5%, 95% CI: 5.0% - 5.9%) tuvieron dos; y 228 ME (2.4%, 95% CI: 1.1% - 2.8%) tuvieron 3-4. Fiebre y edema de miembros inferiores fueron los más frecuentes. Dos tercios consideraban que VZika era alto riesgo para el bebé. Un 5.6% ME (95% CI: 5.1% - 6.0%) consideraban una farsa la campaña gubernamental. Transmisión por mosquito se identificó 82.8% (95% CI: 82.0% - 83.6%); de madre a bebé 78.0% (95 CI: 77.2% - 78.9%); sexual 37.6% (95% CI: 36.6% - 38.6%). Un 75.4% afirmó que VZika puede prevenirse (95% CI: 74.6% - 76.3%). **Conclusiones/Recomendaciones:** Los servicios de salud deben tener la capacidad de hacer seguimiento a las ME, disminuyendo la brecha de acceso al control prenatal, servicios de consejería, acceso a pruebas y a la realización precoz de la ultrasonografía. Las familias y las comunidades deben de involucrase en actividades de control vectorial y en el reforzamiento del uso de medidas de protección por parte de cada embarazada.

TL39. CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS Y CLÍNICAS DE NACIDOS VIVOS CON SÍNDROME CONGÉNITO ASOCIADO A ZIKA, 2016-2018. Elizabeth Casco Funes de Núñez[1], Enrique Adalberto Medina Pérez[2], José Onan Paz[2], Lesby Estefany Romero[2], María Fernanda Vélez[2]. [1]MD/PHD Doctor en Medicina y Cirugía, IHSS/UNAH-VS; [2]Médico en Servicio Social.

Antecedentes: En el 2015 se confirmó un brote del virus del zika en Brasil, ya en el 2016 era una epidemia en América. En el 2016 Honduras tenía el primer lugar en incidencia de zika en Centroamérica y se atribuían 127 casos de microcefalia asociada a zika. **Objetivo:** Identificar características epidemiológicas y clínicas de nacidos vivos con síndrome congénito asociado a zika en Cortés entre 2016 y 2018. **Metodología:** Estudio no experimental, descriptivo, causal, de corte longitudinal (cohorte 2016-2018) con un enfoque cuantitativo en nacidos vivos con sospecha de síndrome congénito asociado a zika en el departamento de Cortés, desde 2016 hasta 2018, obteniendo el consentimiento informado de cada madre a las cuales se les realizó una encuesta de evaluación clínica. Los datos fueron analizados por la herramienta SPSS versión 22. **Resultados:** Se evaluó a 36 niños donde el 58% fueron del sexo masculino cuyas madres se encontraban en una edad media de 25 años. El 25% residían en San Pedro Sula y un 78% nacieron en 2016, siendo el HMCR el hospital que reportó mayor número de nacimientos, 41.67%. En un 100% el perímetro cefálico actual de los niños se encuentra bajo el percentil 3; 61% se encuentran con desnutrición global severa; 53% no reactivos; el 58% se alimenta de dieta blanda; y la principal comorbilidad es el síndrome convulsivo con un 19%. **Conclusiones/Recomendaciones:** Es necesario fortalecer la prevención de síndrome congénito asociado a zika y apoyar a los niños que actualmente cursan con el síndrome.

TL40. PRIMER REPORTE EN HONDURAS DEL DESPLAZAMIENTO DE *AEDES AEGYPTI* POR *AEDES ALBOPICTUS* A NIVEL DE HUEVO. Sarah Ledoux[1], Richard Fisher W[1], Gabriel Orellana[1], Indiana Aracely Argeñal Lainez[2]. [1]Proyecto ZAP, Abt Associates, Inc., Tegucigalpa; [2]Doctor en medicina y cirugía, Departamental SESAL, El Paraíso.

Antecedentes: Las enfermedades de dengue, Zika, chikungunya y fiebre amarilla son una amenaza a la salud pública en América Latina. Todas son transmitidas por la especie del mosquito *Aedes*. En Honduras, esfuerzos para controlar *Aedes aegypti* han sido implementados por el Proyecto Zika AIRS (ZAP), financiado por USAID desde 2017, a través de visitas domiciliarias para inspeccionar y aplicar *Bacillus thu-*

ringiensis israelensis a pilas y barriles en cuatro regiones de Honduras. *Aedes albopictus*, vector también de arbovirosis, se procrea en ambientes más rurales, y ha sido menos afectado por la intervención ZAP. Aquí por primera vez se documenta el recién desplazamiento del *Aedes aegypti* por *Aedes albopictus* en el municipio de Danlí. **Descripción de la experiencia:** La composición local de poblaciones de *Aedes* se midió a nivel de huevo, colectados en ovitrampas con papeletas donde solo *Aedes* oviposicionan. Diez huevos provenientes de 100 ovitrampas se eclosionaron de forma semanal hasta la etapa de larva, para identificar su especie. La composición de *Aedes* en Danlí entre los meses de febrero y agosto 2018 demostró una estabilidad de 25% *Aedes albopictus* y 75% *Aedes aegypti.* Entre septiembre y diciembre 2018 la proporción de *Aedes albopictus* creció a 37%, y entre enero y febrero 2019 subió a 68%. Esta reversión de la relación entre las dos especies indica un cambio en la estructura poblacional *Aedes* en Danlí. **Lecciones aprendidas:** Los mecanismos actuales de control vectorial contra arbovirosis se limitan al hábitat de *Aedes aegypti*, y puede implicar control limitado de *Aedes albopictus* y posible crecimiento poblacional. Observaciones del mismo fenómeno en Estados Unidos resultaron en la disminución o eliminación de la población *Aedes aegypti* (Roy & Lounibos, 2015). Se concluye que la adaptación de intervenciones contra el *Aedes* en zonas periurbanas de Honduras es fundamental para lograr el control eficaz de arbovirosis.

TL41. MANEJO EFICAZ DE *AEDES AEGYPTI* EN HONDURAS: MEJOR CONTROL CON MAYOR COBERTURA DE *BACILLUS THURINGIENSIS ISRAELENSIS*.
Richard W. Fisher[1], Oscar Orlando Urrutia Colindres[1], Pablo Leonel Ardón Centeno[1], Indiana Aracely Argeñal Lainez[2]. [1]Proyecto ZAP, Abt Associates, Inc., Tegucigalpa; [2]Doctor en medicina y cirugía, SESAL Departamental, Danlí, El Paraíso.

Antecedentes: En América Latina, las arbovirosis (Zika, dengue y chikungunya) se han convertido en un serio problema de salud pública, siendo los países centroamericanos y caribeños los más afectados. En Honduras, el Proyecto Zika AIRS (ZAP), financiado por USAID/Honduras, desde el año de 2017 ha estado trabajando en cuatro regiones de Honduras en el control del vector *Aedes aegypti* bajo la modalidad de visitas domiciliarias y la aplicación del larvicida Bti (*Bacillus thuringiensis israelensis*) en pilas y barriles, aplicando la dosis de 5 gramos por cada 1000 litros de agua en todas las viviendas visitadas. **Descripción de la experiencia:** Entre enero y julio de 2018, en las ciudades de Danlí y El Paraíso, se realizó la comparación entre dos tratamientos pilotos informales: el T1, en la ciudad de Danlí, donde cada mes se aplicó el Bti al 100% de las viviendas; y el T2, en la ciudad de El Paraíso, donde se aplicó el larvicida únicamente en las viviendas donde el mes anterior la inspección mostró presencia de larvas y/o pupas del vector. Mensualmente se contó el número de larvas y pupas, y se calculó el Índice de Viviendas (IV) y el Índice de Breteau (IB) para ambos casos. **Lecciones aprendidas:** En el tratamiento T1 los valores para el IV e IB fueron bastante regulares, con una variación de menos del 1%. El T2 mostró cambios significativos en los índices obtenidos entre febrero y julio, mismos que llegan a representar un aumento de 5 veces en solamente 5 meses. Haciendo uso de operaciones estadísticas, se comprobó una diferencia significativa entre ambos tratamientos. Para un mejor control de *A. aegypti*, la aplicación de Bti debe realizarse en la totalidad de las viviendas visitadas y no solamente en las que resultaron positivas en la visita anterior.

TL42. EVALUACIÓN DEL LARVICIDA SPINOSAD EN TABLETAS PARA EL CONTROL DEL MOSQUITO *AEDES AEGYPTI* EN HONDURAS.
Katia López Mejía[1], Oscar Orlando Urrutia Colindres[1], Richard Whitney Fisher[1], José María Paguada[2]. [1]Proyecto ZAP, Abt Associates, Inc., Tegucigalpa, Honduras; [2]Doctor en Medicina y Cirugía, Departamental SESAL, Choluteca, Honduras.

Antecedentes: *Aedes aegypti* es el principal vector de los arbovirus del dengue, Zika y Chikungunya. En Honduras, la principal estrategia para su control ha sido la aplicación de larvicida, haciendo uso durante varias décadas del organofosforado temefos, pero debido a la pérdida de susceptibilidad en las poblaciones locales de larvas, a partir del año 2010, la Secretaría de Salud (SESAL) tomó la decisión de reemplazar dicho larvicida por *Bacillus thuringiensis israelensis* (*Bti*), específicamente Vectobac® granulado, el cual ha demostrado un gran impacto en la reducción de poblaciones de *Aedes.* Sin embargo, se considera la necesidad de evaluar otros productos como alternativas potenciales para su control. **Descripción de la experiencia:** En las ciudades de Choluteca y San Marcos de Colón en el departamento de Choluteca, se evaluó la eficacia de los larvicidas Spinosad en tabletas de larga duración (Natular® DT) y *Bti* en gránulos dispersables (Vectobac® 37WG). En una primera fase, en la ciudad de Choluteca, se comparó bajo condiciones de semicampo en barriles plásticos de 200L las formulaciones comerciales de *Bti* y Spinosad para evaluar la eficacia inmediata y la residualidad bajo un régimen de reemplazo de agua preestablecido, exponiendo poblaciones locales de larvas de *A. aegypti*. Posteriormente, en la ciudad de San Marcos de Colón se intervinieron dos zonas, una con *Bti* y la segunda con Spinosad, evaluando la eficacia y la residualidad en condiciones de campo, en las que las tasas de uso y reemplazo de agua son variables, aplicando el larvicida correspondiente en los depósitos fijos de las viviendas seleccionadas. **Lecciones aprendidas:** Bajo condiciones de semicampo no existen diferencias significativas en la eficacia y residualidad entre ambos larvicidas. Por otra parte, en condiciones de campo, Spinosad aplicado en bolsas plásticas perforadas controla eficazmente poblaciones de *Aedes* durante periodos más prolongados que aplicando dosis equivalentes de *Bti.*

TL43. BASES MOLECULARES EN MALARIA: AVANCES DE LA PATOGENICIDAD, SEVERIDAD DE LA INFECCIÓN Y RESISTECIA AL TRATAMIENTO. Salomón López. II año postgrado científico en investigación, Infectología e Inmunología, Facultad de Ciencias y Medicina. Universidad de Montpellier, Francia.

Antecedentes: Las bases moleculares de una enfermedad infecciosa nos permite conocer los diferentes mecanismos fisiopatológicos, la interacción de un agente infeccioso con sus células dianas, la respuesta de nuestro sistema inmunológico ante señales de peligro, adaptación y evolución de microorganismos para los avances de nuevas formas de diagnóstico, estudios de respuesta a tratamientos, nuevas moléculas que combatan estos agentes y una vacunación posible efectiva. En el 2016, 91 países reportaron un total de 216 millones de casos de malaria, un aumento de 5 millones de casos con respecto al año anterior. Durante el mismo año, la cifra global de muertes asociadas a la malaria alcanzó un asombroso número de 445, 000, aproximadamente la misma incidencia de mortalidad que se informó en 2015. **Descripción de la experiencia:** Se presenta un conjunto de experiencias académicas realizadas en laboratorios de investigación y su correlación con la investigación científica reportada en otros centros de investigación en los últimos cinco años. **Lecciones aprendidas:** *Plasmodium knowlesi* comparte características de patogenicidad similares a *Plasmodium falciparum* por lo que ambas especies ahora causan formas graves y fatales de malaria. La evolución en el genoma parasitario ha creado modificaciones en la capacidad de respuesta al sistema inmunológico desde los estados intrahepáticos y en la formación de moléculas por el parasito en la superficie de membrana de glóbulos rojos infectados instaurando nuevos mecanismos de evasión al sistema inmunológico causando más severidad de las infecciones. Las mutaciones genéticas realizadas por el parásito modifican dominios proteínicos que conllevan a la formación de nuevas proteínas utilizadas en células infectadas dando a resistencia a múltiples fármacos, esto es motivo de búsqueda de nuevas moléculas antipalúdicas. Se está realizando ensayos clínicos en vacunas dirigidas contra cada estado parasitario, pero aún no se ha encontrado una molécula eficaz oportuna.

TL44. ACTUALIZACIÓN EN ARBOVIROSIS: VIRUS USUTU ¿POSIBLE AMENAZA EN NUESTRO ENTORNO? Salomón López. II año postgrado científico en investigación, Infectología e Inmunología, Facultad de Ciencias y Medicina. Universidad de Montpellier, Francia.

Antecedentes: Debido al gran impacto epidemiológico se han realizado investigaciones a gran escala en medicina basada en evidencia y a nivel de bases moleculares sobre arbovirosis. De esta forma se ha comprendido mejor la fisiopatología viral, los posibles mecanismos de penetración al sistema nervioso central (SNC) causando complicaciones neurológicas asociadas, la realización de búsquedas imparables de vacunación efectiva y prevención oportuna. Uno de los arbovirus que está causando preocupación por riesgo a desencadenar una futura epidemia como lo hizo el dengue, zika, chikungunya, es el flavivirus ARN Usutu, cuyo reservorio son las aves paseriformes, el vector *Aedes albopictu*s y *especies Culex* y el huésped accidental el humano y los equinos. Se han reportado brotes de infección por Usutu en África y Europa suroccidental**. Descripción de la experiencia:** Se presenta la experiencia académica realizadas en laboratorios de investigación fundamental y su correlación con la complementación de estudios reportados y publicados en otros centros de investigación. **Lecciones aprendidas:** Debido a la alta tendencia de migración entre Europa y América Latina (crecimiento anual del 8%), la posibilidad que Usutu entre al continente americano es mayor, aún más teniendo otros factores favorables para el desarrollo de una epidemia (mismo vector, reservorios y clima tropical). Usutu suele ser asintomática o de expresión clínica benigna, sin embargo, se han descrito casos de encefalitis o meningoencefalitis. Posibles mecanismos de entrada al SNC por arbovirosis: transcitosis, infección endotelial en la barrera hematoencefálica y la infección de células inmunológicas. Además, se ha confirmado que los efectos de ZIKA en el metabolismo celular neuronal pueden conducir a la incidencia de microcefalia. Pero al comparar Zika versus Usutu se ha observado una mayor tasa de infección, producción viral y muerte celular en Usutu, destacándolo como una potencial amenaza posible en salud.

TL45. ANGIOESTRONGILOSIS ABDOMINAL EN PACIENTE PEDIATRICO. REPORTE DE CASO. Claudia Medina[1], Brenda Navarrete[2], Sergio Villeda[3], Arturo Varela[4], Mario Vásquez[5]. [1]Médico Residente III, Postgrado de Radiología e Imágenes Médicas, Universidad Nacional Autónoma de Honduras; [2]Médico Residente II, Postgrado de Radiología e Imágenes Médicas, Universidad Nacional Autónoma de Honduras; [3]Médico Especialista en Cirugía Pediátrica, Instituto Hondureño de Seguridad Socia; [4]Médico Especialista en Radiología, IHSS. [5]Médico Interno.

Antecedentes: El género Angiostrongylus fue descrito por Kamensky en 1905. Las especies *costarricenses* y *cantonesis* son consideradas las más frecuentes. En Honduras el primer caso fue en Siguatepeque 1972, en 1997 se habían presentado cerca de 30 casos, se reportó caso en un adulto de 45 años procedente de Comayagua en el 2010 y en el 2015 un lactante del Valle de Amarateca. Las larvas, penetran los vasos linfáticos, se alojan en las arteriolas mesentéricas. Los huevos y las larvas inducen una respuesta inflamatoria intensa en la mucosa ileocecal, que generan reacción granulomatosa con eosinofilia. Las características macroscópicas comprenden dos tipos: engrosamiento predominante de la pared intestinal y, lesiones necróticas con-

gestivas. Se presenta como abdomen agudo en niños. Los hallazgos por imagen suelen ser inespecíficos, se describen desde distensión de asas, edema de pared, presencia de granuloma, imagen en seudoriñón en área ileocecal y lesiones neoformativas. **Caso clínico.** Femenina de 5 años de edad, procedente de Las Crucitas, El Paraíso, refiere dolor abdominal y fiebre de dos semanas de evolución, acompañado de vómitos. Manejado en clínica privada como infección urinaria, al no tener mejoría es referida al IHSS. Se ingresa con eosinofilia de 6,700 UL. Ultrasonido reporto asas engrosadas en región cecal; tomografía abdominal evidencia masa que involucra la válvula ileocecal. Se realizó laparotomía con hallazgos de tumor que infiltra la válvula ileocecal, apéndice, colon ascendente y otro foco en transverso, se reseca y realiza anastomosis término – terminal. El estudio histopatológico reportó *Angiestrongilosis costarricense* complicada con trombosis vascular parasitaria, reacción granulomatosa extensa y necrosis. La paciente egresó con evolución satisfactoria. **Conclusiones/Recomendaciones.** Se desconoce mucho la patología de la angioestrongiloides abdominal, sin embargo, se debe considerar como diagnóstico diferencial en pacientes pediátricos con abdomen agudo y reacción granulomatosa eosinofilica.

TL46. TRANSMISIÓN PERINATAL DEL VIRUS DE INMUNODEFICIENCIA HUMANA. HOSPITAL NACIONAL "DR. MARIO C. RIVAS", 2019. Raquel Andrea Martínez López[1], Karen Erazo[2], Lourdes Chevez[3]. [1]Doctora en Medicina y Cirugía, Médico Asistencial del Servicio de Atención Integral (SAI) Hospital Nacional Dr. Mario Catarino Rivas (HNMCR); [2]Pediatra, Máster en VIH, Coordinadora del SAI HNMCR, Profesor Titular III UNAH-VS; [3]Pediatra Asistencial SAI/HNMCR.

Antecedentes: Honduras registró 2067 casos acumulados de VIH en menores de 14 años hasta 2018, aproximadamente 9 casos por año**.** La principal vía de transmisión pediátrica es la perinatal. En los últimos años se ha producido una rápida ampliación de servicios de prevención de la transmisión perinatal del VIH, lo que ha disminuido esta hasta menos del 1% cuando se cumplen todas las acciones del Protocolo de prevención de trasmisión del VIH de madre a hijo (PPTMI). Se ha identificado la carga viral (CV) materna detectable al final del embarazo como el principal factor de riesgo de transmisión. **Casos clínicos:** Madre de 35 años**,** diagnóstico de VIH desde 2014, en terapia antirretroviral (TAR) con Tenofovir+Emtricitabina+Efavirenz (TDF+TFC+EFV), embarazo actual en el 2018 captado a las 8 semanas de gestación (SG), CV no detectable a 12 SG, cesárea programada, lactancia materna (LM) omitida, recién nacido catalogado alto riesgo de transmisión, recibió triple terapia de antirretrovirales (ARV) por 4 semanas, reacción en cadena de polimerasa para VIH (PCR) positiva a los 48 horas de vida. Caso 2: Madre de 32 años, diagnóstico de VIH en el 2018, en TAR desde entonces con TDF+EMT+EFV, embarazo actual captado en el segundo trimestre, CV en ese momento menor 40 copias, cesárea programada, LM omitida, recién nacido catalogado de bajo riesgo de transmisión, recibió Zidovudina 4 semanas y 1 dosis de Nevirapina, PCR para VIH positiva al mes de vida. **Conclusiones/Recomendaciones.** Se debe realizar CV materna por lo menos 1 mes antes de la finalización del embarazo con el fin de categorizar adecuadamente el riesgo de exposición del niño y así mediante la administración oportuna de ARV reducir el riesgo de transmisión del virus. Estandarizar la realización del PCR en las primeras 48 horas a todos los perinatalmente expuestos al VIH independientemente del riesgo de exposición.

TL47. PREVALENCIA DE DISCAPACIDAD INFANTIL Y FACTORES ASOCIADOS EN VALLE DE ÁNGELES, FRANCISCO MORAZÁN, 2017. Ingrid Ramos[1], Iris Murillo[1], Javier Molina[1], Arlyn Rossela Barrientos Matamoros[1], Esnelly Berrios[1], José Elpidio Sierra Zerón[2], Leonardo Sierra[2], Sonia Flores[3], Edna Maradiaga[4], Jackeline Alger[4], Mauricio Gonzales[4]. [1]Especialistas en Medicina de Rehabilitación; [2]Docente, Postgrado de Medicina de Rehabilitación, Facultad de Ciencias Médicas, UNAH; [3]Fisiatra, Unidad de Medicina Física y Rehabilitación, Instituto Hondureño de Seguridad Social. [4]Docente, Unidad de Investigación Científica, Facultad de Ciencias Médicas, UNAH.

Antecedentes: Discapacidad es cualquier alteración en la estructura y/o función junto a la limitación en la actividad y/o restricción en la participación (OMS). La prevalencia de DI varía, en 3 países de América Latina fue de 3.0%-4.3% (CEPAL-2011), en Honduras fue de 2.7% (INE-2002) en <18. **Objetivos:** Determinar la prevalencia DI y factores asociados en niñez 2-17 años. **Metodología:** Estudio transversal en un censo de casas del casco urbano. Previo consentimiento/asentimiento informados se registró información utilizando la Clasificación Internacional del Funcionamiento de la Discapacidad y de la Salud - CIF/OMS, Grupo Washington; se preguntó sobre factores sociodemográficos y se tomaron medidas antropométricas. Realizado en el año 2017. **Resultados:** En 351 individuos estudiados, se encontró una prevalencia de 11.4% (95% IC: 8.5%-15.2%). Los factores asociados fueron: Edad 5-17, Razón de Prevalencia (RP) 4.1 (95% IC: 1.0-16.7); Bajo Peso, RP 3.0 (95% IC: 1.5-6.1); Edad gestacional <37 semanas RP 2.2 (95% IC: 1.0-4.7); Antecedente de parto prolongado RP 3.1 (95% IC: 1.5-6.4). **Conclusiones/Recomendaciones:** La prevalencia encontrada fue alta. Las áreas más afectadas fueron ámbito de aprendizaje, ansiedad y marcha. Las causas de DI más frecuentes fueron adquiridas, especialmente perinatológicas.

TL48. EFICACIA DEL USO DE INMUNOGLOBULINA EN PACIENTES PEDIÁTRICOS CON EPILEPSIA FARMACORRESISTENTE, EXPERIENCIA DE 7 AÑOS. Carol Josseline Zuniga García,[1,2,3] Elsa Solórzano Gómez,[1,2,4] Juvenal Gutiérrez Moctezuma, [1,2,4]. [1] Especialista en Pediatría; [2] Sub especialista en Neurología Pediátrica; [3]Alta especialidad en Neurogenética; [4]Médico adscrito de Neurología Pediátrica del CMN "20 de Noviembre" ISSSTE, Cuidad de México.

Introducción: La epilepsia fármacorresistente (EFR), se define como aquellos casos en los cuales se han utilizado dos o más antiepilépticos, con indicación demostrada para el tipo de epilepsia y a dosis máximas toleradas, sin respuesta. **Objetivo:** Describir la eficacia de Inmunoglobulina intravenosa (IGIV) en niños con EFR. **Metodología:** Estudio transversal de pacientes con EFR. Se consideró buena respuesta cuando el número y/o tiempo de crisis disminuyeron al menos 50% con respecto a la medición basal. Las variables de impacto número y tiempo de crisis se midieron en cuatro 4 etapas: Basal, 3, 6 y 12 meses. Se administró dosis inicial de IGIV 0.4 g/kg/díax5 días y 0.4 g/kg/dosis cada 3-4 semanas durante 6 meses. **Resultados:** Se incluyeron 36 pacientes de los cuales uno se perdió en el seguimiento a 6 meses y 6 a los 12 meses. Hubo 20 hombres y 16 mujeres. La mediana de edad cronológica fue de 12.5 años (2-21), la mediana de edad de inicio de epilepsia fue de 11 meses (1 mes-10 años). Trece (36%) pacientes tuvieron epilepsia sindrómica. En cuanto al número de crisis, 22/36(61%) alcanzó una mejoría mayor al 50% a los 3 meses, 19/35(54.3%) a los 6 meses y 15/30(49%) a los 12 meses. Tres pacientes se encontraron libre de crisis a los 3 meses, 6 a los 6 meses, y dos a los 12 meses, Friedman p<0.000. En cuanto al tiempo de las crisis encontramos que 14(38.9%) de los casos alcanzaron disminución de >75% a los 3 meses, 15/35(41.7%) y 14/30(38.9%) a los 6 y 12 meses. **Conclusiones/Recomendaciones:** Dado que la respuesta obtenida es buena tanto en los pacientes con sustrato etiológico inflamatorio como en aquellos que no lo tienen, la selección de los casos debiera basarse en la refractariedad de la epilepsia. En base a nuestros resultados se encontró que la IGIV es eficaz y segura para tratamiento de epilepsia refractaria.

TL49. LA DOCENCIA EN MEDICINA. Martha Lorena Pinto Castillo. Médico y Cirujano, Maestría en Administración de Empresas, Maestría en Educación Superior, Docente en la Universidad Nacional Autónoma de Honduras en el Valle de Sula (UNAH-VS).

Antecedentes: En el pasado la escogencia de docentes en la carrera de Medicina estaba basada en ser médico especialista, de reconocida trayectoria profesional, de "buen nombre" en la comunidad y afín al director de carrera. Siempre se pensó que un buen profesional era un buen docente, ya que, al ser experto en esa área, tendría la habilidad de transferir dicho saber. Así que el especialista explicaba de acuerdo a experiencia profesional, éxitos y retos encontrados. Tampoco se consideraba necesario ninguna preparación del tema, ya que el manejo de los saberes, la experiencia y estar actualizado, era más que suficiente para la impartición de la asignatura. En ese momento, la presentación era cátedra magistral y/o prácticas clínicas dependiendo de la asignatura. Actualmente el profesional de la medicina dedicado a la docencia tiene que conocer el área específica, prepararse académicamente con una maestría pertinente. Al ostentar dicho posgrado se adquieren las herramientas necesarias para presentación y transferencia de saberes, y se requiere estar actualizado en el manejo de la tecnología. **Descripción de la experiencia:** La práctica docente se inicia hace 7 años en la UNAH-VS, después de varios años de trabajo asistencial y administrativo. Desde el principio la finalidad ha sido trabajar bajo el modelo constructivista, donde el estudiante es coautor de su propio aprendizaje y no de manera conductista, donde el docente es el que presenta el saber cómo único dueño del conocimiento. Siempre ha sido el objetivo que el conocimiento se presente de manera comprensible, donde el discente aprenda con lógica y siguiendo un proceso cronológico, y no de manera memorística. Además, con la tecnología al alcance de los estudiantes, hay que prepararse no solo con los libros de texto, pero en la lectura de revistas electrónicas indexadas para presentar actualizaciones internacionales y brindar educación de país de primer mundo. **Lecciones aprendidas:** El presentarse delante de los estudiantes durante 2 horas clase, solo es la culminación de varias horas de estudio tras bambalinas.

TL50. COMITÉ DE ÉTICA EN INVESTIGACIÓN BIOMÉDICA (CEIB), FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS UNAH: 19 AÑOS DE TRABAJO COMPETENTE E INDEPENDIENTE. Eleonora Espinoza[1], Jackeline Alger[2]. [1]MD, MSP; [2]Comité de Ética en Investigación Biomédica (CEIB), Unidad de Investigación Científica, Facultad de Ciencias Médicas, UNAH.

Antecedentes: Las pautas éticas internacionales enfatizan la competencia e independencia de los Comités de Ética en Investigación (CEI) institucionales. **Descripción de la Experiencia:** Desde su fundación en el año 2000, el Comité de Ética en Investigación Biomédica (CEIB), Facultad de Ciencias Médicas (FCM), UNAH, cumple funciones de dictamen ético y capacitación. Posee registro de la Oficina de Protección de Participantes Humanos en Investigación (OHRP), Estados Unidos de América (EUA). A la fecha ha dictaminado más de 600 protocolos, promedio anual aproximado de 90 en los últimos años. Además de dictaminar protocolos institucionales, FCM y otras Facultades, dictamina estudios de instituciones nacionales e internacionales que realizan investigaciones en Honduras. La modalidad de capacitación ha sido a través de cursos, talleres precongreso, jornadas de capacitación presencial y cursos en línea, dirigidos a

estudiantes de grado, postgrado, docentes universitarios e investigadores. El CEIB ha realizado investigaciones y publicaciones sobre ética e integridad científica; ha establecido colaboración con instituciones nacionales e internacionales: Biblioteca Médica Nacional, Instituto Antonio Vidal, OPS/OMS, Universidad de Miami, Universidad Cayetano Heredia (Perú), Universidad de Sao Pablo (Brasil), The Global Health Network (Oxford), UNESCO (Paris). Promueve la utilización de ProEthos, plataforma virtual para registro y revisión ética de protocolos (http://www.paho.org/proethos/). El CEIB ha fortalecido la red de comités de ética nacional (redceih.bvs.hn). En el período 2013-2017 ejecutó dos subvenciones de fortalecimiento institucional (TDR/WHO). Actualmente, promueve la creación de un Comité Nacional de Bioética con sus colaboradores nacionales e internacionales. **Lecciones aprendidas:** Los CEI deben contar con reconocimiento y apoyo institucional que favorezca su competencia e independencia, y presupuesto propio, para garantizar la objetividad de sus dictámenes. Contar con una revisión científica y ética por personas capacitadas, con experiencia, sin influencia de poderes políticos, administrativos, financieros u otros, es crucial para el reconocimiento nacional e internacional de la investigación en Honduras.

TL51. ENSEÑANDO A PRACTICAR MEDICINA PREVENTIVA. Martha Lorena Pinto Castillo[1]. [1]Medico y Cirujano, Maestría en Administración de Empresas, Maestría en Educación Superior, Docente en la Universidad Nacional Autónoma de Honduras en el Valle de Sula (UNAH-VS)

Antecedentes: La Secretaria de Salud cada año destina fondos para la prevención de enfermedades transmitidas por vectores (dengue, zika, malaria, chikungunya) y brindar educación de prevención de embarazos en adolescentes. A pesar de esos esfuerzos las emergencias del país están saturadas con pacientes con enfermedades producidas por vectores y las salas de labor y parto con embarazos en adolescentes. Conociendo las estadísticas y con la experiencia que la población no practica las medidas de prevención, se crea el *Programa de Promoción de Salud en Centros de Educación Básica del Sistema Educativo de San Pedro Sula* (5to y 6to grado) en las escuelas públicas de San Pedro Sula, como parte del eje de Vinculación de la Universidad Nacional Autónoma de Honduras en el Valle de Sula. **Descripción de la experiencia:** Desde el año 2015 y durante el semestre, los estudiantes de las ciencias de la salud imparten charlas sobre: prevención de enfermedades transmitidas por vectores-zancudo y de transmisión sexual, embarazo en adolescentes, abuso infantil, primeros auxilios, lavado de manos y valores morales. Bajo la supervisión del docente, se aclaran dudas y. se les orienta dónde buscar ayuda. **Lecciones aprendidas:** Los niños de 5to y 6to grado se convierten en embajadores del programa para los grados inferiores y en la casa. De esta manera, estamos enseñando a la población infantil Medicina Preventiva, que pondrán en práctica cuando sean adultos. Además, nos damos cuenta de los problemas sociales de la población infantil.

TL52. GAS LACRIMOGENO: QUE ES Y QUE PRODUCE. EXPERIENCIA EN HONDURAS 2017-2018. Jackeline Alger[1], Helga Codina[2], Walter Moncada[2] [1]MD, PhD, Servicio Parasitología, Departamento de Laboratorio Clínico, Hospital Escuela Universitario, Unidad de Investigación Científica, Facultad de Ciencias Médicas, UNAH; [2]MD, Instituto Hondureño de Seguridad Social, Tegucigalpa.

Antecedentes: En los últimos años a nivel mundial se ha observado un aumento en el uso de armas de control de masas como respuesta a las manifestaciones populares en las calles. Los irritantes químicos incluyen una variedad de compuestos destinados a producir irritación sensorial. Denominados convencionalmente como “gas lacrimógeno”, los irritantes químicos vienen en una variedad de formulaciones, tamaños, concentraciones y mecanismos de entrega, dependiendo del fabricante y el contexto para el cual están destinados. **Descripción de la experiencia:** Durante el periodo noviembre 2017 a enero 2018, alrededor de las elecciones y toma de posesión presidencial en Honduras, se presentó un gran número de eventos a nivel nacional como manifestaciones populares que fueron controladas utilizando gas lacrimógeno. Durante estos eventos, mediante observación directa o a través de los medios de comunicación, se observó individuos expuestos a altas concentraciones en espacios cerrados o por períodos prolongados de tiempo. Esta exposición puede producir graves consecuencias para la salud e incluso la muerte. Se ha reconocido que existe una brecha significativa en el conocimiento acerca de los efectos sobre la salud del gas lacrimógeno y la ausencia de directrices internacionales sobre su utilización. Su uso amplio y rutinario o su uso indebido, ha resultado en lesiones, discapacidad y muerte a nivel global. Se discuten experiencias en otros países. **Lecciones aprendidas:** Categorizado como no letal, el gas lacrimógeno se percibe como que no causa lesiones permanentes o la muerte, solo efectos a corto plazo (lagrimeo transitorio, irritación ocular y dolor, espasmo de párpados, dolor cutáneo, dificultad respiratoria, efecto psicológico de desorientación y agitación). Sin embargo, esta percepción está cambiando al contar actualmente con mayor evidencia de lesiones moderadas y permanentes, producto de su uso indebido o abuso. Es necesario regular su uso en Honduras.

TL53. ¿ESTA DISMINUYENDO LA PREVALENCIA DE INFECCIÓN POR HELICOBACTER PYLORI EN LA POBLACIÓN HONDUREÑA? Silvia María Portillo[1], Glenda López[2], Josué Chinchilla[3], Ivania Hernández[3], Ariel Lezama[3], Jorge Suazo[4]. [1]Gastroenteróloga Hospital del Valle; [2]Médico residente de medicina interna, Hospital de la Universidad de Nuevo México, U.S.A; [3]Médico general Hospital del Valle; [4]Gastroenterólogo Hospital del Valle.

Antecedentes: Honduras se considera hoy en día un país con alta incidencia de cáncer gástrico, en el occidente se han reportado rangos de 39 en hombres y 21 en mujeres por 100,000 habitantes. Estudios recientes sugieren que la erradicación de *H. pylori* puede ser una medida para reducir la incidencia de cáncer gástrico. Es indispensable conocer la prevalencia de la infección en diferentes áreas geográficas para planificar programas de erradicación. En el año 2012 se notificó en el occidente de Honduras una prevalencia de infección por H. pylori del 82.6%. **Objetivo:** Investigar la prevalencia actual de la infección por H. pylori en adultos de 18 a 70 años residentes del área rural de Honduras. **Metodología:** Estudio descriptivo de corte transversal realizado en La Encarnación, Ocotepeque en el año 2016. A los participantes se les realizo la prueba de aliento (PA) con ^{14}C. Estudio descriptivo de corte transversal. **Resultados:** Un total de 202 pobladores cumplieron con los criterios de inclusión. El 63% eran del sexo femenino. La edad promedio fue de 40.4 ± 13.6. El 84% de los pacientes se dedicaban a labores domésticas o a la agricultura. El 75.2% de los pacientes tenían algún grado de escolaridad primaria. El 59.4% (n=120) dieron PA positiva. La frecuencia de síntomas digestivos fue mayor en los pacientes con PA positiva, 42% versus 34% en caso de dispepsia (p=0.28), 50% versus 38% en caso de molestias vagas (p=0.96) y 64% versus 36% en caso de pirosis (p=0.004). La distribución geográfica mostro una prevalencia superior (70%) en los que residían en el pueblo y del 52% en los que residían en áreas montañosa (p=0.13). **Conclusiones/Recomendaciones:** Este es un estudio reciente realizado en nuestro país que aborda la prevalencia de la infección por *H. pylori.* Observamos una prevalencia mucho menor de la infección en comparación con lo notificado con anterioridad, 58% vrs 82.6%. Desconocemos las razones de la baja prevalencia encontrada, pero según reportes de la literatura existe una tendencia a la estabilización y reducción de la infección por *H. pylori* a nivel mundial. Habrá que hacer más investigaciones en otras áreas geográficas y en diferentes grupos poblacionales para comparar nuestros hallazgos.

TL54. CARACTERIZACIÓN DE LA INFECCIÓN POR *HELICOBACTER PYLORI* EN PACIENTES CON SÍNTOMAS DISPÉPTICOS EN LA COMUNIDAD DE CONES, SAN MARCOS Y SANTA ANITA, OCOTEPEQUE, 2018. Gabriela Alejandra Guardado Reyes[1], David Gerardo Fajardo Rivera[1]. [1]Doctor en Medicina y Cirugía.

Antecedentes: La infección por *Helicobacter pylori (Hp)* es una de las más comunes en el humano. Debido a su alta prevalencia a nivel mundial se ha desarrollado una serie de guías y recomendaciones para el apropiado escrutinio, diagnóstico y manejo de los pacientes con *Hp*. **Objetivo:** Describir las características clínicas y epidemiológicas del paciente con sintomatología dispéptica positiva por *Helicobacter pylori* en la población de la aldea de Cones, Santa Anita y San Marcos, Ocotepeque. **Metodología:** Estudio descriptivo, prospectivo y transversal en el que se realizó una caracterización clínica, epidemiológica y social a 52 pacientes con sospecha de infección por *Hp* en el periodo de marzo a Julio de 2018 en 3 establecimientos de atención primaria mediante información obtenida del tutor legal del paciente y del expediente médico. Se utilizó una muestra probabilística a través de un muestreo estratificado, se realizó el análisis con estadística descriptiva utilizando el programa SPSS v. 22. **Resultados:** La media de edad de los pacientes fue de 42 años con un rango de edad entre 17 y 73 años con un predominio en el sexo femenino (73,1%). El 69,2% presentó dolor epigástrico, seguido del 42,9% de pacientes que presentaron pirosis. Solo el 13,4% de los pacientes afirmo tener algún tipo de hábito perjudicial para la salud asociado a la infección. **Conclusiones/Recomendaciones:** Para disminuir la incidencia de *Hp* se deben considerar causas multifactoriales que deben ser abordadas por el médico tratante y el paciente, tales como medidas de higiene en el lavado de los alimentos y manos y la erradicación de la bacteria dentro de los miembros de la familia.

TL55. LA TERAPIA CON CLARITROMICINA PODRÍA CONTINUAR SIENDO EFECTIVA EN LA ERRADICACIÓN DE *HELICOBACTER PYLORI* EN LA ENCARNACIÓN, OCOTEPEQUE, 2018. Silvia María Portillo[1], Jorge Suazo[1], Ivania Hernández[2], Josue Chinchilla[2], Ariel Lezama[2], Glenda López[3]. [1]Gastroenterólogo, Hospital del Valle; [2]Médico General, Hospital del Valle; [3]Médico Residente de Medicina Interna, Hospital de la Universidad de Nuevo México, U.S.A.

Antecedentes: La resistencia de *H. pylori* a la claritromicina es preocupante. Un ensayo clínico realizado en San Pedro Sula por nuestro grupo de investigación demostró que la efectividad de la terapia triple con claritromicina era

únicamente del 63%. **Objetivo:** comparar la efectividad y tolerabilidad de la terapia concomitante versus la terapia triple en población rural mayor de 20 años en el Occidente de Honduras. **Metodología:** Este estudio fue realizado en La Encarnación Ocotepeque, de marzo a junio del 2018. Se incluyeron pacientes mayores de 20 años, con prueba de aliento (PA) ^{14}C positiva. Se excluyeron pacientes que ya habían recibido erradicación para *H. pylori*. Ensayo clínico comparativo aleatorizado. Los pacientes fueron asignados en: Grupo A (n=53); terapia triple estándar con esomeprazol 40 mg/día, claritromicina 500 mg y amoxicilina 1g BID; y Grupo B (n=49) terapia concomitante con omeprazol 20 mg/día, claritromicina 500 mg y amoxicilina 1g BID, metronidazol 400 mg TID. En ambos grupos la terapia se mantuvo por 14 días. Una PA fue realizada ocho semanas después para confirmar erradicación. **Resultados:** La edad promedio fue de 40 años, siendo 63% del género femenino. Se erradicaron el 88% de infectados en el grupo A y 87% en el grupo B (p=NS). El porcentaje de erradicación por área geográfica fue superior para ambas terapias en la zona montañosa vs el pueblo (90% vs 86% grupo A y 96% vs 81% grupo B, respectivamente) (p=NS). No hubo diferencias en la tolerancia a medicamentos del grupo A (70%) vs el grupo B (84%). El 8% de los pacientes del grupo B y el 4% del grupo A abandonaron el tratamiento por efectos indeseables (p=NS). **Conclusiones/Recomendaciones:** Ambas terapias fueron efectivas. Según nuestros resultados los pacientes que residen en áreas montañosas presentan erradicaciones por arriba del 90%. Nuestros hallazgos podrían orientar a continuar utilizando la terapia triple en el área rural de Honduras.

TL56. TUBERCULOSIS ABDOMINAL: A PROPÓSITO DE UN CASO. Ruth Torres[1], Caroline Andrade[2], Marisabely Rodriguez[3]. [1]Residente tercer año postgrado de Medicina Interna, HEU**;** [2]Especialista en Medicina Interna HEU; [3]Internado Rotatorio HEU.

Antecedentes: La tuberculosis intestinal fue la complicación más frecuente de la tuberculosis pulmonar activa en la primera mitad del siglo XX, asociándose entre 6 al 9 % de los pacientes con esta última localización. **Caso clínico:** Paciente femenina de 26 años, procedente del área rural, con antecedentes familiares de cáncer de ovario; consulta por aumento del perímetro abdominal de 2 meses de evolución, acompañado de dolor, difuso, leve. Asimismo, fiebre de 2 semanas de evolución, subjetivamente alta, con diaforesis y escalofríos. Niega otras comorbilidades y antecedentes epidemiológicos. Ingresa con signos vitales dentro de parámetros normales Examen físico, perímetro abdominal aumentado, sin circulación colateral, no dolor abdominal a la palpación, onda ascítica positiva, sin organomegalias. Laboratorialmente: Sin anemia, no evidencia de falla renal, pruebas de función hepática normales. USG de Abdomen: ascitis con ecos, implantes peritoneales en FID e imagen quística para ovárica izquierda con vol. de 56 cc. Se realiza, serologías para hepatitis B y C con resultado negativo. TAC abdominal: masa de ovario izquierdo, irregular de 55x40 mm, resto de órganos sin alteraciones. En estudio de líquido peritoneal no se observa malignidad y sugiere proceso inflamatorio crónico. Posteriormente presentada a servicio de Ginecología y Cirugía Oncológica, se realiza LAPE, en la que se observó, órganos pélvicos con aspecto inflamatorio caseificante. Biopsia de anexo izquierdo; reporta proceso inflamatorio crónico, granulomatoso caseificante y salpingitis granulomatosa. Tinción de Ziehl Nielsen en la biopsia confirma el diagnostico. **Conclusiones/Recomendaciones:** La tuberculosis abdominal es una enfermedad poco común; las manifestaciones clínicas pueden sugerir la presencia de una enfermedad tumoral; la sospecha clínica es baja; y en muchas ocasiones el diagnóstico es incidental.

TL57. TRAUMATISMO PENETRANTE DE CRANEO TRANSORBITARIO BILATERAL. REPORTE DE CASO. Eduardo Nazar[1], Oswaldo Fajardo[2]. [1]Médico Residente de IV año del Postgrado de Neurocirugía Hospital Escuela Universitario; [2]Médico Especialista en Neurocirugía, Departamento de Neurocirugía Hospital Escuela Universitario, Tegucigalpa.

Antecedentes: El trauma penetrante de cráneo, tiene una baja incidencia en relación a los traumas craneales cerrados. La mayoría son causados por proyectiles disparados por arma de fuego y heridas por arma blanca. Los traumas penetrantes de cráneo transorbitarios son extremadamente raros y las complicaciones incluyen: celulitis orbitaria, trauma ocular, lesión de músculos oculares externos, lesión del nervio ocular, lesión vascular y absceso cerebral. **Caso clínico:** Paciente masculino de 36 años, ingresa a urgencias por agresión física con ramas a nivel de cara y ambas orbitas, penetrando cráneo a través de las fisuras orbitarias superiores. El paciente presenta Glasgow de 15, con amaurosis, con compromiso completo de los músculos extraoculares y globos oculares intactos. Además, presenta síndrome cerebeloso izquierdo. Tomografía cerebral no contrastada muestra ambas ramas penetrando cráneo a través de fisura orbitaria superior, con la rama izquierda pasando adyacente al tallo encefálico, en fosa posterior, y causando contusión hemorrágica en cerebelo. Se realiza remoción anterógrada de ambas ramas a través de las órbitas, en el quirófano, y se realiza tomografía postoperatoria sin observarse lesiones agregadas. La recuperación post quirúrgica es satisfactoria y no presenta complicaciones inmediatas. Estudio angiotomográfico descarta lesión vascular cerebral. Durante hospitalización presenta celulitis orbitaria controlada con antibióticos. **Conclusiones/Recomendaciones:** Se recomienda realizar estudio vascular cerebral previo y posterior a intervención, el uso de antibióticos de amplio espectro y realizar tomografías seriadas para descartar la formación de absceso cerebral.

TL58. TROMBOSIS DE SENO VENOSO CEREBRAL EN PACIENTE PUÉRPERA. A PROPÓSITO DE UN CASO. Kendy Marcela Portillo[1], José Alberto Rivera[2], Janeth Bu Figueroa[3]. [1]Jefe de Residentes 4to año, Postgrado de Neurología, Hospital Escuela Universitario; [2]Médico Residente 3er año Postgrado de Neurología Hospital Escuela Universitario; [3]Médico Especialista en Neuroradiologia, Instituto Hondureño de Seguridad Social, Profesora de Postgrados Neurología y Radiología, Universidad Nacional Autónoma de Honduras.

Antecedentes: La trombosis venosa cerebral (TVC) es un accidente cerebrovascular que involucra el sistema venoso de la circulación cerebral, es una causa poco común 0,5-1 % de todos los ictus. A pesar de tener una prevalencia baja la TVC, las mujeres representan aproximadamente 75% de los casos, probablemente como resultado de factores de riesgo específicos del sexo están incluidos los anticonceptivos orales, el embarazo y el uso de terapia hormonal. Los factores de riesgo están divididos en adquiridos y genéticos, de los cuales están más estudiados los estados protrombóticos. Las trombofilias heredadas incluyen déficit de antitrombina III, proteína C y S, mutación del factor V de Leiden y la mutación del gen 20210 de protrombina. **Caso clínico:** Femenina de 29 años sin antecedentes patológicos, 2 días posterior al parto presenta cefalea holocraneana intensa durante 7 días acompañada de vómitos, 4 días del inicio de la cefalea, déficit motor súbito en hemicuerpo derecho sin deterioro de consciencia ni fiebre. TC cerebral simple y contrastada se realizó con 7 días de clínica, revela signo de seno venoso hiperdenso. Angio IRM cerebral (fase venosa) 8 días de clínica evidenció Trombosis parcial de seno longitudinal superior y en FLAIR y difusión infarto venoso parietal izquierdo. Se inició manejo con heparina en dosis terapéutica de 5,000 UI IV cada 6 horas y traslape a Warfarina al tercer día iniciando 5 mg VO cada día con titulación según INR. Tiempos de coagulación inicial INR 1.01, a su egreso INR 2.26. Alta médica con Warfarina 5mg VO día con excelente evolución clínica. **Conclusiones/Recomendaciones:** El diagnóstico de TVC requiere un alto nivel de sospecha clínica y confirmación por neuroimagen y el manejo agudo tiene como objetivo primordial la recanalización del seno o senos trombosados para el cual la anticoagulación es la que tiene mayor evidencia científica.

TL59. TROMBOSIS DEL SENO VENOSO SAGITAL DE ETIOLOGÍA IDIOPÁTICA EN PACIENTE ADULTA. REPORTE DE CASO. Allan Iván Izaguirre González[1], Carlos Joaquín Muñoz Pineda[2], Miguel Alonso Solano Blanco[3]. [1]Doctor en Medicina y Cirugía, Médico asistencial de emergencia Hospital General Santa Teresa, Comayagua, Maestrante del programa de epidemiología; [2]Médico Especialista en Radiología, Clínica de Especialidades, Siguatepeque, Comayagua; [3]Médico Especialista en Neurología, Hospital del Valle, Comayagua.

Antecedentes: La trombosis venosa cerebral es una forma rara de accidente cerebrovascular, caracterizada por la formación o la presencia de un coágulo en el seno dural y/o venas cerebrales. Es una entidad infrecuente, cuya incidencia es de aproximadamente 3-5 casos por 1 millón de personas por año. **Caso clínico:** Femenina de 39 años, con antecedente quirúrgico de 10 años de evolución por meningioma frontal izquierdo. Se presenta con cuadro clínico de cefalea holocraneana de 14 días de evolución, de tipo pulsátil, intensidad moderada, acompañado de crisis convulsivas parciales motoras en miembro superior derecho. Al examen físico se evidenció paresia en brazo izquierdo. Fondo de ojo no reveló papiledema u otros signos de hipertensión endocraneana. Se realizó TAC cerebral simple, la cual evidenció área de encefalomalacia frontal izquierda (secundario a evento quirúrgico previo). Presencia de signo de la cuerda (fase simple) en línea media asociado a signo de Delta vacío (fase contrastada). IRM y angiografía en fase venosa evidenciaron trombosis en región tercio medio-posterior del seno venoso sagital superior. Se indicó manejo con anticonvulsivantes (Carbamazepina) 400 mg hora sueño y 200 mg por la mañana. Al confirmarse su etiología isquémica, se manejó con inhibidores directos de la trombina (Dabigatrán) 150 mg BID. En vista que no se encontró una causa subyacente, se clasificó como idiopática. **Conclusiones/Recomendaciones:** Las trombosis venosas cerebrales (TVC) representan una variedad rara de accidente cerebrovascular cuyo pronóstico, por lo general favorable con tratamiento, justifica la realización de un diagnóstico rápido. Sin embargo, éste sigue resultando en ocasiones difícil, a pesar del gran aporte de la imagen de resonancia magnética (RM), a causa de la diversidad de los síntomas iniciales y de su modo de aparición.

TL60. CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS Y EPIDEMIOLÓGICAS DE LA ENFERMEDAD VASCULAR CEREBRAL EN PACIENTES ATENDIDOS EN EL HOSPITAL NACIONAL "DR. MARIO C. RIVAS", SAN PEDRO SULA, 2018. Bessy Velasquez[1], Gabriela Castillo[1], Margarita Amaya[1], Allan Santos[1]. [1]Doctor en Medicina y Cirugía.

Antecedentes: La enfermedad vascular cerebral se define como el desarrollo de signos clínicos de alteración focal o global de la función cerebral con síntomas que tiene una duración de 24 horas o más y que no tienen otra causa aparente más que vascular. Se divide en isquémico (85%) y hemorrágico (15%). Representa la enfermedad neurológica aguda más frecuente. **Objetivo:** Describir las características clínicas y epidemiológicas de la enfermedad vascular cerebral en pacientes atendidos en el Hospital "Dr. Mario C. Rivas", San Pedro Sula, de enero a junio 2018. **Metodología:** Estudios descriptivo, transversal, Se incluyen pacientes con diagnóstico de enfermedad vascular cerebral cuyos datos fueron recolectados, previa autorización de los pacientes o familiares, mediante un cuestionario y escala de Rankin Modificada y posteriormente codificada en la herramienta SPSS versión 22. **Resultados:** De los cien (100) pacientes evaluados, el predominio fue en hombres con un 52%, y con una media de edad de 65 años. El 84% sufrió un evento isquémico. La hipertensión arterial predominó como principal factor de riesgo con 67%. En los hábitos toxicológicos se obtuvo un dato de 8% de consumo de alcohol y 12% de tabaquismo. El 65% presentó manifestaciones clínicas de hemiparesia contralateral, afasia motora y alteración del estado de conciencia. Las complicaciones más frecuentes fueron la neumonía por broncoaspiración y la convulsión con 12% cada una. Un 89% egresó en condición de vivo; sin embargo, solamente el 49% fue referido a un centro de rehabilitación. **Conclusiones/Recomendaciones:** La clínica presentada fue hemiparesia contralateral y afasia motora, en crisis hipertensiva y con grado de incapacidad moderadamente severa. La mayoría eran hombres de raza blanca, sin escolaridad, con hábitos toxicológicos y sin empleo. Es necesario la unidad cerebral con un protocolo instaurado para el diagnóstico y manejo oportuno de los pacientes.

TL61. RIESGOS ERGONÓMICOS EN LA POBLACIÓN DE APOYO Y ADMINISTRATIVO DEL HOSPITAL GENERAL SAN FELIPE (HGSF), TEGUCIGALPA, 2018. Juan Pablo Bulnes[1], Eda Gracia Aguilera[1], Manuel Sierra[1], Alejandro Carrasco[2], Allison Reyes[2], Ana Flores[2], Andrea Inestroza[2], Carlos Lanza[2], Cesia Ortiz[2], David Avelar[2], Helena Cerrato[2], Henry Nielsen[2], Hugo Ramirez[2], Lizzethe Rivera[2], Lucy Corrales[2], Marcela Argeñal[2], Marietta Gonzalez[2], Melkys Martinez[2], Meyling Quan[2], Saul Rodriguez[2], Sofia Rivera[2], Virginia Banegas[2], Zoar Rivas[2]. [1]MD, Docente, Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad Tecnológica; [2]Estudiantes de V Año, Carrera de Medicina, Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad Tecnológica.

Antecedentes: La ergonomía es la disciplina que estudia la adaptación de las condiciones de trabajo al ser humano para optimizar la seguridad, el bienestar y el rendimiento dentro de su área de trabajo. Los riesgos de lesiones musculoesqueléticas se presentan con mayor frecuencia entre el personal de apoyo de las instituciones. **Objetivo:** Establecer la prevalencia de síntomas osteomusculares y su relación con las condiciones ergonómicas del personal administrativo y de apoyo que labora en el HGSF. **Metodología:** Estudio transversal, realizado en el 2018, en una muestra de conveniencia de 198 empleados (30% HGSF). Se utilizó un cuestionario estructurado Kuorinka colectando datos relacionados con el trabajo, Ejercicio/sedentarismo, antecedentes patológicos, lesiones ergonómicas y antropometría. **Resultados:** La prevalencia del síndrome musculo esquelético (SME) fue de 52.0% (95% IC: 45.1%-58.9%). El rango 46–55 años tuvo mayor presencia de SME. El dolor musculo esquelético se encontró en 48.0% (95% IC: 41.1%-54.9%); dolor articular en 34.8% (95% IC: 28.5%-41.7%); y agotamiento en 33.3% (95% IC: 27.1%-40.2%). Se encontró una mayor prevalencia de SME en mujeres (59.5% versus 40.3%, p=0.03). Un 91% ejecutan movimientos repetitivos. Un 15.6% hombres y 25.4% mujeres presentaron dolor de intensidad regular y limitativo en funciones. **Conclusiones/ Recomendaciones:** La prevalencia de SME fue de 52.3%, el grupo con mayor riesgo ergonómico son las mujeres donde predominó sobrepeso-obesidad. Los factores de riesgo identificados fueron mujer, edad 46-55, trabajar en el área de limpieza, cocina y seguridad. Se deberá realizar evaluaciones periódicas a todo el personal de apoyo asegurando la seguridad ocupacional.

TL62. CARACTERIZACIÓN EPIDEMIOLÓGICA DE ADULTOS DIABÉTICOS INGRESADOS AL SERVICIO MEDICINA INTERNA HOSPITAL ESCUELA UNIVERSITARIO, TEGUCIGALPA, MAYO–SEPTIEMBRE 2018. Suany **López Laínez**[1], Marlen Cruz Joya[2], María Alejandra Ramos[3], Daniella Urbina[4]. [1]Licenciada en Nutrición, Hospital Escuela Universitario, CE Endocrinología; [2]Doctor en Medicina y Cirugía, Especialista en Medicina Interna, Hospital Escuela Universitario, CE Endocrinología; [3]Subespecialista en Endocrinología, Hospital Escuela Universitario, CE Endocrinología; [4]Licenciada en Nutrición, Hospital Escuela Universitario.

Antecedentes: Diabetes Mellitus: alteraciones metabólicas caracterizadas por la hiperglicemia como resultado de deficiencia en la producción de insulina, en su mecanismo de acción o ambos. Según estimaciones OMS, 422 millones de adultos en todo el mundo tenían Diabetes en 2014, frente a 108 millones en 1980. La prevalencia ha pasado del 4,7% al 8,5% en la población adulta. Puede provocar complicaciones e incrementar el riesgo de muerte prematura: ataques cardíacos, accidentes cerebrovasculares, enfermedad renal, amputaciones, pérdida de visión, daños neurológicos, mayor riesgo de infecciones. **Objetivo:** Identificar las características epidemiológicas de pacientes adultos con diabetes mellitus del servicio Medicina Interna-HEU mayo-septiembre 2018. **Metodología:** Estudio descriptivo, transversal, tomando la totalidad de adultos hospitalizados de mayo-septiembre 2018. Información recolectada mediante instrumento estructurado, interrogando pacientes previo consentimiento informado. Datos analizados en base de datos, paquete estadístico Epi Info 7 versión 7.2.0.1. **Resultados:** Del total de 897 pacientes evaluados, 95.65% tiene DM tipo 2. Un 60.2% (540) tiene diagnóstico de diabetes desde hace más de 5 años, el 20.29% es atendido en HEU, 63.43% pertenecen al género femenino, Edad ≥ 60 años 49.05% seguido de 50 a 59 años con 26.76%. El 67.67% procede de Francisco Morazán, seguido de Olancho, El Paraíso y Choluteca con 7.13%, 6.69%, 5.02% respectivamente. Motivos de hospitalización incluyeron infecciones 30.66% (331/897), (pie diabético 77.44%, ITU 27.12%, respiratorios 16.92%) le sigue diabetes descompensada 22.63% (203/897) (Hiperglucemia 46.3%, hipoglucemia 18.22% y 17.73% en estado hiperosmolar), afección cardiaca 6.69% (60/897). El 72% de los ingresos presentó niveles de glucometría arriba de 140 mg/dl. **Conclusiónes/Recomendaciones:** La diabetes mellitus representa una problemática de salud pública, los datos encontrados hacen ver la necesidad de fortalecer la atención de diabéticos en centros regionales y sitios de atención primaria. Las infecciones encabezan las causas de ingreso al hospital, siendo el pie diabético el mayormente encontrado, favorecido esto por el desarrollo de complicaciones crónicas asociadas al pobre control glucémico.

TL63. PREVALENCIA DE SOBREPESO, FACTORES ASOCIADOS EN TRABAJADORES DEL SECTOR PÚBLICO DEL CASCO URBANO DEL MUNICIPIO DE TATUMBLA, FRANCISCO MORAZÁN, 2017. Gabriela Estrada[1], Osman Aguilar[2], Alejandro Osorio[3], Alejandra Orellana[3], Ángela Marcela Miralda[3], Angélica Flores[3], Cristina María Sequeira[3], Eduardo Martinez[3], Fabiola Linares[3], Heber Oliva[3] Jorge Brito[3], Josué Canaca[3], Luis Espinal[3], Madeline Galo[3], Michelle Arias[3], Nolby Vásquez[3], Wendy Martinez[3]. [1]Médico General; [2]Master en dirección Empresarial orientada a Gerencia Hospitalaria[2]; [3]Estudiante de Medicina.

Antecedentes. El sobrepeso y la obesidad son consideradas actualmente por la Organización Mundial de la Salud (OMS) como una enfermedad que forma parte del síndrome metabólico (SM), juntamente con la diabetes mellitus 2 (DM2), hipertensión (HTA), alto niveles de colesterol y triglicéridos en sangre, resistencia a la insulina y prediabetes. **Objetivos**. Determinar la prevalencia de sobrepeso y factores asociados en trabajadores del sector público en municipio de Tatumbla, FM. **Materiales y métodos**. Estudio transversal en un censo completo de la población trabajadora del sector gobierno del casco urbano municipal. Previo consentimiento informado, se aplicó una encuesta y se tomaron medidas antropométricas de julio a septiembre del 2017. **Resultados**. En 46 individuos estudiados, se encontró una prevalencia de sobrepeso-obesidad 71.7% (95% IC: 57.5%-82.7%). Se encontró 3 casos de diabetes mellitus tipo 2 en 6.5% (95% IC: 2.2%-17.5%) y 4 de hipertensión arterial 8.7% (95% IC: 3.4%-20.3%). No se encontró asociación entre IMC y nivel de escolaridad (p=0.3). **Conclusiones/Recomendaciones**. La prevalencia de sobrepeso-obesidad fue alta; de igual manera, la hipertensión arterial y la diabetes mellitus tipo 2. La población adulta hondureña es vulnerable a las Enfermedades Crónicas no Transmisibles (ECNT). Se necesitan estrategias para promover estilos de vida saludables.

TL64. FRACTURAS MÁS FRECUENTES OBSERVADAS EN EL HOSPITAL DE ROATÁN, ROATÁN, 2018. Suzeth F. Galo[1], Roger A. Domínguez[2]. [1]Doctor en Medicina y Cirugía, Medico Asistencial en Hospital Roatán; [2]Doctor en Medicina y Cirugía, Especialista en Ortopedia y Traumatología, Hospital Roatán.

Antecedentes: Una fractura es la pérdida de continuidad parcial o total del hueso o de su superficie articular, la cual puede ser causada por un golpe o tracción de gran fuerza. **Objetivo:** Determinar la frecuencia de las fracturas y su localización de los pacientes que acudieron a la sala de emergencia del Hospital Roatán. **Metodología:** Estudio transversal descriptivo. Se revisaron las hojas de atención medica de la sala de emergencia del Hospital Roatán, correspondiente al año 2018. Se incluyó a todo paciente con fractura

en extremidades. **Resultado:** Se registraron 178 pacientes con fracturas, siendo el grupo etario de 20-49 años el de mayor frecuencia con 42.37% (75), y febrero el mes de mayor incidencia con 15.52% (27) de los casos. Las fracturas más frecuentes fueron las de radio y humero con 34.82% (62) y 15.17% (27) respectivamente. El género más afectado fue el masculino con 67.98% (121), de ellos el 38.84% (47) eran fracturas de radio. El número de fracturas del género femenino representó un 32.02% (57), siendo la mayoría fracturas de humero 29.82% (17). De los 178 casos registrados, 20.09% (37) involucraba una articulación, siendo el codo y la muñeca las de mayor incidencia con 43.24% (16) y 27.77% (10) respectivamente. **Conclusiones/Recomendaciones**: Se encontró que las fracturas predominan en pacientes masculinos en edad reproductiva y laboral. Conocer las fracturas más comunes permitirá a la institución contar con el material necesario para su resolución.

TL65. CARACTERIZACIÓN CLINICO-EPIDEMIOLOGICA DEL ACCIDENTE OFÍDICO EN PACIENTES ATENDIDOS EN HOSPITALES DE LA REGIÓN NORTE DE HONDURAS, AÑO 2016. Jorge Alberto Garcia Milla[1], Alba Lili Cáceres Muñoz[1], Andrea Rossana Erazo Murillo[1], Marlen Alicia Villatoro Navarro[1], Roberto Carlos Morel Pérez[1]. [1]Doctor en Medicina y Cirugía,

Antecedentes: La OMS incluyó el envenenamiento por mordeduras de serpiente entre las enfermedades tropicales desatendidas más prioritarias. Cada año se producen unos 5,4 millones de mordeduras de serpiente. En Honduras se registran 700 casos al año. **Objetivo:** Describir las características epidemiológicas y clínicas de los pacientes que sufrieron mordedura por serpiente y que fueron atendidos en el Hospital "Dr. Mario C. Rivas" y Hospital de El Progreso. **Metodología:** Estudio observacional retrospectivo. Revisión de expedientes clínicos de los pacientes atendidos en el Hospital "Dr. Mario C. Rivas" y Hospital El Progreso por mordedura por serpiente. **Resultados:** Se revisó un total de 60 expedientes clínicos encontrando los siguientes resultados. Sexo: 62% hombres. Edad: 32% entre los 19 y 35 años. Ocupación: 33% agricultores y 28% ama de casa. Procedencia: 53.3% rural. Lugar de accidente: 37% zonas peri-domiciliarias y 31% en el campo o sitio de trabajo. Actividad al momento del accidente: 41% mientras deambulaban y 31% actividades laborales. Sitio anatómico: 27% pie derecho, 22% pie izquierdo. Primer sitio de atención medica: 43% hospital de área. Principales manifestaciones: 93.2% dolor, 86.4% edema y 69.5% eritema. Grado de severidad: 28% grado II, 25% no se consignó. Motivo de referencia: 68% falta de personal capacitado y 32% falta de suero antiofídico. **Conclusiones/Recomendaciones**: La actividad de las personas con mayor riesgo para sufrir un accidente ofídico en el hombre corresponde a la agricultura y en el caso de las mujeres corresponde a actividades peri-domiciliares. No existen protocolos de atención primaria para mordedura de serpiente en los centros de salud de la región. El tratamiento rápido y oportuno es crucial para prevenir amputaciones y otras discapacidades. Es necesario crear protocolos de atención y abastecer de suero anti-veneno a hospitales de área.

TL66. TRASTORNOS FUNCIONALES DE MOTILIDAD INTESTINAL EN ADULTOS DIAGNOSTICADOS MEDIANTE ROME-IV. HOSPITAL DE OCCIDENTE, SANTA ROSA DE COPÁN, 2018. Dominguez LB[1], Norwood DA[1], Paredes AA[1], Montalvan-Sanchez EE, Pinto-Reyes EI[2], Rivera-Coto OJ[2], Lopez-Navarro OJ[2], Dominguez RL[1,3]. [1]Western Honduras Gastric Cancer Prevention Initiative, Western Regional Hospital, Santa Rosa de Copan; [2]Medico en Servicio Social; [3]Medico Internista, Hospital de Occidente, Santa Rosa de Copan.

Antecedentes: Los trastornos de la motilidad gastrointestinal, (FGID, por sus siglas en inglés) son un grupo de trastornos que están representados por numerosas combinaciones de síntomas gastrointestinales (GI) que no se explican por anomalías estructurales o bioquímicas. En la actualidad estos trastornos se diagnostican mediante el instrumento ROME-IV. **Objetivo:** Poner a prueba piloto, la traducción del cuestionario de diagnóstico ROME-IV al español para facilitar la investigación de FGID en poblaciones hispanohablantes. **Metodología:** Estudio cuantitativo, observacional en adultos que acuden a la consulta externa de medicina del Hospital de Occidente enero a marzo del 2018. Se utilizó el instrumento ROME-IV el cual cursó por 2 traducciones independientes y traducción inversa. **Resultados:** El estudio enroló 120 personas, 58.3% mujeres, edad promedio de 29.5 +/- 8.4. Los criterios para cualquier FGID se cumplieron en 29 personas (24.2%). La distención abdominal funcional (FAB) fue el más prevalente, afectando a 13 personas (10.9%). Nueve personas (7.5%) cumplieron con los criterios para el Síndrome de Intestino Irritable, con los subtipos más frecuentes indeterminados y predominio de diarrea (44.3% y 33.3%, respectivamente). La diarrea funcional afectó a 4 personas (3,3%) y el estreñimiento funcional a 3 (2,5%). Los FGID fueron más prevalentes en las mujeres 79.3%. **Conclusiones/Recomendaciones:** Las FGID fueron sorprendentemente comunes en esta población, con casi uno de cuatro sujetos padeciendo este grupo de patologías, nuestra muestra demostró tasas generalmente similares de FGID a las de otras poblaciones en el continente la cual varía entre 3-22%. La traducción utilizada proporciono una prevalencia de 24.2%, parecida a la de estudios previos en el continente. La traducción parece precisa y lista para validación (aplicando ROME-IV a una población con diagnóstico previo con ROME-III).

TL67. ANÁLISIS DE LA VIOLENCIA EN EL NOVIAZGO EN JÓVENES UNIVERSITARIOS. Polet Portillo Cálix[1], Sandra Gómez[2]. [1]Médico General, pasante del postgrado de Salud Pública UNITEC; [2]PhD Salud Pública, Jefe de Prácticas Clínicas-Facultad de Ciencias de la Salud UNITEC.

Antecedentes: La violencia es un problema para la Salud Pública debido a la magnitud que ha alcanzado en las últimas décadas. Millones de personas mueren cada año por causas atribuibles ésta, la mortalidad representa solo la parte más visible. Consecuencia de ello es que gran parte de los jóvenes carecen de información certera sobre la violencia y sus diferentes tipos física, la psicológica y la sexual; sus causas pueden variar en dependencia del contexto sociocultural. **Objetivo:** Analizar la percepción de la violencia en el noviazgo en los jóvenes universitarios, así como los factores/causas que la provocan, en relación con diversos mitos que dan origen, perpetúan y justifican la violencia. **Métodos:** Se realizó un estudio de carácter exploratorio, transversal referido a conocer los diversos tipos de violencia que pueden ocurrir durante el noviazgo, bajo un esquema de muestreo no probabilístico por conveniencia, se instrumentó a través un cuestionario de preguntas cerradas. **Resultados:** Se entrevistaron 485 estudiantes universitarios de la Facultad de Ciencias de la Salud encontrando que la violencia psicológica y emocional resulta ser la más común. Ambos sexos coinciden en que tanto hombres como mujeres son agresores y receptores de este tipo de violencia, 39% sufre algún tipo de violencia, siendo el 22% representada por estudiantes del sexo femenino, un 22.82% afirma que una de las causas por las cuales se tolerada la violencia es la baja autoestima. **Conclusiones/Recomendaciones:** Es necesario educar a los jóvenes para que detecten signos de violencia en su relación de noviazgo, reconozcan su dignidad como persona, defiendan su integridad humana y hagan valer sus derechos. Acciones que proponen erradicar cualquier situación de violencia en las relaciones de noviazgo; así poder detener las consecuencias en el momento oportuno, construyendo una cultura basada en el respeto, tolerancia, diálogo y equidad de género entre hombres y mujeres.

TL68. FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A SEPSIS NEONATAL TEMPRANA REGISTRADOS EN EL HOSPITAL ENRIQUE AGUILAR CERRATO, INTIBUCÁ. 2017- 2018. Alejandra Carolina Ortiz Quiroz[1], Andrea María Quiroz Rivera[1], Obed Jeovany Quiroz Murillo[1], Carlos Humberto Romero Hernández[1], Stephany Paola Pavón Caballero[1], Elizabeth Casco Fúnez de Núñez[2], Lourdes Azucena Andrade[2]. [1]Doctor en Medicina y Cirugía; [2]Profesor Titular, UNAH-VS.

Antecedentes: La Sepsis Neonatal Temprana forma de las principales causas que explican las tres cuartas partes de mortalidad neonatal en el mundo. La mayoría de muertes neonatales (99%) surgen en países de bajos y medianos ingresos. En nuestra región, Honduras ocupa la quinta posición con un 7.8% del total de muertes a causa de sepsis y otras infecciones. Los estudios publicados en el país son escasos. **Objetivo:** Determinar factores de riesgo asociados a Sepsis Neonatal Temprana registrados en el Hospital Enrique Aguilar Cerrato de Intibucá en el período comprendido de enero de 2017 a julio de 2018. **Metodología:** Estudio transversal, no experimental, con enfoque cuantitativo, de alcance descriptivo causal de 40 expedientes clínicos de recién nacidos con diagnóstico de sepsis neonatal temprana. Recolección de datos mediante cuestionario, técnica de muestreo no probabilístico por conveniencia, datos procesados y analizados con el programa SPSS versión 23.0. **Resultados:** 67.5% fueron madres adultas jóvenes entre los 20 y 35 años, 45% cursaron primaria completa, 52.5% eran primigestas, el 30% presentó infección del tracto urinario durante el último trimestre del embarazo, 10% Corioamnionitis, un 7.5% amenaza de parto pretérmino, el 5% trastornos hipertensivos del embarazo, otro 5% infección vaginal en el tercer trimestre del embarazo, un 2.5% presentó Oligohidramnios. El 65% tenía líquido amniótico claro y el 35% presentaron algún grado de meconio. El 67.5% de los recién nacidos fueron a término. El microorganismo aislado con mayor frecuencia fue *Staphylococcus sp* con un 12.5%. **Conclusiones/Recomendaciones:** los factores de riesgo asociados a sepsis neonatal temprana fueron: escolaridad primaria, ser primigesta, haber presentado patologías durante el embarazo. El patógeno aislado con mayor frecuencia en los hemocultivos fue *Staphylococcus sp*. Continuar con la realización y publicación de estudios sobre sepsis neonatal temprana para ampliar datos estadísticos existentes. Capacitar continuamente al personal de salud acerca de esta patología.

TL69. PREVALENCIA DE DEPRESIÓN Y ANSIEDAD ASOCIADA A MIGRACIÓN EN FAMILIAS DE BARRIOS MARGINADOS DE LA ZONA DE INFLUENCIA DEL CENTRO INTEGRAL DE SALUD DE VILLANUEVA (CIS-V), TEGUCIGALPA. Manuel Sierra[1], Carlos Sosa[2], Eleonora Espinoza[3], Albert Josué Estrada Mendoza[4], Edna Lizeth Reyes Elvir[4], Jimia Jimieth Kafati Asfura[5]. [1]MD, MPH, PhD, Docente Investigador, Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad Tecnológica Centroamericana (UNITEC); [2]MD, Psiquiatra, Instituto Hondureño para la Prevención del Alcoholismo, Drogadicción y Farmacodependencia (IHADFA); [3]MD, MSP, Centro Integral de Salud de Villanueva; [4]Médico General; [5]Estudiante Medicina (UNITEC).

Antecedentes: Las migraciones significan un escenario de crisis para la familia, y en particular sus miembros más débiles (las mujeres, los niños y adolescentes), quienes viven usualmente una situación de aumento de riesgos con el consiguiente aumento del estrés, ansiedad y depresión en la mujer y en los adolescentes. **Objetivos:** Determinar si existe

diferencia en prevalencia de depresión y ansiedad en adultos y miembros adolescentes relacionada con la migración. **Metodología:** Estudio transversal en muestra aleatoria de hogares de la zona de influencia del CIS-V. Los hogares se clasificaron en "Hogares fragmentados" (HF, los que tienen una persona que ha emigrado del país en los últimos cinco años) y "Hogares No-fragmentados" (HnF, los que no tienen migración). Se usó escala de Hamilton para ansiedad y depresión y Yesavage en adultos 60+. **Resultados:** En 325 hogares se encontraron 55 HF, prevalencia=16.9% (95% IC: 13.2% - 21.4%). La Prevalencia-Ansiedad (PA) en adolescentes fue 91% (95% IC: 80%-96%) y 87% (95% IC: 82%-90%) en HF y HnF, respectivamente (p=0.2). En adultos, PA fue 85% (95% IC: 74%-92%) y 87% (95% IC: 82%-90%) en HF y HnF, respectivamente (p=0.3). La Prevalencia-Depresión (PD) en adolescentes fue 25% (95% IC: 16%-38%) y 23% (95% IC: 19%-28%) en HF y HnF, respectivamente (p=0.3). En adultos, PD fue 18% (95% IC: 10%-30%) y 18% (95% IC: 14%-23%) en HF y HnF, respectivamente (p=0.3). **Conclusiones/Recomendaciones:** Los hogares encuestados muestran una vulnerabilidad social poli-dimensional expresada en un bajo nivel de escolaridad, un alto porcentaje de desempleo y una economía de subsistencia. La salud mental es un problema de salud pública importante en las familias encuestadas; más del 80% de adultos y adolescentes tuvieron ansiedad y alrededor de un 20% de adolescentes y adultos tuvieron algún grado de depresión.

TL70. CARGA PARA LA ATENCIÓN PRIMARIA DE PACIENTES DE 40 A 70 AÑOS CON DIABETES MELLITUS, ESTUDIO MULTICÉNTRICO, 2017. Arles Hernández[1], Iveth Corea[1], Georgette José[1], Ligia Alvarenga[1], Juan Castejón[1]. [1]Doctor en Medicina y Cirugía.

Antecedentes: En Honduras son pocos los estudios de calidad de servicios de salud e impacto económico para la atención primaria provocado por el manejo de los pacientes diabéticos, a pesar de que la prevalencia global de la Diabetes Mellitus (DM) está aumentando rápidamente por el envejecimiento de la población y cambios del estilo de vida; es una causa importante de morbilidad y mortalidad prematura en todo el mundo. **Objetivo:** Determinar la carga económica para la atención primaria de salud el tratamiento de la DM en pacientes de 40-70 años. **Metodología:** Investigación cuasiexperimental, cuali-cuantitativa, descriptiva, transversal, en pacientes diabéticos de 40 a 70 años atendidos en unidades de atención primaria en salud, de octubre a diciembre de 2017. Se revisó el expediente clínico y los datos se registraron en la base de datos del programa IBM-SPSS versión 23.0. **Resultados:** Se revisaron 150 expedientes. El 69.33% de pacientes tenía entre 40 y 59 años, que corresponde a adulto en edad media; y el 30.67 % entre 60 y 70 años, siendo adultos mayores. El 58 % mujeres. El 11.33% analfabetas. El 85.3% refirió que se le examinó durante su consulta. El 90.7% se encontraron satisfechos al momento de sus consultas. El 42.67% afirman seguir las indicaciones médicas. El 86% obtienen su tratamiento de la Unidad de Salud (US) y el 39.33% gasta mensualmente hasta 500 lempiras en compra de medicamentos. El 20% de las US atienden más de 70 pacientes diabéticos al mes. **Conclusiones/Recomendaciones:** Es fundamental aumentar las opciones terapéuticas brindadas por las US para disminuir los costos para los pacientes y la salud pública del país, y así lograr aumentar la eficacia del tratamiento y la calidad de la atención que se brinda al paciente diabético.

TL71. PRESENTACIÓN ATÍPICA DE ECV LACUNARES EN LA EMERGENCIA: ACERCA DE 2 CASOS DE SÍNDROME DE NOTHNAGEL. Maynor Arias[1], Javier Lagos[1], Nelson Betancourt[2]. [1]Médico Residente de III año del Posgrado de Neurología, Hospital Escuela Universitario (HEU); [2]Médico Residente de IV año del Posgrado de Neurología, Hospital Escuela Universitario (HEU).

Antecedentes: Los eventos cerebrovasculares son la principal causa de discapacidad a nivel mundial, estos pueden ser isquémicos o hemorrágicos**.** El síndrome de Nothnagel es un ictus lacunar de la porción rostral del mesencéfalo. Hay afectación de las arterias coroidea posterior y arterias cuadrigéminas, aunque se puede asociar a ictus hemorrágicos o tumores que afecten la lámina cuadrigeminal. Se caracteriza por afectación ipsilateral del III nervio craneal y ataxia cerebelosa. Una entidad clínica poco descrita en la literatura médica internacional y nacional, siendo estos los primeros casos documentados en nuestro país. **Caso clínico:** Presentamos dos casos de pacientes femeninas, con factores de riesgo cardiovascular. Acuden al servicio emergencia del HEU con cefalea de características secundarias, diplopía y mareo de instalación súbita. Al examen físico sin mayor alteración y al examen neurológico sin alteración de la conciencia, con compromiso del III nervio craneal ipsilateral, marcha atáxica y dismetría ipsilateral, no déficit motor ni sensitivo. Exámenes de gabinete sin alteraciones. Tomografía cerebral no contrastada no mostraba ninguna lesión. Imagen de resonancia magnética cerebral mostraba lesiones hiperintensas en ponderancia T2 y FLAIR en mesencéfalo rostral, que restringe en difusión, denotando un proceso isquémico agudo menor de 1.5cm en ambas pacientes. El manejo consistió en prevención secundaria, control metabólico y rehabilitación. Evolución clínica fue satisfactoria. **Conclusiones/Recomendaciones:** Los Ictus lacunares son un tipo de evento cerebrovascular isquémico de tamaño menor de 1.5 cm con una amplia gama de sintomatología neurológica según la localización anatómica. Es necesario realizar una buena anamnesis, así como examen neurológico completo y detallado para poder sospechar esta patología e indicar estudios y tratamiento correspondientes. El síndrome de Nothnagel es una entidad poco frecuente según literatura internacional, y al describir estos dos casos nos damos cuenta de la importancia de la observación y practica semiológica.

TL72. ENFERMEDAD VASCULAR CEREBRAL. PERFIL EPIDEMIOLÓGICO, CLÍNICO, ESCALA DE RANKIN, COMPLICACIONES AGUDAS. HOSPITAL "DR. MARIO C. RIVAS", SAN PEDRO SULA, 2017. Sadia Montoya Gutiérrez[1], Geremias Pleites Sánchez[2], Kimberly Núñez Pacheco[3], Keyla Hernández Posadas[1]. [1]Doctor en Medicina y Cirugía, Clínicas Médicas Norte; [2]Doctor en Medicina y Cirugía, Hospital Nacional "Dr. Mario C. Rivas"; [3]Dr. en Medicina y Cirugía, CESAMO López Arellano.

Antecedentes: Una de las principales causas de muerte en el mundo es la Enfermedad Vascular Cerebral (EVC). Durante las últimas 4 décadas, las tasas de incidencia han disminuido 42% en países desarrollados, y aumentado 100% en países en vías de desarrollo. En Honduras no contamos con datos estadísticos actualizados sobre incidencia de la EVC, el último estudio fue realizado en el HEU en el 2007, concluyó que esta es la primera causa de muerte no traumática en adultos y su letalidad es mayor en comparación con otros países. **Objetivo:** Describir el perfil clínico, epidemiológico, escala RANKIN y complicaciones agudas de los pacientes con EVC en el Hospital Nacional "Dr. Mario C. Rivas". **Metodología:** Diseño no experimental, retrospectivo, transversal. Basado en expedientes clínicos de pacientes diagnosticados con EVC comprendido del 1 de enero al 30 de septiembre del 2017. Se seleccionó aleatoriamente 217 casos. **Resultados:** De los 217 casos estudiados, 10 no tenían consignado si era EVC isquémico o hemorrágico, 76% (165) eran isquémicos y 19.3% (42) hemorrágicos. El 66,6% de la población pertenece al grupo etario entre 60–90 años, con incidencia máxima entre los 61-75 años, 52% (113) del sexo femenino. La EVC Isquémico representó el 76% de los casos de los cuales solo el 16.7% acudió en las primeras 3 horas después de iniciados los síntomas, ninguno recibió fibrinólisis. La comorbilidad más frecuente fue HTA. Neumonía por broncoaspiración fue la complicación que prevaleció. El grado de discapacidad según la Escala Rankin fue grado III con un 34.1% al ingreso. **Conclusiones/Recomendaciones:** Se debe educar a la población en general sobre el reconocimiento de los síntomas de esta patología con el fin de poder captarse en el periodo temprano para un tratamiento oportuno, y disminuir el grado de secuelas y discapacidad.

TL73. COMPLICACIONES MATERNAS EN EL PERIPARTO SEGÚN GRUPOS ETARIOS CON RIESGO OBSTÉTRICO EN HOSPITAL GENERAL SANTA TERESA, COMAYAGUA, 2017-2018. Allan Iván Izaguirre González[1], Heydi Rosibel Hernández[1], Indira Merary Cálix Mejía[1], Luis Miguel Meléndez Montoya[1], Nadia Lucía Hernández Valeriano[2], Miguel Alejandro Flores[2], José David Mejía Castañeda[3], Jorge Luis Flores Andara[3], Fernando René Andara Aguiluz[3], Mario Antonio Erazo Reyes[3], Dorian Estephany Martínez Argueta[3], Linda Verónica Valladares Chicas[4], Rubén Darío Fernández[4]. [1]Doctor en Medicina y Cirugía, Médico asistencial de emergencia, Hospital General Santa Teresa, Comayagua, Maestrante del programa de epidemiología; [2]Doctor en Medicina y Cirugía; [3]Médico en Servicio Social; [4]Médico Interno; [5]Médico especialista en Ginecología y Obstetricia, Hospital General Santa Teresa, Comayagua.

Antecedentes: Las complicaciones obstétricas se definen como las disrupciones-trastornos sufridos durante el embarazo, parto/trabajo de parto, así como periodo neonatal inicial. El período periparto abarca el anteparto, parto y puerperio inmediato. **Objetivo:** Comparar las complicaciones obstétricas según grupos etarios con y sin factores de riesgo durante el período periparto. **Metodología:** Estudio descriptivo transversal analítico durante 2017-2018, de 8,476 atenciones, 1,798 (21.2%) fueron complicaciones obstétricas. Se estimó un tamaño muestral de 435 gestantes (adolescentes embarazadas [≤19 años], edad fértil [20-34 años], añosas [≥35 años]). Muestreo aleatorio simple. Se excluyeron gestantes referidas a centro de mayor complejidad, ingresos a sala de Ginecología y expedientes clínicos incompletos. Se determinaron los riesgos haciendo una comparación entre grupos. **Resultados:** Promedio edad: 29 años; edad gestacional: 39 SG. Se encontró asociación estadísticamente significativa (P<0.05) en estado civil; escolaridad; raza; antecedentes personales patológicos como HTA, DM, cardiopatía; IMC; complicaciones obstétricas como desprendimiento prematuro de placenta normoinserta (DPPNI); hipertensión gestacional; desproporción cefalopélvica (DCP); parto (fase latente prolongada). En puerperio inmediato tales como hemorragia posparto (HPP), retención de restos placentarios, dehiscencia herida quirúrgica. Las gestantes de 20-34 años tienen 2 veces más riesgo de presentar desproporción cefalopélvica, 3 veces más riesgo de hemorragia posparto y 2 veces más riesgo de terminar en cesárea en contraste a las <19 y >35 años. Las gestantes >35 años tienen 3 veces más riesgo de presentar hipertensión gestacional en comparación a las <34 años. La vía de intervención obstétrica más frecuente fue abdominal (cesárea) 59.0% (256/435). La mortalidad fue del 0.2% (1/435). **Conclusiones/Recomendaciones:** El grupo etáreo influye directamente en las complicaciones presentadas en el periparto. Es importante intervenir de forma oportuna para disminuir la incidencia de morbilidad en las gestantes.

TL74. SEPSIS POR *ACINETOBACTER BAUMANNII* MULTIRESISTENTE: CASO CLÍNICO DE UNA PACIENTE EMBARAZADA. Ruth Torres[1], Fabio Fuentes[2]. [1]Residente tercer año postgrado de Medicina Interna, HEU; [2]Especialista en Medicina Interna IHSS, HEU.

Antecedentes: *Acinetobacter baumannii* es un gramnegativo, con amplio espectro de resistencia a los antibióticos. Existen condiciones que favorecen la infección por *A. baumannii* tales como, comorbilidades graves, estancias hospitalarias prolongadas, en especial UCI, y uso extenso de

antimicrobianos. **Caso clínico:** Paciente femenina de 28 años, con embarazo de 24.1 SG X FUM, sufre politraumatismo secundario a accidente vial. Se ingresa a UCI, hipotensa 70/40mmHg, taquicardica 110 lat. /min, taquipneica 28 rpm, febril 38.5. En monitoreo continuo, con ventilación asistida, soporte vasopresor con norepinefrina. Durante estadía hospitalaria manejada conservadoramente por servicios quirúrgicos. Con importante daño cerebral secundario a contusiones frontotemporales bilaterales. Se logra omisión de vasopresores al quinto día de hospitalización, sin embargo, persiste febril; leucocitosis 33.980 blancos/mm3, y con evidencia radiológica de extenso infiltrado pulmonar derecho; hemocultivo reportó *Pseudomonas aeruginosa* sensible a carbapenémicos. Se inició manejo antibiótico con meropenem a dosis de 500 mg IV c/8 horas, aunado a Vancomicina durante 7 días. Paciente sin mejoría clínica, los cultivos de secreciones del tubo endotraqueal y punta de catéter resultaron positivos para *Acinetobacter baumannii* con sensibilidad intermedia a polimixina B, instaurándola a dosis de 15, 000 U/kg /día. A pesar del manejo empleado paciente evoluciona hacia el deterioro, con muerte fetal, y persistiendo con compromiso sistémico y sepsis de origen pulmonar, urinaria y traqueítis. Se realizó nueva confirmación de la bacteria en laboratorio privado, resultando positivo para *Acinetobacter baumannii,* recuento superior de 100,000 UFC/mL. Paciente permanece hospitalizada, con protocolo de control, se mantienen antibióticos hasta 14 días y a los 72 días intrahospitalarios, fue egresada. **Conclusiones/Recomendaciones:** El caso clínico presentado reporta sepsis por *A. baumannii*; este patógeno se ha estudiado poco durante el embarazo, corresponde evaluar las implicaciones asociadas con el tratamiento y sus efectos en el embarazo, pues el protocolo inapropiado aumenta la mortalidad y genera elevada resistencia a los carbapenémicos.

TL75. ESTADO NUTRICIONAL PREGESTACIONAL E INCREMENTO DE PESO DURANTE EL EMBARAZO Y SU RELACIÓN CON EL PESO DEL RECIÉN NACIDO. INTIBUCÁ, 2018. Gustavo Adolfo Colindres Carias[1], Josué Aarón Padilla Maldonado[2]. [1]Médico en Servicio Social asignado a la Unidad de Atención Primaria en Salud de la comunidad de Monquecagua, Intibucá; [2]Médico en Servicio Social asignado a la Zona de Promoción y Prevención de la comunidad de Duraznito, Intibucá.

Antecedentes: El bajo peso al nacer es el índice predictivo más importante de la mortalidad infantil, sobre todo la neonatal. Se ha demostrado que el estado nutricional al inicio del embarazo y la ganancia de peso durante el mismo ejercen una influencia importante en el peso del recién nacido **Objetivo:** Investigar la correlación entre el estado nutricional y la ganancia de peso durante el embarazo con el peso del recién nacido en las comunidades de Intibucá, Intibucá. **Metodología:** Estudio descriptivo correlacional, utilizando el coeficiente de correlación de Pearson con un nivel de significancia de 0.01. Muestreo probabilístico de 200 mujeres. Información obtenida del expediente clínico. **Resultados:** Mas de dos tercios (82%) de las pacientes en el estudio tenían talla entre 1.33 y 1.50 metros con una media de 1.45 metros demostrando que tenemos una población en la que predomina la baja talla, sin embargo, 48.7% presentaron un IMC normal, 38.7% en sobrepeso y 12.6% entre obesidad y bajo peso. En cuanto a la ganancia de peso, según recomendaciones internacionales por categoría de IMC, 32% de las pacientes tuvo una ganancia adecuada de peso. Al realizar la correlación de Pearson el IMC al inicio del embarazo no mostró significancia estadística con el peso del recién nacido (p=0.302) y el incremento de peso (p valor <0.01) mostro una correlación escasa (r=0.285) con el peso del recién nacido. **Conclusiones/Recomendaciones:** Las pacientes que no alcanzaron una ganancia de peso adecuada para su IMC mostraron más posibilidad de tener un recién nacido con bajo peso. El IMC al inicio del embarazo no mostró relación con el peso del recién nacido. Se recomienda realizar un tamizaje antropométrico de acuerdo a las características de la población y realizar de acuerdo a ello valores referenciales de evaluación nutricional.

TL76. PERFIL CLÍNICO Y LIPÍDICO DE EMBARAZADAS EN EL TERCER TRIMESTRE, 2016-2017. Lina Sarahi Licona Molina[1], Carlos José Melgar-Díaz[2], Allison Jamaly Pavón Díaz[3], Astrea Selene Sarmiento Calderón[2], Mario David Castro Fuentes[4], Elizabeth Casco Fúnez de Nuñez[5]. [1]Medicina general y cirugía, Industrias Norteamericanas, Choloma; [2]Medicina general y cirugía; [3]Medicina general y cirugía, Hospital del caribe, Puerto Cortes; [2]Medicina general y cirugía; [4]Medicina general y cirugía, Optilens, San Pedro Sula; [5]Medicina general y cirugía, Master en metodología de investigación, Clínica Periférica del IHSS en Calpules, San Pedro Sula

Antecedentes: El perfil lipídico en la embarazada reviste una importancia particular debido a que en el tercer trimestre hay una elevación fisiología, por ende, es necesario determinar los niveles lipídicos para identificar cuándo una elevación deja de ser fisiológica y se convierte en un factor de riesgo asociado a desórdenes del embarazo. **Objetivo:** Determinar el perfil clínico y lipídico de las embarazadas en el tercer trimestre que son controladas en los centros integrales de salud Ramón Bográn en Santa Bárbara, Santa Bárbara y Pio Suárez en Negrito, Yoro. **Metodología:** Estudio descriptivo-causal, corte trasversal, enfoque cuantitativo y con diseño cuasi-experimental, mediante muestreo no probabilístico de 117 gestantes en su tercer trimestre. Se realizó un cuestionario de 16 preguntas, 7 abiertas, 6 eran cerradas y 3 dicotómicas; se tomó muestras sanguíneas para medir niveles de colesterol total, colesterol LDL y colesterol HDL, y triglicéridos, de diciembre del 2016 a febrero 2017. **Resultados:** De las 117 embarazadas, se encontró que el

27.3% (32) se encontraba en edad de alto riesgo, 20.5% (24) menores a 18 años y un 6.8% (8) mayores a 35 años, el 7.7% (9) con colesterol total superior al fisiológico, el 52.1% (61) con HDL inferiores al esperado, el 11.1% (13) con LDL superior al fisiológico. **Conclusiones/Recomendaciones:** Es importante realizar medición de los niveles lipídicos en pacientes que desean concebir o con embarazos tempranos. Con hincapié en detectar dislipidemias que cursen con alto nivel de triglicéridos y colesterol LDL, así como niveles bajos de colesterol HDL, que implique un riesgo para el embarazo. Sobre todo, en la actualidad donde existe una epidemia de obesidad. Y en nuestro país que presenta un gran porcentaje de embarazos en edades de alto riesgo.

TL77. "REPRODUCTIVA": TU APP DE EDUCACIÓN SEXUAL INTEGRAL. Ivins Adriana Zúniga Rodríguez[1], Erick Javier Gallardo[2]. [1]Doctora en Medicina y Cirugía, Máster en Salud Pública; [2]Ingeniero en sistemas.

Antecedentes: En el mes de octubre del 2018, la facultad de ciencias médicas de la UNAH convocó a un concurso de" Innovación en la salud" por lo que se presenta como propuesta el desarrollo de la aplicación "Reproductiva". Es una aplicación que va dirigida a jóvenes adolescentes y adultos de Honduras sin distinción de sexo, busca brindar atención en sexualidad desde un móvil, de forma preventiva y ser una respuesta ante algunos incidentes. La aplicación tendrá contenido en los siguientes temas: sexualidad y afectividad, tu primera relación sexual, métodos anticonceptivos por tipos, planificación familiar, enfermedades de transmisión sexual, alertas rojas en sexualidad, incidentes, abuso, violación, etc. **Descripción de la experiencia:** Luego del concurso nacional, la O.P.S. lanza un concurso latinoamericano que busca el uso de Tecnologías de la información en salud "Improving Information Systems for Health (IS4H) in the Américas" se envía una propuesta con el respaldo de la Universidad Nacional Autónoma de Honduras, y la Secretaria de Salud, para participar con la aplicación. En el mes de marzo 2019 se gana el concurso y se dará como premio el financiamiento para crear la aplicación, https://www.paho.org/ish/index.php/en/grant-winners. A partir del mes de mayo se comenzó la ejecución del proyecto en un trabajo conjunto con el departamento de Salud Pública de la UNAH, y la Secretaría de salud, en su departamento de Salud Pública. La aplicación comenzará a funcionar a partir del mes de agosto del 2019. **Lecciones Aprendidas:** El proyecto sigue en fase de construcción bajo la tutela y financiamiento de la Organización Panamericana de la salud, y como equipo productor nos sentimos contentos que equipos multidisciplinarios trabajen para crear tecnologías de la información en salud que contribuyan a la educación de las personas principalmente en Honduras. Las universidades a través de sus facultades deben incentivar la creatividad en sus estudiantes, para participar en este tipo de concursos.

TL78. ATENCIÓN AL ADOLESCENTE CON VIH EN EL SERVICIO DE ATENCIÓN INTEGRAL DEL HOSPITAL NACIONAL "DR. MARIO C. RIVAS". EXPERIENCIA DE 17 AÑOS. Karen Erazo. Pediatra, Máster en VIH, Coordinadora del Servicio de Atención Integral del Hospital Nacional Dr. Mario Catarino Rivas, Profesor Titular III UNAH-VS.

Antecedentes: El Servicio de Atención Integral (SAI) del Hospital Nacional Dr. Mario Catarino Rivas (HNMCR) inaugurado en el 2002, tiene como misión, atender integralmente a pacientes con VIH, libre de estigma y discriminación. Actualmente son atendidos 153 adolescentes entre 11-18 años en consulta pediátrica. **Descripción de la experiencia:** Atender adolescentes con VIH es un reto para el pediatra, en su mayoría llegan al servicio años atrás, siendo niños infectados por vía perinatal. Al entrar a este periodo no solo experimentan el estigma de tener infección por VIH, sino que también enfrentan problemas de salud mental, muchas veces relacionados al proceso de información del diagnóstico, iniciado alrededor de los 11 años. Se enfrentan con la incertidumbre de un futuro marcado por la pérdida de sus padres, con el miedo de cómo abordar la salud sexual y reproductiva, con la exposición constante al consumo de alcohol y drogas, todos estos factores de riesgo para mala adherencia al tratamiento antirretroviral (TAR) que deberán tomar para toda la vida. El apoyo de psicólogos y psiquiatras ha sido fundamental para abordar y enfrentar este proceso. Las agrupaciones de pares, sea religiosas, sociales o como grupos de autoapoyo, han sido también un pilar importante en la integración social y el abordaje de temas propios de su edad, promoviendo e incentivando el estudio formal o el desarrollo de carreras técnicas que les permitan integrarse plenamente a la sociedad. Los pediatras que proporcionan atención integral al adolescente con VIH experimentan dificultad emocional, por apego, para realizar el paso de estos a la consulta de adultos, proceso que genera estrés en los adolescentes, por esta razón muchas veces hay mayores de 18 años en las consultas pediátricas. **Lecciones aprendidas:** Debe iniciarse la información del diagnóstico, educación sexual y reproductiva tan pronto como el niño tenga conciencia y capacidad de comprensión, siempre de la mano de un profesional en salud mental. Se debe fortalecer la esperanza de vida usando como herramienta la adherencia al TAR. El paso a la consulta de adultos debe realizarse en el momento más oportuno.

TL79. DIAGNOSTICO PRENATAL DEL PRIMER TRIMESTRE: TAMIZAJE TEMPRANO PARA ANEUPLOIDIAS. REPORTE DE 10 AÑOS. Pablo A. Martínez[1], Elissa D. Hernández[2], Julia N. Hernández[3]. [1]Ginecólogo y obstetra, subespecialidad en Medicina Materno Fetal, Hospital y servicios Médicos del Sur; [2]Especialidad en Medicina interna, Policlínica San Rafael; [3]Medicina General y Cirugía, Tegucigalpa.

Antecedentes: Las aneuploidias tienen una frecuencia 0,5% en los embarazos. El síndrome de Down es la cromosomopatía más frecuente y mejor conocida, la incidencia aumenta en mujeres mayores de 35 años. El empleo de marcados ecográficos es de utilidad para su diagnóstico y la reducción en el uso de pruebas invasivas. **Casos clínicos:** Se presenta el resultado de 7234 (n=7234) casos de pacientes tamizadas en el programa de detección de aneuploidías del primer trimestre; la edad promedio de las pacientes fue de 30.3 ± 6.3 años, la edad gestacional fue de las 12.1 semanas ± 5.8 días. El promedio de Traslucencia nucal fue de 1.6 mm (mínima 0.15 y máxima 5.5 mm.). De acuerdo a un punto de corte mayor o igual a 2.5 mm, 57 casos fueron positivos, elevando el punto de corte a 3.0 mm los casos se redujeron a solo 34, pero al utilizar el programa de cálculo de riesgo que transforma las mediciones a múltiplos de la mediana, con un punto de corte de 1:270 para recomendación de procedimientos invasivos, los casos positivos fueron 19 para aneuploidias. En 13 de ellas se diagnosticó Trisomía 21 al nacer. Cuatro pacientes tuvieron recién nacidos euploides 2 de ellos con cardiopatía y 2 sanos. Una paciente no completo el estudio. En general el tamizaje secuencial de primer trimestre nos debería de llevar a realizar amniocentesis solo a aquellas pacientes que luego de ser metidas al software de la Fetal Medicine Foundation nos arrogara un riesgo para trisomía 21 por arriba de 1:270. Desde el año 2016 hemos implementado el uso de determinación de DNA fetal libre en sangre materna para aumentar la capacidad diagnóstica. **Conclusiones/recomendaciones:** La implementación de un programa de primer trimestre es una buena estrategia de cribado de aneuploidias, detectándose alteraciones en gestaciones tempranas 11-14 semanas, hecho que nos obliga a confirmar nuestras sospechas con una amniocentesis entre semana 15 a semana 20.

TL80. NIEMMAN PICK TIPO A, ENFERMEDAD DE DEPÓSITO LISOSOMAL CON DIFÍCIL DIAGNÓSTICO. SERIE DE CASOS. Paola María Martínez Alvarenga[1], Juan Manuel Politei[2], Consuelo Durand[3]. [1]Especialista en Pediatría, Hospital Regional Santa Teresa; [2]Fundación Estudio Enfermedades Neurometabólicas, FESEN Argentina; [3]Neurometabóloga Pediátrica, Laboratorio Dr. N.A. Chamoles, Consultorio de Errores Congénitos del Metabolismo, Argentina.

Antecedentes: La enfermedad de Niemman Pick (NP), tipo A y B, tiene una incidencia aproximada de 1 caso entre 250.000 nacidos vivos. Este déficit primario de enzima esfingomielasa ácida ASM una mutación en el gen de la ASM (SMPD1) (11p15.1-15.4) depositando colesterol y fosfolípidos de la esfingomielina, se caracteriza por un comienzo neonatal y por una muerte temprana en torno a los 2-3 años. **Casos clínicos:** Hijo de madre de 27 años, ambos padres procedentes de la misma comunidad Gracias Lempira, Honduras, con historia obstétrica de tres gestas, un aborto previo y un hijo muerto anterior, primera hija viva con descripción clínica compatible con enfermedad de depósito, emaciación y retraso de crecimiento con regresión neurológica, se realizan exámenes laboratorio clínico y biopsia de hígado que reporta depósito compatible con enfermedad de Niemman Pick, bajo barrido electrónico, fallece 9 meses después. Con segundo embarazo, controles sin problema, nace de apariencia sano, prosigue hasta cumplir 13 meses nuevamente nota distensión abdominal de tres meses de evolución, hepatomegalia y emaciación progresiva cambios morfológicos en su fascie, retroceso en el desarrollo neurológico. Examen físico hepatomegalia y esplenomegalia, Biometría hemática que reporta dos líneas celulares con anemia normocitica normocrómica, trombocitopenia. ascenso en pruebas de función hepática con transaminasas altas, bilirrubinas normales. Tiempos de coagulación normales. Hiperamonemia 167 microgramos por litro, tres veces su valor normal. Ecografía abdominal con hepatomegalia 11.5 centímetros y esplenomegalia 9.8 centímetros. Se le realizan estudios enzimáticos, reportados por Harvard Children Hospital positivos para Niemman Pick tipo A. con ello se da manejo paliativo. **Conclusiones/Recomendaciones:** con detección temprana de visceromegalia y estudios se pueden iniciar manejo de tipo paliativo, una terapia enzimática aún se encuentra en estudios y no se cuenta con ella, es de manejo multidisciplinario y amerita estudio consejo genético a los padres.

TL81. CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS EN DOS HERMANOS CON ENFERMEDAD DE NIEMANN PICK TIPO C (NPC). Carol Josseline Zuniga García[1,2,3], Galo Vladimir Castrejon García[1,2], Juvenal Gutiérrez Moctezuma[1,2,4], Elsa Solórzano Gómez[1,2,4], José Antonio Venta Sobero[1,2,4]. [1]Especialista en Pediatría; [2]Sub especialista en Neurología Pediátrica (ISSSTE, UNAM); [3]Alta especialidad en Neurogenética (INNN, UNAM); [4]Médico adscrito de Neurología Pediátrica del CMN "20 de Noviembre" ISSSTE, Cuidad de México.

Antecedentes: La NPC se define como un trastorno lisosomal autosómico recesivo resultante de acumulación de lípidos (esfingomielina y colesterol) en bazo, hígado y cerebro. Tiene incidencia de 1:150,000. El 95% de casos se debe a mutación en el gen NPC1 y el 5% mutación en el gen NPC2. La NPC tiene edad variable de aparición y características clínicas viscerales, neurológicas y psiquiátricas inespecíficas. El diagnóstico definitivo es genético. **Casos clínicos:** Masculino 13 años, primer producto de padres

consanguíneos 1er grado. A los 4 meses presenta hepatoesplenomegalia, estudiado ampliamente sin llegar a diagnóstico. A los 11 años presenta disminución del rendimiento escolar, bradilalia, dificultad para la mirada vertical, torpeza motora. Examen neurológico: funciones mentales con discalculia, bradilalia, síntesis y abstracción alterada, parálisis de la mirada vertical, dismetría, disdiadococinesia y lateropulsión derechas. Examen general: hepato-esplenomegalia. Biopsia de Medula ósea células espumosas. El estudio genético reporta mutación en el exón 21 del gen NPC1, c.3183A>G. Caso 2**:** Masculino 10 años. A los 40 días de vida presenta irritabilidad e ictericia que desaparecen a los 2 meses y distensión abdominal, que persiste hasta los 9 años. A esta edad al correr presenta postura distónica de ambos brazos, posteriormente inicia con torpeza motora y caídas frecuentes. Examen neurológico: funciones mentales con discalculia y en la lectura inversiones, sustituciones y omisiones. No tiene abstracción, síntesis, juicio ni raciocinio. Tiene limitación de mirada vertical hacia abajo. Fuerza: 4/5 proximal de miembros pélvicos bilateral. USG esplenomegalia leve. Biopsia de Medula ósea células espumosas. El estudio genético reporta mutación en el exón 21 del gen NPC1, c.3183A>G. **Conclusiones/Recomendaciones:** La hepatoesplenomegalia, ictericia e irritabilidad en niños menores de 3 meses debe incluir en el diagnóstico a la Enfermedad de Niemann Pick. El espectro clínico fenotípico de la enfermedad es muy variado, lo que dificulta su detección temprana.

TL82. HALLAZGOS HISTOPATOLOGICOS EN NIÑOS CON SINDROME NEFROTICO IDIOPATICO, SAN PEDRO SULA, 2016-2018. Rubén Gáleas[1], César Alas-Pineda[2]. [1]MD Especialista en Nefrología Pediatrica, Hospital Nor-Occidental Mario Catarino Rivas, San Pedro Sula, Cortés; [2]Estudiante 7mo año Carrera de Medicina y Cirugía, Facultad de Medicina y Cirugía, Universidad Católica de Honduras-Campus San Pedro y San Pablo.

Antecedentes: El Síndrome Nefrótico Idiopático es la enfermedad renal más común en niños, se caracteriza por la presencia de proteinuria masiva, edema, hipoalbuminemia e hiperlipemia. Es provocado por diferentes subtipos histopatológicos. **Objetivo:** Describir los hallazgos histopatológicos de las biopsias renales de pacientes pediátricos con síndrome nefrótico idiopático y su correlación con las características clínicas. **Metodología:** Estudio observacional descriptivo de corte transversal. Se recopilaron los datos histopatológicos y clínicos de pacientes pediátricos con síndrome nefrótico idiopático que fueron sometidos a biopsia renal guiada por USG en el Hospital Nacional "Dr. Mario C. Rivas" e Instituto Hondureño de Seguridad Social, entre los años 2016-2018. **Resultados:** Se estudiaron 37 pacientes. La edad media de presentación fue de 8.2 ± 5.3 años. La presentación clínica del síndrome nefrótico en el 37.8% de los casos fue de síndrome nefrótico sensible a esteroides, el 29.7% corresponde a síndrome nefrótico corticodependiente, el 27% corticorresistente, y un 5.4% como síndrome nefrótico del lactante. Según el subtipo de glomerulopatía presentada, el 43.2% corresponde a enfermedad de cambios mínimos, el 24.3% a glomeruloesclerosis focal y segmentaria, el 16.2% se presentó como glomerulonefritis mesangioproliferativa, el 13.5% como Glomerulonefritis membranoproliferativa, y un 2.7% glomerulonefritis membranosa. **Conclusiones/Recomendaciones:** En Honduras se desconoce la verdadera incidencia de las diferentes variaciones histopatológicas, en este estudio se puede demostrar que aunque la enfermedad de cambios mínimos es la variedad histológica más frecuentemente encontrada, la incidencia de otras lesiones en conjunto son más frecuentes que la enfermedad de cambios mínimos, por lo que la biopsia renal se convierte en una herramienta fundamental para establecer el diagnóstico, tratamiento y pronóstico de la enfermedad.

TL83. EFECTOS BIOLÓGICOS ADVERSOS DEL IMPLANTE SUBDÉRMICO EN MUJERES EN EDAD REPRODUCTIVA, ESTABLECIMIENTOS DE SALUD REGIÓN NORTE Y OCCIDENTAL AÑO 2017. Erika Odalis García Izaguirre[1], Melissa Esthela Herrera Rivera[1], Sully Melissa Cruz Lara[1], Ariel Emilio Berlioz España[1], Carlos Yassir Fuentes Pacheco[1], Obed Selah Cardona Oviedo[1]. [1]Doctor en Medicina y Cirugía.

Antecedentes: Honduras es el segundo país de América Latina con la tasa más alta de adolescentes embarazadas según Fondo de Población de las Naciones Unidas. El implante subdérmico es un anticonceptivo hormonal que sólo contiene progestágeno, es de larga duración, se inserta un único implante por vía subcutánea, con una duración en el lugar de la inserción de tres años, y puede usarse en cualquier etapa de la vida reproductiva de la mujer, nulíparas o multíparas. **Objetivo:** Investigar los efectos biológicos adversos del Implante subdérmico colocado en mujeres en edad reproductiva. **Metodología:** Estudio no experimental de enfoque cuantitativo, con alcance descriptivo y de corte retrospectivo transversal. Se estudiaron a pacientes sexualmente activas y en edad reproductiva adscritas en el programa de planificación familiar con implante subdérmico en establecimientos de salud de San Luis, Armenta, Paz Barahona y Hospital San Marcos de Ocotepeque, en el periodo comprendido del 1 de enero al 31 de diciembre del año 2017. Para la recolección de datos se utilizó instrumento de encuesta tipo cuestionario. **Resultados:** Se estudiaron un total de 201 pacientes; 85% presento alteraciones del ciclo menstrual: 51,2% amenorrea, 12.4% dismenorrea y 7.5% hipermenorrea; 73% presento aumento de peso. Efectos locales post inserción: cambios inflamatorios 50%, prurito 45%, dolor 5%. Un 45% desearon retirarse el implante y optar por otro método anticonceptivo. **Conclusiones/Recomendaciones:** Previa inserción del implante subdérmico se debe brindar información clara a las pacientes, sobre los principales efectos adversos como los efectos locales, amenorrea, cefalea y aumento de peso.

TL84. FACTORES VINCULANTES ENTRE CONSUMO DE BEBIDAS ALCOHOLICAS Y DEPRESIÓN EN MÉDICOS DEL HOSPITAL "DR. MARIO C. RIVAS", SAN PEDRO SULA, 2019. Edward Raudales[1], Massiel Turcios[1], Stephany Flores[1], Tania Hernández[1], Yenifer Maldonado[1]. [1]Médico en Servicio Social.

Antecedentes: La Depresión es la cuarta enfermedad incapacitante a nivel mundial, se estima que para 2020 se convertirá en la segunda causa más importante de incapacidad y muerte. Los desórdenes causados por el Alcohol representan el 1.3% de los años de vida perdidos ajustados por discapacidad en el mundo según la Organización Mundial de la Salud. Los médicos y estudiantes de medicina presentan mayor incidencia de trastornos mentales que la población en general. **Objetivo:** Evaluar los factores vinculantes entre consumo de bebidas alcohólicas y depresión en médicos del Hospital "Dr. Mario C. Rivas" en marzo 2019. **Metodología:** Se realizó un estudió descriptivo correlacional, no experimental con enfoque cuantitativo y de corte transversal en marzo 2019, en médicos del Hospital "Dr. Mario C. Rivas". Para la recolección de datos se utilizó un instrumento de encuesta conformado por 3 segmentos: Datos Generales, Inventario de Depresión de Beck y cuestionario de CAGE**. Resultados:** De una muestra de 200 médicos, se encontró que el 33.5% presentaba depresión y el 11% presentaba patrón de consumo de riesgo para desarrollar dependencia alcohólica. El 27% de los médicos que tenían patrón de riesgo de consumo de alcohol presentaba además depresión. El 7.5% de los médicos con depresión tenían ideación suicida. **Conclusiones/Recomendaciones:** Utilizando la varianza de las medias se concluye que: ser hombre, adulto joven, soltero, con un empleo, con antecedentes familiares de alcoholismo, cursar en una especialidad constituye el 56.4% de factores condicionantes al aumento del consumo de bebidas alcohólicas. Ser mujer, adulto joven, soltera, con un solo empleo, con antecedentes familiares de depresión y estudiante de pregrado constituye el 62.2% de los factores condicionantes para desarrollar un trastorno depresivo. Se recomienda al Colegio Médico de Honduras crear programas para la atención del médico enfermo con el fin de favorecer su rehabilitación.

TL85. TROMBOEMBOLIA PULMONAR BILATERAL: REPORTE DE CASO. Arodys Julianny Valle Martínez[1], José Daniel Almazán Monroy[1], Víctor Manuel Merlos[2], Marvin Rodríguez[3]. [1]Doctor en Medicina y Cirugía, Hospital Los Ángeles, El Progreso, Yoro; [2]Médico Especialista en Medicina Interna, Coordinador del departamento de Medicina Interna del Hospital El Progreso, Yoro; [3]Máster en Salud Pública, Hospital El Progreso, Yoro.

Antecedentes: La enfermedad tromboembólica venosa comprende la trombosis venosa profunda y la tromboembolia pulmonar, cuya incidencia es 100-200/100,000 habitantes. Es la tercera causa de muerte cardiovascular. La tromboembolia pulmonar submasiva se caracteriza por sobrecarga del ventrículo derecho sin llegar a hipotensión sostenida ni shock. Su mortalidad aún con tratamiento oportuno puede ser del 3 al 15%. **Caso clínico:** Femenina de 73 años, de El Progreso, Yoro; hipertensa y diabética complicada con nefropatía y neuropatía; con historia de dolor torácico de 3 días de evolución, opresivo, no irradiado, exacerbado durante 9 horas; con disnea de pequeños esfuerzos y tendencia al sueño. Examen físico: P/A 130/80 mmHg, FC: 125/min, FR: 22/min, SPO2: 96%. taquicárdica, tórax anterior doloroso al tacto. Exámenes complementarios: hemograma con leucocitosis leve con neutrofilia, química sanguínea con hipertrigliceridemia y alteración de pruebas renales, tiempos de coagulación normales, dímero D patológicamente elevado; gases arteriales con acidosis metabólica no compensada; electrocardiograma con bloqueo de rama derecha, taquicardia sinusal, patrón S1Q3, ausencia de onda T en DIII. Rayos X de tórax con aortoesclerosis, aumento de la trama pulmonar vascular bilateral y engrosamiento subpleural apical derecho. Angiotomografia con atelectasia del lóbulo superior izquierdo, contusión pulmonar subpleural del lóbulo superior izquierdo, defecto de llenado a nivel de las ramas segmentarias de arteria pulmonar derecha e izquierda de los lóbulos superiores, placas calcificadas gruesas en aorta torácica y arterias coronarias. Se administró enoxaparina, ASA y clopidogrel, analgesia opiácea durante 7 días, con mejoría clínica notable y como terapia de mantenimiento rivaroxabán. La paciente egresó estable, con cita en consulta externa de medicina interna en la que su ecocardiograma, dímero D y gases arteriales no evidencian tromboembolia pulmonar. **Conclusiones/Recomendaciones:** La embolia pulmonar submasiva tiene una mortalidad significativa. La supervivencia de la paciente es admirable debido a las grandes limitaciones y sus factores de riesgo.

TL86. PERICARDITIS CRÓNICA CONSTRICTIVA POR TUBERCULOSIS: UN REPORTE DE CASO. Elissa Hernández[1], José David Ferrera Reyes[2], Alejandra M. Ferrera[3]. [1]Doctora en Medicina y Cirugía, Especialista en Medicina Interna; [2]Doctor Medicina y Cirugía; [3]Doctora en Medicina y Cirugía, Tegucigalpa.

Antecedentes: La pericarditis es una enfermedad aguda que se presenta con dolor torácico, fiebre, roce pericárdico, cambios electrocardiográficos (elevación difusa del segmento ST o depresión del segmento PR) y la presencia de derrame pericárdico nuevo, o empeoramiento de un derrame previo, que desaparecen en días o semanas, y en algunos casos, puede llegar a volverse crónica, cursando con signos de insuficiencia cardíaca derecha. **Caso clínico:** Mujer de 47 años con antecedentes de tuberculosis pulmonar a los

8 años, cumplió tratamiento antifímico. Hipertensión arterial controlada con Enalapril 20 mg c/día y fibrilación auricular manejada con Bisoprolol 2.5 mg c/día. Presenta disnea de 18 meses de evolución, de grandes a moderados esfuerzos, y edema de miembros inferiores. Radiografía de tórax muestra imagen laminar que rodea silueta cardíaca y datos de fibrosis pulmonar. En ecocardiograma se reporta FEVI 77%, pericardio engrosado en segmentos basales cardíacos. FEV conservada, presiones intracardiacas elevadas, ritmo de FA. Tomografía de tórax reporta pericarditis crónica calcificada con consolidados pulmonares secundarios. Con signos vitales presión arterial 120/70 mmHg, FC: 87 lpm, P: 83 ppm, FR: 17 rpm, sin ingurgitación yugular. Corazón con ritmo regular. Se realizó pericardiectomía donde se evidencia calcificación de pericardio, las cuatro cámaras cardíacas y grandes vasos. Se extrajo pericardio anterior y posterior adheridos a miocardio, con biopsia donde se observó granuloma con necrosis caseosa, presencia de células gigantes multinucleadas tipo Langhans. Se diagnostica Pericarditis Crónica Constrictiva Secundaria a Tuberculosis. Paciente sufre complicación al segundo día post operatorio por choque cardiogénico en UCI donde fallece. **Conclusión:** De 30 al 60 % de los pacientes con tuberculosis que reciben tratamiento pueden desarrollar pericarditis La Tuberculosis es la principal causa de pericarditis crónica constrictiva. La pericardiectomía es el tratamiento de elección en los pacientes con clase funcional III o IV, la mortalidad del 7 al 12 % y aumenta con la edad hasta 40%.

TL87. MIOCARDITIS LÚPICA COMO MANIFESTACIÓN INICIAL DE LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO: REPORTE DE CASO. José Orlando Maldonado Triminio[1], Denis Gabriel Rodríguez Aguilar[2], Eddlin On**án** Izaguirre Rodríguez[3]. [1]Especialista en Medicina Interna, Instituto Nacional Cardiopulmonar; [2]Especialista en Medicina Interna, Instituto Nacional Cardiopulmonar; [3]Especialista en Medicina Interna, Instituto Nacional Cardiopulmonar.

Antecedentes: El Lupus Eritematoso Sistémico (LES) es una enfermedad crónica, autoinmune con heterogeneidad clínica y serológica; con prevalencia de 28.3-149.5/100,000 habitantes e incidencia de 1-31.9/100,000; un 15-20% de todos los casos se presentan en mujeres jóvenes; con tasa de supervivencia entre 57-95% a cinco años. Hay algún grado de miocarditis en 50-70% de casos, entre el 5-10% alcanzan importancia clínica y afecta la supervivencia. La miocarditis como manifestación inicial de LES es rara e implica alto riesgo de mortalidad. La información disponible sobre la evolución de estos casos es rara. La biopsia endomiocárdica no es un recurso de rutina por lo que el diagnóstico se basa en criterios clínicos y laboratoriales. **Caso clínico:** Femenina, 31 años, con dolor torácico opresivo de un mes de evolución, intermitente, exacerbado en la última semana, atenuando ligeramente al reposo, acompañado de palpitaciones, fatiga y pérdida de peso. Electrocardiograma con infradesnivel ST en V4, V5, V6, discreta elevación del segmento ST en V1; con elevación progresiva de Troponina, considerándose Síndrome Coronario Agudo Tipo Infarto Agudo de Miocardio sin elevación de ST. Se da manejo anti-isquémico, doble agregación plaquetaria, estatina, analgésicos**.** Se realiza diagnóstico de Tiroiditis autoinmune (TSH: 0.005 mmol/ml, T4: 300 mmol/ml, Ac antiperoxidasa (+), además considerándose LES por ANA IFI (+) /patrón moteado (1:320), iniciándose tratamiento con ciclofosfamida más esteroides con buena respuesta terapéutica. Ecocardiograma: acinesia apical, hipocinesia de la pared anteroseptal, volúmenes ventriculares aumentados compatible con miocardiopatía dilatada, función sistólica moderadamente deprimida. **Conclusiones/Recomendaciones**: La miocardiopatía clínicamente evidente rara vez es la manifestación inicial de LES, esta se manifiesta por disfunción ventricular izquierda, insuficiencia cardiaca aguda y edema pulmonar, su progresión es rápida y requiere de diagnóstico y atención temprana para evitar complicaciones fatales. Se debe Descartar enfermedad autoinmune en paciente joven sin antecedentes, y con inicio súbito de disfunción cardiaca progresiva.

TL88. AURÍCULA COMÚN: REPORTE DE CASO. Alan Murillo[1], Arnaldo Rodriguez[2], Gabriela Turcios[3], Andrea Cruz4, Raquel Martínez[5]. [1]Médico Especialista en Medicina Interna y Cardiología Clínica. Director General de "Hospital y Clínica Murillo". [2]Residente Medicina Interna. St Vicents Medical Center, Bridgeport, Connecticut; [3]Médico Residente de Medicina Interna Universidad Francisco Marroquin; [4]Médico Residente de Pediatría UNAH-VS; [5]Doctora en Medicina y Cirugía. Médico Asistencial del Servicio de Atención Integral Hospital Nacional "Dr. Mario C. Rivas".

Antecedentes: La presencia de una sola cavidad auricular se caracteriza por la ausencia completa del tabique auricular. Es una presentación inusual de comunicación interauricular, se presenta en menos del 0.5–1% de todas las cardiopatías congénitas. **Caso clínico:** Masculino de 26 años con un mes de evolución presentando disnea de moderados esfuerzos y palpitaciones aceleradas, que han intensificado hasta generar incapacidad funcional de las actividades ordinarias. Al examen físico, presión arterial 120/80mmHg, frecuencia cardiaca 130 latidos/minuto, oximetría de pulso 76% y temperatura 38.5°C. Cianosis peribucal, hepatomegalia congestiva a 3 centímetros por debajo de reborde costal derecho línea media clavicular con reflujo hepato-yugular positivo, pulsos radiales débiles, polidactilia en las cuatro extremidades con marcada acropaquía y edema bilateral en miembros inferiores. Se realizó ecocardiografía transtorácica, que mostró ausencia completa del tabique interauricular, ventrículo derecho dilatado con hipertrofia de la pared libre, arteria pulmonar dilatada con presión sistólica estimada en 67mmHg. Ventrículo izquierdo hipoplásico con fracción de eyección 33%, apreciándose movimiento paradójico del septum y relajación restrictiva. Se logró estabilizar al paciente

de la condición crítica en que se recibió, se da esquema de tratamiento ambulatorio con Sildenafilo 50mg VO cada 12 horas, Rivaroxaban 10mg VO cada día y furosemida 20 mg VO al día. Durante 6 años, el paciente se mantiene estable, con tolerancia a la actividad física, por lo que no continuo seguimiento médico. A sus 32 años es recibido nuevamente en nuestro servicio presentando paro respiratorio, hipotenso, marcada cianosis central y periférica, presentó convulsiones tónico-clónicas debido a encefalopatía hipóxica, suscitándose su deceso a consecuencia de la hipertensión pulmonar no corregida. **Conclusiones/Recomendaciones**: Esta clase de anomalías congénitas son detectadas en la infancia, solo ocasionalmente en adultos sin sintomatología aparente, por lo que sospechar una malformación congénita puede ser una ardua labor para el médico, la pericia clínica y el conocimiento de las manifestaciones que suscitan una aurícula común orientaran al médico a su diagnóstico y confirmación con un oportuno ecocardiograma.

TL89. CARACTERIZACIÓN DE PACIENTES CON ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA ESTADIO 5D-HD (DIALISIS-HEMODIALIS) EN HOSPITAL TELA, ATLÁNTIDA, 2018-2019. Abigail Stefanía Villalobos Guzmán[1]. Isis Sarahi George Guzman[2], Bessy Elizabeth Gonzalez Zuniga[3], Marian Helisma Ávila Molina[4], Ovidio Calderon[5]. [1]Medico Servicio Social asignado a Hospital de Santa Barbara Integrado, Santa Barbara; [2]Médico Servicio Social, asignado a Hospital Tela, Atlántida; [3]Medico Servicio Social asignado a Hospital de Santa Barbara Integrado; [4]Medico Servicio Social, asignado a Centro Materno Infantil, San Esteban, Olancho; [5]Medico Especialista en Nefrologia. Servicio de Nefrologia Hospital "Dr. Mario C. Rivas".

Antecedentes: La Enfermedad Renal Crónica (ERC) es un problema de salud pública por su elevada incidencia, prevalencia, morbi-mortalidad y coste. En el Hospital de Tela, Atlántida, se estudiaron pacientes con Enfermedad Renal Crónica estadio 5D-HD (Diálisis-Hemodiálisis). **Objetivo:** Identificar las características de pacientes con ERC estadio 5. **Metodología:** Estudio descriptivo, corte transversal, de pacientes con ERC estadio 5D-HD. Información obtenida del expediente clínico y entrevista al paciente. Variables: edad, sexo, edad de diagnóstico e inicio de hemodiálisis, tipo de acceso vascular, antecedentes personales. **Resultados:** Se estudiaron 48 pacientes; la edad media fue 57.2 años, el grupo etario más afectado fue de los 60 a 74 años (50%); se vio afectado ambos sexos por igual; el 95.83% etnia mestiza y el 4.17 % negra. El 79.17% no laboraba. El 77.08% de los pacientes tenía una edad entre los 46 a 70 años al momento del diagnóstico de ERC. La edad de inicio de tratamiento renal sustitutivo fue de los 46 a 60 años (60.42%). El 56.25% de los pacientes inició terapia dialítica en forma de urgencia en menos de un mes de su diagnóstico; el 29.17% iniciaron terapia dialítica en los 12 meses posteriores a su diagnóstico; el 14.58% después de un año del diagnóstico. La etiología de la nefropatía fue en el 66.75% la hipertensión arterial, la diabetes mellitus (18.75%), uropatía obstructiva (4.17%), hipoplasia renal (4.17%) y trauma renal con nefrectomía secundaria (2.08%). El 56.25% utilizo catéter como acceso vascular, el 44.75% fístula arteriovenosa; el 79.17% tuvo al menos una hospitalización en el último año, la principal causa fue la urgencia hipertensiva (12.50%). La creatinina media fue 4.9 mg/dl, la hemoglobina media 9.8 g/dl. **Conclusión/Recomendaciones:** Las principales etiologías son la hipertensión arterial y diabetes mellitus. El cribado precoz de la enfermedad es primordial para disminuir la incidencia.

TL90. PIURIA ESTERIL COMO COMPLICACION DE DIABETES MELLITUS TIPO 2: REPORTE DE UN CASO. Alexis Francisco Rivas Godoy[1], Elvia Fabiola Maradiaga Reyes[2]. [1]Medico especialista en Medicina Interna IHSS, Docente en Universidad Tecnológica Centroamericana; [2]Doctor en Medicina y Cirugía.

Antecedentes: Piuria estéril se define como presencia de 10 o más leucocitos/ml en una muestra de orina sin centrifugar, leucocitos en tinción Gram, prueba de esterasa leucocitaria + y 3 o más leucocitos/campo de alto poder en orina centrifugada; en ausencia de bacterias y urocultivo negativo. **Caso clínico:** Femenina de 85 años, diabética tipo 2 en insulinoterapia, evaluada por cuadro diarreico agudo, examen físico: presión arterial de 80/40 mmHg, frecuencia cardiaca 90 lpm, frecuencia respiratoria 18 rpm, afebril, deshidratación moderada, hospitalizada para antibioticoterapia con Ceftriaxona, se coloca sonda Foley para medir diuresis con piuria incidental. Por pobre respuesta terapéutica se escala cobertura a piperacilina/tazobactam, mostrando mejoría. Egresada con ampicilina/sulbactam sin sondaje vesical. Al cuarto día de egreso, regresa con piuria, sin sepsis. Analítica: hemoglobina 12.2 g/dl, leucocitos 10,400/mm^3, plaquetas 483,000/mm^3, creatinina 0.9 mg/dl. Uroanálisis: Leucocitos incontables, leucoesterasa +++, nitritos +, eritrocitos 46-49/c. Considerando tratamientos previos y Urocultivos negativos, se indica Imipenem. Uro-Tomografía: Vejiga con engrosamiento mural difuso, hidrouréter derecho, sin causa obstructiva; sin neoplasia renal. Cistografía: mucosa vesical trabeculada, abundante sedimento, uretra normal; biopsia: cistitis crónica moderada, parcialmente erosionada con foco de metaplasia escamosa, no especifica. Descartándose cáncer vesical. Cultivos por bacterias, hongos o micobacterias por biopsia negativos. Se egresa con profilaxis antibiótica y sondaje vesical, con evolución satisfactoria. **Conclusiones/Recomendaciones:** Etiológicamente la piuria estéril se divide en infecciosas y no infecciosas, en estas últimas se encuentra la diabetes mellitus. Este caso se trata de paciente diabética con vejiga neurogénica con infecciones urinarias a repetición que agregado a altas presiones intravesicales causan cistitis crónica, por lo que la principal acción tera-

péutica es el sondaje vesical intermitente o permanente según el caso, para reducir la presión intravesical. Recomendamos en casos de piuria estéril de difícil manejo considerar la diabetes mellitus y sus complicaciones como causa.

TL91. LEUCEMIA GRANULOCÍTICA CRÓNICA COMPLICADA CON APENDICITIS AGUDA. Clarissa Lizeth Aguilar Molina[1], José Edmundo Lizardo Wildt[2], José Ranulfo Lizardo Barahona [3]. [1]Especialista en Oncología Pediátrica, Instituto Hondureño de Seguridad Social; [2]Estudiante de 7ºmo año de medicina; [3]Especialista en Cirugía Pediátrica, Instituto Hondureño de Seguridad Social, Tegucigalpa.

Antecedentes: La leucemia granulocítica crónica es una neoplasia maligna, hematológica, poco frecuente que representa menos del 3% de las leucemias pediátricas, con una incidencia anual de 1/1,000,000 en menores de <20 años. Su historia natural y biología es similar a la presentación en adultos, siguiendo un patrón trifásico. El 95% de los niños la presentan en la fase crónica. **Caso clínico:** Niña de 8 años, sin antecedentes personales patológicos, presenta un mes de pérdida de peso (10 libras), decaimiento, mialgias, artralgias, dolor de huesos largos, palidez, anorexia y distensión abdominal. Al examen físico: palidez, equimosis, esplenomegalia 8cm debajo del reborde costal, línea esternal. Hemograma: hemoglobina 8.7 g/dl, plaquetas 443,000 leucocitos 453,600 neutrófilos 191,200, linfocitos 44,800 monocitos 11,500 eosinófilos 18,400, basófilos 7,100. Frotis de sangre periférica: hiato leucémico. Aspirado médula ósea: apreciación morfológica de leucemia granulocítica crónica. Estudio genético positivo para t(9;22). Durante el tratamiento quimioterápico con inhibidores de tirocin cinasa (Imatinib 375 mg/m2/día) desarrolla neutropenia febril severa (Neutrófilos: 0) con dolor abdominal en fosa ilíaca derecha y signos de irritación peritoneal. Se confirmó el diagnóstico de apendicitis por ultrasonido y TAC, realizándosele laparotomía exploradora encontrando apendicitis retrocecal gangrenada, 100 ml de líquido libre sanguinolento. Patología reportó apéndice cecal con necrosis isquémica, hemorragia transmural asociada a trombosis vascular y peritonitis. Permaneció en unidad de cuidados intensivos, con apoyo de aminas y antibióticos de amplio espectro, resultando en una evolución satisfactoria. **Conclusiones/Recomendaciones:** A pesar que la patología apendicular es la urgencia quirúrgica más frecuente en niños, su presentación sincrónica con la leucemia es un fenómeno muy infrecuente. En estos pacientes el manejo quirúrgico de urgencia debe estar coordinado con el equipo intensivo y oncológico para obtener el mejor resultado, considerando la patología de base, y el tratamiento quimioterápico correspondiente.

TL92. HISTOPLAMOSIS CUTANEA EN PACIENTE ADULTO INMUNOCOMPETENTE. Sinthia Solorzano[1], Boris Elencoff[2], Daniela Hernandez[3]. [1]Residente tercer año posgrado de Medicina Interna HEU; [2]Especialista en Medicina Interna, Hospital San Isidro; [3]Especialista en Medicina Interna, Hospital del Sur.

Antecedentes: Histoplasmosis es una micosis sistémica causada por el hongo dimorfo Histoplasma capsulatum. La mayoría de las infecciones son asintomáticas o autolimitadas, pero algunas desarrollan infecciones pulmonares agudas o infecciones diseminadas severas y progresivas, principalmente en pacientes inmunocomprometidos. Las lesiones características en piel incluyen nódulos, pápulas, placas, úlceras, vesículas y abscesos. **Caso clínico:** Paciente masculino de 85 años, agricultor, procedente de área rural, con formación de pápula en región palpebral izquierda de 4 meses de evolución, dolorosa, la cual fue aumentando de tamaño hasta cubrir y destruir toda la superficie del área periorbitaria, presentado además secreción purulenta y formación de costras. Asimismo, refiere tos crónica, seca, de larga evolución, niega fiebre, prurito, sangrado y afección de la agudeza visual. Niega otras comorbilidades y antecedentes epidemiológicos. Ingresó en el Hospital Escuela universitario con signos vitales normales. Laboratorio HB: 10.9 g/dL PLT: 211,000/mm^3 GB: 5,610/mm^3 N: 3,180/mm^3 L: 1,770/mm^3 GLU: 163 mg/dL CRE: 1.8 mg/dL ALB: 2.5 g/dL Serología VIH: negativo. Se realizó raspado de lesión en piel, en tinción de Giemsa se observan levaduras intracelulares, también se realizó biopsia de piel observándose estructuras ovoides de 1 a 3 micrómetros, donde la mayoría se tiñen con metenamina de plata, los cultivos resultaron negativos debido al uso de antifúngico antes de la toma de muestra de tejido. Tomografía de cráneo y Rayos x de tórax sin alteraciones. Se administró tratamiento con Anfotericina B por 14 días, mostrando remisión total de las lesiones. **Conclusiones/Recomendaciones:** La afectación cutánea por histoplasmosis en huéspedes inmunocompetentes es infrecuente. La mayoría de los casos reportados es en pacientes inmunocomprometidos y con histoplasmosis diseminada.

TL93. ESTUDIOS GENÉTICOS EN ENFERMEDAD RENAL POLIQUÍSTICA. Ramón Yefrin Maradiaga Montoya[1], James Nigel Bodden Reconco[2]. [1]Especialista Medicina Interna Hospimed, Docente Universidad Católica de Honduras, [2]Médico en Servicio Social, Gerente Operativo Bio-Gen Life.

Introducción: La enfermedad renal poliquística es una de las causas de insuficiencia renal crónica. Puede ser autosómica dominante o recesiva, en la autosómica dominante las mutaciones ocurren en gen PKD1 en 85% de los casos, y

en el gen PKD2 en 15%. En Honduras no hay publicaciones de estudios genéticos, los cuales son claves para evaluar riesgo familiar y realizar diagnóstico y tratamiento oportunos. **Caso clínico:** Paciente femenina de 57 años, procedente de las Lajas, Pespire, Choluteca, evaluada en 2017 por adinamia y pérdida de peso. Antecedente de 20 años de quistes renales, hace 15 años hipertensión arterial. Tenía 13 hermanos, 2 de ellos con enfermedad renal crónica, 1 en diálisis, 1 falleció a los 52 años por enfermedad cardiovascular. Tiene 8 hijos. Examen físico biotipo asténico, presión arterial 150/90 mmHg, frecuencia cardíaca 60/min, peso 119 libras, talla 157 cm, IMC 21.8 kg/m2. Presenta masas en ambos flancos, indoloras, móviles, con superficie nodular. Creatinina inicial 2.2 mg/dl, hemoglobina 11.6g/dl, general de orina sin proteinuria. Ultrasonografía renal con pérdida de relación corteza-médula, múltiples quistes, riñón derecho mide 17 x 9.4 cm, izquierdo 15.4 x 11 cm. Tratamiento con irbesartán 300 mg/día, bisoprolol 5mg/día, eritropoyetina 2000 U SC/semana. Durante 2 años de vigilancia sin crisis de uremia, no datos congestivos, pero aumento de creatinina hasta 5 mg/dl. Se envía perfil genético a laboratorio en Norteamérica, reportando mutación heterocigota para el gen PKD1, en cromosoma 16, brazo corto (p), es autosómico dominante. **Conclusiones/Recomendaciones:** En Honduras existe la enfermedad poliquística renal pero aún no se realizan estudios genéticos, los cuales nos permitirían evaluar poblaciones en riesgo y elaborar un mapa con las zonas de mayor prevalencia para ejecutar programas de intervención precoz.

TL94. ANEURISMA INTRACRANEAL TRAUMÁTICO: REPORTE DE CASO. Alejandro José Ortega Fu[1], Jorge Eduardo Ortega[2]. [1]Doctor en Medicina y Cirugía, Residente del 3er año de neurocirugía, Hospital Roosevelt, Guatemala; [2]Neurocirujano, Hospital del Valle, San Pedro Sula.

Antecedentes: Los aneurismas intracraneales traumáticos son aneurismas extremadamente raros que plantean un reto diagnóstico y terapéutico debido a su etiología, presentación, características morfológicas y tratamiento. Representan menos del 1% de todos los aneurismas intracraneales, pero un 30% de los aneurismas en la edad pediátrica. La tasa de mortalidad supera al 50% en caso de sangrado. Se reporta caso presentando los diferentes estudios diagnósticos, el tratamiento, su evolución. **Caso clínico:** Hombre de 21 años con historia de episodios de cefalea de 5 meses de evolución caracterizada por inicio súbito, punzante, con intensidad de 8/10 localizada en la región parietal izquierda y con duración aproximada de 10 minutos. Se presentaron en promedio de 3 a 5 episodios semanales sin relación de horario o actividad física. Antecedente de trauma cráneo encefálico contuso sufrido en accidente automovilístico hacía 17 meses en el cual tuvo contusión cerebral y hematoma subdural laminar parietal izquierdo. No se encontró fractura craneal. El tratamiento de las lesiones traumáticas fue conservador con muy buena evolución. Al examen físico y neurológico no se encontró ninguna anormalidad. Se realizó tomografía cerebral y resonancia magnética cerebral en fases simple y con contraste observando lesión que refuerza con medio de contraste, de 10 mm, en región parietal izquierda, altamente sugestiva de aneurisma. Estudio de angiografía por sustracción digital del cerebro confirma el diagnóstico. Se sometió a cirugía realizando la resección del aneurisma, sacrificando la arteria angular sin ninguna complicación. Paciente es egresado sin ningún déficit neurológico. **Conclusiones/Recomendaciones:** Los aneurismas intracraneales traumáticos representan un reto diagnóstico y terapéutico por tratarse de psuedoaneurismas que no tienen las capas vasculares. La posibilidad de desarrollo de estos pseudoaneurismas debe tenerse presente en todos los pacientes que sufren trauma cráneo encefálico penetrante o contuso, y más aún en la población pediátrica.

TL95. PARASITEMIA POR PLASMODIUM *VIVAX, ASOCIADA* A LEUCEMIA LINFOCITICA AGUDA. Víctor Antonio Toro Mejía[1], Clarissa Lizeth Aguilar Molina[2]. [1]Médico General, Hospital Regional Roatán. [2]Especialista en Oncología Pediátrica, Instituto Hondureño de Seguridad Social.

Antecedentes: La malaria es la enfermedad tropical parasitaria más importante del ser humano. Su carga se concentra en 14 países endémicos, siendo Honduras uno de ellos con 1287 casos en el 2018. El 95% de éstos pertenecen a: Gracias a Dios, Colon, Islas de la Bahía, Yoro, El Paraíso y Cortés. Plasmodium vivax constituye el 93% y P. falciparum 7%. El vector más importante para la transmisión del parásito es el Anopheles albimanus. **Caso clínico:** masculino de 24 años, procedente de Islas de la Bahía, acude a urgencias con 3 días de fiebre 39-40C, escalofríos, sudoración profusa, cefalea y artralgias. Examen físico con hepato-esplenomegalia. Hemograma con hemoglobina de 10.9 g/dl, hematocrito 32%, plaquetas 124,000, leucocitos 3150, neutrófilos 750; gota gruesa positiva para *plasmodium vivax*: estadíos asexuales 25, estadíos sexuales 92, Leucocitos 203. Se inició tratamiento con cloroquina 4 tab VO, luego 3 tab VO x dos días, y primaquina 1 tab VO cada día x 14 días. Un mes después acude nuevamente por fiebre 39-40C, de 6 días, y lumbalgia, con hemograma: Hb 11.8g/dl, Leu: 2800 neutrófilos 700, plaquetas 32 mil, gota gruesa positiva para plasmodium vivax. Se instauró el tratamiento como malaria no grave recurrente tipo recrudescencia, persistiendo con pancitopenia. Estudio de frotis de sangre periférica reporta células inmaduras de aspecto linfoide. Biopsia de Médula ósea reporta neoplasia hematopoyética leucemia/linfoma linfocito pequeño no hendido. Última gota gruesa negativa, con lo cual se inicia tratamiento para leucemia linfocítica aguda con esquema de quimioterapia, hasta ahora con buena evolución. **Conclusiones/Recomendaciones:** La malaria debe considerarse como una posible causa o un factor que complica la fiebre con hepato-esplenomegalia en pacientes con

neoplasias malignas, especialmente en áreas endémicas de malaria, donde constituye un verdadero problema de salud pública por su alta morbi-mortalidad.

TL96. SINDROME DE PARRY ROMBERG: REPORTE DE CASO. Isabel Varela[1], Héctor Pineda[1], Harlis Estrada[1]. Doctor en Medicina y Cirugía, Hospital Gabriela Alvarado.

Antecedentes: El síndrome de Parry-Romberg o atrofia hemifacial es una afección degenerativa caracterizada por atrofia lenta y progresiva, generalmente unilateral, de los tejidos faciales (hueso, músculos, tejido subcutáneo y piel) con posibilidad de desarrollar complicaciones craneofaciales predominantemente en niños y adultos jóvenes. La etiología precisa sigue siendo desconocida, pero se describen procesos genéticos, inmunológicos, infecciosos, vasculares y traumáticos relacionados. **Caso clínico:** Mujer de 22 años referida de clínica oftalmológica por deformidad frontal izquierda con discreta asimetría facial. Refiere historia de atrofia en hemicara izquierda, acompañada de alopecia e hiperpigmentación en el área malar. Al examen físico: consciente y orientada, con constantes vitales normales; se observa asimetría facial izquierda con evidente pérdida de tejidos subcutáneos a nivel frontal, con una línea clara de demarcación (golpe de sable) que se extiende hasta el borde superior de la órbita, causando depresión evidente a lo largo de su longitud. El examen ocular no mostró anomalías, sin embargo, se observa hiperpigmentación a nivel de la órbita; la piel del lado afectado estaba rígida. Resto de exploración física y neurológica sin alteraciones. Perfil inmunológico normal. Radiografía de cráneo muestra el contorno óseo distorsionado en la región frontal izquierda que produce la deformidad en golpe de sable. La TC cerebral demostró adelgazamiento de la piel y grasa subcutánea del lado izquierdo de la cara; se observó considerable enoftalmos izquierdo, con una escasez relativa de grasa retrobulbar. Además, se observa hiperdensidad intraparenquimatosa puntiforme parietal izquierda (yuxtacortical); la IRM cerebral no evidenció otras lesiones. **Conclusiones/Recomendaciones**: La correcta identificación de las manifestaciones clínico-radiológicas es imperativo para establecer el diagnóstico de esta infrecuente afectación. Pese a tener un curso autolimitado, puede estar asociado a problemas estéticos, funcionales y psicológicos en diferentes grados de severidad. Se han descrito varias estrategias de tratamiento para detener la enfermedad con resultados inconsistentes.

TL97. ENFERMEDAD DE CAMURATI-ENGELMANN: RESPORTE DE CASO. Victoria A. Fugón[1], Carlos E. Garay[1], Oscar Zuniga[2], Carlos R. Garay[3]. [1]Doctor en Medicina y Cirugía; [2]Pediatra Endocrinólogo, Hospital Nacional "Dr. Mario C. Rivas". [3]Médico Especialista en Pediatría.

Antecedentes: La enfermedad de Camurati Engelmann es un trastorno autosómico dominante caracterizado por hiperostosis, principalmente en diáfisis de huesos largos. Se han descrito 200 casos en todo el mundo, con una prevalencia estimada de 1/1000000. No hay casos descritos en Honduras previo a este. El inicio de los síntomas puede aparecer en la infancia o la pubertad. Las manifestaciones clínicas son generalmente simétricas. Los huesos afectados según orden de frecuencia son: fémur, tibia, peroné, humero, cubito y radio. **Caso cínico:** Masculino de 18 años con historia que inicia a la edad de un año con retraso de inicio de la deambulación, acompañándose de claudicación, y mialgias, predominantemente en miembros inferiores, intensificándose a los 3 años. El paciente mostró adelgazamiento general, progresivo, desde los dos años. Fue tratado con múltiples terapias aportadores de calcio y AINES. A los 10 años se le realiza estudio radiológico observando engrosamiento cortical diafisiaria en fémur, bilateral, diagnosticándose síndrome Camurati Engelmann. Recibe esteroides para mejoría de los síntomas, en un principio a dosis 6 mg diario reduciéndose hasta alcanzar dosis de 5 mg de deflazacort en días alternos o cuando presentara dolor. Actualmente refiere crisis de dolor semanales a mensuales que se controlan con AINES y su mayor afección hasta el momento es gastritis medicamentosa en tratamiento con inhibidores de bomba de protones. **Conclusiones/Recomendaciones:** Debido a que no se dispone del estudio molecular correspondiente en Honduras, se diagnosticó la enfermedad por sus manifestaciones clínicas y radiológicas. Recomendamos el uso de las imágenes radiográficas para apoyo diagnóstico.

TL98. ENDOCARDITIS BACTERIANA DE VÁLVULA NATIVA AORTICA POR CORYNEBACTERIUM SP. Clarissa Lizeth Aguilar Molina[1], Carlos Fernando Rosales Ordoñez[2]. [1]Especialista en Oncología Pediátrica, Instituto Hondureño de Seguridad Social La Granja; [2]Estudiante de Sexto Año de Medicina, Tegucigalpa.

Antecedentes: Muchas bacterias pueden causar endocarditis infecciosa, sin embargo, Corynebacterium se encuentra en el grupo de organismos que representan el 3% de todos los casos; la literatura informa un incremento de casos a partir del año 1980, la mayoría en pacientes con antecedentes de patología cardíaca subyacente. Se cree que los difteroides causan el 9% de las endocarditis (PVE) precoz y el 4% de las válvulas protésicas tardías, pero solo entre el 0,2 y el 0,4% de los casos de endocarditis de válvula nativa (NVE). **Caso clínico:** Paciente preescolar de 4 años con antecedente personal patológico de cardiopatía cianótica compleja y con antecedentes de faringitis. Es ingresado por presentar un cuadro de fiebre de 15 días de evolución, intermitente, cuantificada con 39.1° C por termómetro de mercurio tomado en la región axilar, con predominio matutino y nocturno, atenuado con acetaminofén cada 6 horas. Se diagnostica endocarditis infecciosa por la clínica y se confirma con los criterios de Duke: presencia de 2 criterios mayores, 3 hemocultivos a corynebacterium sp, y evidencia ultrasonográfica

de vegetación en la válvula aortica. Se maneja tratamiento antibiótico con ceftriaxona 725 mg I.V. cada 12 horas por 21 días, clindamicina 145 mg I.V. cada 8 horas por 21 días, observando una evolución favorable del proceso séptico, y desapareciendo las imágenes ecocardiográficas de vegetaciones. **Conclusiones/Recomendaciones:** Presentamos este caso para tener en cuenta, dentro de los microrganismos patógenos causantes de endocarditis bacteriana, al género Corynebacterium.

TL99. IMPACTO DE UN MODELO DE EDUCACIÓN DIABETOLÓGICA SOBRE LA HEMOGLOBINA GLICOSILADA EN PACIENTES ATENDIDOS EN EL CENTRO DE ATENCIÓN INTEGRAL DE PACIENTES CON DIABETES MELLITUS DEL HOSPITAL ESCUELA UNIVERSITARIO. Miguel Osejo Betancourt[1], María Alejandra Ramos[2], Dalia Ávila Turcios[2]. [1]Médico especialista en Medicina Interna, Hospital Escuela Universitario y Hospital General San Felipe; [2]Médico especialista en Endocrinología, Hospital Escuela Universitario y Hospital Honduras Medical Center.

Antecedentes: La diabetes mellitus es una enfermedad crónica que constituye uno de los problemas de salud pública más importantes tanto en los países desarrollados como en los países en vías de desarrollo, debido a que su incidencia y prevalencia cada día se incrementa junto con la obesidad, perfilándose como la más grande epidemia del nuevo milenio. Múltiples intervenciones en diabetes son evaluadas a través de marcadores intermedios entre las que sobresale la medición de HbA1C. Múltiples estudios han demostrado que el énfasis en la educación reduce en 0.2% la HbA1C en el primer año y tiende a estabilizarse posteriormente. **Descripción de la experiencia:** Se les brindo educación a los pacientes con diabetes mellitus tipo 2 insulinizados por parte de enfermería sobre la técnica de aplicación de insulina y toma de glucometrías en el periodo de octubre 2017 a diciembre 2018 en el centro de atención integral de pacientes con Diabetes Mellitus, tomándose el universo de pacientes, y utilizando la HbA1C inicial y las subsiguientes en el periodo de seguimiento como herramienta para valorar impacto de la intervención. La población estudiada fue de 90 pacientes, de los cuales, el 83% fue sexo femenino, con una media de edad 51.46 (DE 12.58) años, La media de HbA1C inicial de nuestros pacientes fue 10 (DE 1.82) %, y la de seguimiento fue de 9.45 (DE 1.82) %, después de 7 (DE 2.92) meses de la educación. **Lecciones aprendidas:** El impacto fue un descenso de 0.5%, el cual es comparable con lo demostrado en otros estudios donde el cambio glicémico es del 0.3% aproximadamente al año de seguimiento.

TL100. EXPERIENCIAS EN EL CONTROL INTEGRADO DE *AEDES AEGYPTI* EN CHOLUTECA 2014/2019 EN LAS BUENAS Y LAS MALAS. Richard Fisher W[1], Oscar Orlando Urrutia Colindres[1], Rigoberto García[1], José María Paguada[2]. [1]Proyecto ZAP, Abt Associates, Inc., Tegucigalpa; [2] Doctor en Medicina y Cirugía, Departamental SESAL, Choluteca.

Antecedentes: La Región Sanitaria de Choluteca coordinó respuestas integradas de control vectorial del *Aedes aegypti* entre 2014 y 2019. En julio de 2014 enfrentó una epidemia de dengue, con 8969 casos en el Departamento y 5909 casos solamente en el Municipio de Choluteca (durante 2014). Para el control del brote se hizo uso de aplicaciones de *Bacillus thuringieneis israelensis* (Bti), fumigación con Deltametrina 2.5, y aún se vio obligado socializar con las Juntas y Operadores de Aguas de Choluteca y comunidad para poder aplicar Bti a través de los tanques municipales de distribución de agua. Se recibió el apoyo de 80 técnicos del Programa Vida Mejor con lo cual se aumentó la cobertura mensual de control vectorial con actividades de visita domiciliaria, inspección por larvas y pupas, eliminación de criaderos, y aplicación de Bti de 1500 a más de 3500 viviendas. Se nota el uso de fundamentos del control integrado del vector, incluyendo la Mesa Intersectorial, Bti, fumigación, educación, y movilización comunitaria y de la sociedad civil. Producto de esto disminuyo la incidencia en 2015 a 943 en el mismo Municipio (2395, Departamento). **Descripción de la experiencia:** A partir de abril de 2017 el Proyecto ZAP/USAID inicio actividades de control vectorial en Choluteca a través de visitas domiciliarias mensuales en 100% de los barrios de la ciudad, visitando e inspeccionando a 32,869 viviendas. ZAP trabajó con 73 técnicos y nueve supervisores, con inspecciones mensuales a cada vivienda y aplicación de 5 gramos de Bti/1000 litros de agua. El nivel de infestación larvaria y pupal bajó de 24% en 2014 a 3% en 2018, reportando para este mismo año 252 casos/Departamento y 177/Municipio de Choluteca. **Lecciones aprendidas:** Para la sostenibilidad de estos procesos se requiere tener personal necesario permanente bien capacitado, insumos, liderazgo, y un equipo unido y disciplinado.

TL101. LINFOMA NO HODGKIN DE CÉLULAS B PRIMARIO RETROPERITONEAL "BULKY", A PROPÓSITO DE UN CASO. Marlen Cruz[1], Denis Rodríguez[2], Nesly Lemus[3], Odalis Cerrato[4], Carlos Álvarez[5], Edgardo Pineda[6]. [1]Especialista en medicina interna, HEU; [2]Especialista en medicina interna, Instituto Nacional Cardiopulmonar; [3]G&V Medical; [4]ASHONPLAFA; [5]Instituto Hondureño de Seguridad Social; [6]Especialista en Oncología Médica, Instituto Hondureño de Seguridad Social, Tegucigalpa.

Antecedentes: El linfoma es tipo de cáncer que afecta al sistema linfoide. Su clasificación se basa en información morfológica, clínica inmunológica y genética. Surge a partir de una lesión en el ADN de un linfocito progenitor produ-

ciendo una transformación y expansión clonal maligna linfoide (linfocitos B o T y más raro NK), dando los dos grandes grupos: Linfoma Hodgkin (LH) y linfoma no Hodgkin; 62.4% corresponden al subtipo no Hodgkin y el 31% de estos pertenece a linfoma difuso de linfocitos B. **Caso clínico:** Femenina, 35 años, procedente de Siguatepeque, docente, sin antecedentes personales patológicos. Fecha ultima de parto: 8/04/2018. Dolor abdominal en epigastrio y mesogastrio iniciando posterior a FUP, USG abdominal revela colecistitis crónica calculosa, realizando colecistectomía. Persiste con dolor abdominal, el 2/08/2018 realiza USG: hernia umbilical estrangulada, realizando Hernioplastia. Paciente persiste con clínica y síntomas constitucionales, recurre a evaluación médica encontrando masa abdominal en mesogastrio, el 12/09/2018 tomografía abdominal: masa retroperitoneal multilobulada, con área de necrosis, adherida a duodeno y yeyuno, envolvimiento vascular de arteria mesentérica superior y vasos centrales. Ingresa a IHSS el 13/09/2018 diagnóstico, masa retroperitoneal en estudio. 28/09/2018 biopsia guiada por tomografía: Neoplasia maligna de células pequeña, redonda, azul. 11/10/2018 estudio inmunohistoquímico: Antígeno Leucocitario Común: Positivo Difuso, CD20: Positivo para el 90% de la población celular. Myogenina, Cromagranina A y Citokeratina PAN: Negativas. Inicia quimioterapia, esquema R – CHOP el 11/10/2018 Rituximab **más (ciclofosfamida,** adriamicina, vincristina y prednisona). Reevaluada 16/10/18, buena evolución, masa ha disminuido de tamaño, no hay dolor abdominal, se decide alta médica y continuar quimioterapia ambulatoria. **Conclusión/Recomendación:** El dolor abdominal puede ser la primera manifestación de gran cantidad de enfermedades, lo que constituye un reto diagnóstico para el clínico. Es fundamental el abordaje integral e individualizado del paciente en cada área en la que sea evaluado.

TL102. LINFOHISTIOCITOSIS HEMOFAGOCÍTICA ADQUIRIDA. A PROPÓSITO DE UN CASO. Sinthia Solorzano[1], Adoni Duarte[2], Leticia Solorzano[3], Boris Elencoff[4]. [1]Residente tercer año postgrado de Medicina Interna UNAH, HEU**;** [2]Residente cuarto año Postgrado Anatomía Patológica UNAH, HEU, Profesor Titular Facultad de Medicina UNAH; [3]Especialista en Medicina Interna IHSS, Hospital Militar Regional Norte**;** [4]Especialista en Medicina Interna, Hospital San Isidro.

Antecedentes: La linfohistiocitosis hemofagocítica o síndrome hemofagocítico fue descrita en 1939, como una condición caracterizada por fiebre, adenopatías, pancitopenia y proliferación histiocítica en la médula ósea. La incidencia se estima en 1.2 casos/millón de individuos/año. El Síndrome Hemofagocítico secundario se asocia a enfermedad o condición subyacente y suele presentarse en la adultez. **Caso clínico:** Paciente masculino de 24 años, procedente área rural, con fiebre continua de 5 días de evolución, subjetivamente alta, acompañado de diaforesis y escalofríos. Diarrea de 3 días de evolución de moderada cantidad, sin moco, ni sangre; vómitos biliosos; mialgias y artralgias con predominio en extremidades inferiores; ictericia iniciando en escleras que posteriormente se generalizó. Niega otras comorbilidades y antecedentes epidemiológicos. Ingresa hipotenso 70/40 mmHg, taquicárdico 106 lat/min, taquipneico 22 rpm, febril 38.5 ºC. Al Examen físico con sangrado en mucosas, ictérico, petequias generalizadas y dolor a la palpación abdominal. Laboratorialmente HB:13 mg/dl, PLT: 34,000/mm^3 , GB: 2560/mm^3 , N: 2110/mm^3 ,L: 250/mm^3 ,Glucosa: 73 mg/dl , BUN: 31 mg/dl ,Creatinina: 1.89 mg/dl, Na: 129 mmol/L, CPK: 878, TGO: 246U/L, TGP: 68U/L, BT: 9 mg/dl, BD: 7.4 mg/dl, INR: 1.18, TP: 13,7 TTP: 37.1. USG de abdomen: hepatomegalia. Fallece en menos de 24 horas del ingreso por Falla Orgánica Múltiple. Postmortem se le realizan otros estudios laboratoriales: Prueba rápida Leptospirosis Negativa; Serología VIH Negativo; Leptospirosis Negativo; (Elisa IgM) ZIKA; PCR Negativo; Dengue IgM, IgG Negativo. Se le realiza autopsia que reporta hiperplasia histiocítica sinusoidal de los ganglios linfáticos mediastínicos, mesentéricos y cervicales, hiperplasia folicular linfoide, paracortical y sinusoidal, hemofagocitosis en la medula ósea y ganglios linfáticos, esplenomegalia con congestión vascular severa y depleción de la pulpa blanca, Datos morfológicos de sepsis y choque séptico, cumpliéndose criterios diagnósticos de Síndrome Hemofagocítico secundario. **Conclusiones/Recomendaciones;** El síndrome hemofagocítico adquirido es multifactorial, con alta mortalidad que llega a producir Falla Orgánica Múltiple y muerte en más 50% de los pacientes.

TL103. SECUENCIA POTTER EN NEONATO DEL HOSPITAL DEL OCCIDENTE. Miriam Argüelles[1], Cindy Williams[1], Astrid Sevilla[2], Yasmin Chavez[3]. [1]Médico en servicio social, Hospital de Occidente, Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales; [2]Médico en servicio social, región metropolitana Ceiba Atlantida; [3]Pediatra Neonatologa, Hospital de Occidente, Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales, Santa Rosa de Copan.

Antecedentes: Secuencia Potter erróneamente llamado síndrome de Potter se caracteriza por disminución del líquido amniótico que lleva a desarrollar alteraciones de las vías urinarias fetales y deficiencia respiratoria al nacer. Su incidencia es de 1 en cada 3000-9000 nacidos vivos, más frecuente en productos del sexo masculino. **Caso clínico:** Multípara, de 38 años, gesta 8, de 39.2 semanas de gestación, se le realizó cesárea debido a anhidramnios. Al extraer recién nacido, masculino, de 1610 gramos. Presenta APGAR de 0/2 por lo que se dio reanimación neonatal. Al examen físico talla: 42cm, perímetro cefálico de 31cm, braquiocefálico, perímetro abdominal 28cm, asimétrico, perímetro torácico de 27cm, piel deshidratada, rugosa, hipertelorismo ocular, micrognatia, nariz aplanada; puente nasal ancho, pabellones auriculares displásicos, extremidades en posición anormal y contracturas. Se ingresó a ventilación

mecánica asistida logrando elevar la saturación a un 80% bradicardia de 90 latidos por minuto. Se mantiene anúrico. No se logra realizados estudios de imágenes por carecer de estudios portátiles. Muere a las 8 horas después de su nacimiento. **Conclusión/Recomendación:** Se diagnostica secuencia de Potter por características clinas del feto, por presentar fascie de Potter, su insuficiencia respiratoria y el antecedente de anhidramnios, y aunque no se logró estudios de imágenes para demostrar o caracterizar alteraciones en vías urinarias, pudimos observar que, en el corto periodo de vida, se mantuvo anúrico.

TL104. SÍNDROME DE PATAU EN HOSPITAL DE OCCIDENTE. Miriam Argüelles[1], Cindy Williams[1], Astrid Sevilla[2], Yasmin Chavez[3], Elizabeth Nuñez[4]. [1]Médico en servicio social, Hospital de Occidente, Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales; [2]Médico en servicio social, región metropolitana Ceiba Atlantida; [3]Pediatra Neonatologa, Hospital de Occidente Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales, [4]Asesor Metodologico, Santa Rosa de Copán.

Antecedentes: Se trata de la menos común y más severa de las trisomías autosómicas. La incidencia 1:12.000 y 1:29.000 nacidos vivos, más frecuente en sexo femenino. El riesgo de muerte intraútero es del 80%. La edad materna más frecuente es entre 31 y 35 años. Los hallazgos clínicos más común son las anomalías de las estructuras de la línea media. **Caso clínico:** Recién nacido hijo de madre de 17 años, nulípara con 32 SG por FUM. Sin antecedentes de consumo de medicamentos, alcohol ni contacto con agrotóxicos. Acudió a controles prenatales. No se realizó ningún USG obstétrico durante su embarazo. El parto fue eutócico. Nacimiento simple, sexo masculino, bajo peso: 1720grs Perímetro cefálico: 28cm. Apgar 4/7, cordón normal relación vaso 2:1. Examen físico con malformaciones congénitas: microcefalia, anoftalmía, hipotelorismo ocular, frente aplanada, micrognatía, labio leporino y paladar hendido, cuello corto, pabellones auriculares de baja implantación, hernia abdominal, polidactilia, pie valgo, criptorquidia bilateral. No se ausculta soplo. Se realizó rayos x que evidenció cardiomegalia global. USG transfontanelar reportó agenesia del cuerpo calloso, con alteración de la línea media a nivel frontal e imagen quística anterior a la tienda del cerebelo. USG abdominal sin anomalías. A las 7 horas de vida presentó convulsiones tónico, clónicas, saturando a 86%, taquicárdico y taquipneico. Se le administró fenobarbital. El paciente falleció con 33 horas de vida. **Conclusiones/Recomendaciones:** Las múltiples malformaciones en el recién nacido coinciden con el síndrome de Patau. En Honduras muchas de las anomalías congénitas no son estudiadas, ni debidamente documentadas por las enormes carencias en nuestros hospitales.

TL105. HISTIOCITOMA FIBROSO DEL SENO MAXILAR EN PACIENTE PEDIATRICO. REPORTE DE CASO. Mingdú Chang[1], Josué García[2], Brenda Navarrete[3], Ulises Díaz[4]. [1]Residente Segundo Año, Postgrado de Otorrinolaringología, Facultad de Ciencias Médicas (FCM), UNAH; [2]Residente Cuarto Año, Postgrado de Otorrinolaringología, FCM UNAH; [3]Residente Segundo Año, Postgrado de Radiología en Imágenes Médicas, FCM UNAH; [4]Médico Especialista en Otorrinolaringología, Hospital Escuela Universitario.

Antecedentes: El histiocitoma fibroso es un tumor que se encuentra en cualquier parte del cuerpo, siendo su localización usual el hueso iliaco y muy poco frecuente en la nariz y los senos paranasales**,** su origen es histiocítico. Cuando se presenta en los senos paranasales se manifiesta como obstrucción nasal**,** epistaxis y dolor. El tratamiento definido es la extirpación quirúrgica completa. **Caso clínico:** Niño de 11 años de edad, historia de obstrucción nasal unilateral, rinorrea amarillenta y epífora desde los 6 meses de edad. Fue referido por oftalmólogo a la Consulta Externa de Otorrinolaringología, Hospital Escuela Universitario, 2019, donde se recibió con obstrucción nasal unilateral, epífora y leve dificultad respiratoria, asimetría facial con aumento de volumen en región malar derecha, borramiento de pliegue nasogeniano y falta de canino derecho. Se realizó tomografía computarizada de senos paranasales que reportó lesión expansiva a nivel del seno maxilar derecho provocando remodelación ósea, presencia de una pieza dental en el techo del seno; lesión expansiva de tamaño 55 x 33 mm con obliteración del complejo osteomeatal derecho; además, se apreció proceso inflamatorio en el resto de los senos paranasales. Se realizó cirugía antrostomía maxilar con técnica de Caldwell- Luc acompañada de endoscopía nasosinusal con resección quirúrgica completa del tumor. La biopsia reportó fibrohistiocitoma celular. El paciente fue referido al Servicio de Oncología Pediátrica, donde se realizaron pruebas inmunohistoquímicas en colaboración con St. Jude Children's Research Hospital Memphis, Tennesse, USA, con resultado de células tumorales negativo por malignidad. **Conclusiones/Recomendaciones.** El histiocitoma fibroso en los senos paranasales es una patología poco frecuente. Se debe considerar como diagnóstico diferencial de pólipos en nariz y senos paranasales.

TL106. SINDROME DE EVANS: A PROPÓSITO DE CASO. Gabriela Marcela Borjas[1], Ariana Grissel Hernández[1], Luis Andrés Varela[2]. [1]Médico general, Ciudad Mujer, San Pedro Sula, Cortes. [2]Residente de la especialidad de pediatría (R3), IHSS y HMCR, San Pedro Sula, Cortes.

Antecedentes: El Síndrome de Evans es un trastorno inmunológico atípico, infrecuente, de presentación predominantemente pediátrica, caracterizado por anemia hemolítica

autoinmune asociado a síndromes linfoproliferativos, inmunodeficiencias primarias y Lupus Eritematoso Sistémico, causado por anticuerpos contra antígeno de membrana de hematíes y plaquetas. Cursa con manifestaciones hemorrágicas de evolución poco favorable. Para el diagnóstico es esencial la prueba de coombs directa positiva. **Caso clínico:** Femenina 14 años, con antecedente de anemia hemolítica autoinmune tratada con prednisona de 10 mg 1 tb/día y azatioprina 1 tab/8 hrs; acude a emergencia tres meses después con sangrado transvaginal de 3 días, acompañado de dolor articular, vómitos, palidez y debilidad. Al ingreso: Hto 20.1%, VCM 115.5 fl, HCM 78.2 fl, Plts 37000, leucocitos 4100, neutrófilos 59.4%, lin% 30%, anticoagulante 2017 lúpico 64 positivo, ANA 19.57 positivo, c3 33 bajo, c4 1 bajo, Coombs directo positivo. USG pélvico muestra útero en ante versión, volumen 24 cc, contornos regulares, paredes homogéneas, endometrio homogéneo de 4.4 mm de espesor, ovarios ambos normales, liquido libre en fosa iliaca derecha cercana al útero y en el fondo de saco de Douglas. Reumatología considera que hay criterios de LES con afección mucocutanea-articular más hematológica (Síndrome de Evans). Se inicia terapia inmunomoduladora 450 mg/kg, 24 gr IV pasar 1 fco cada 4 hrs a 20 cc/hora por 5 días. Se transfundieron 5 U de plaquetas y 2 U de glóbulos rojos empacados. Evoluciona satisfactoriamente y se egresa con prednisona 50 mg 1 taba cada día, hidroxicloroquina 200 mg cada día. **Conclusiones/Recomendaciones:** Paciente con anemia hemolítica autoinmune más criterios de Lupus y coombs directo positivo se confirma diagnóstico. Sin embargo, en algunos casos el test de Coombs directo puede ser negativo en la hemólisis autoinmune.

TL107. ICTIOSIS CONGÉNITA. BEBÉ COLODIÓN EN HOSPITAL DE OCCIDENTE. Astrid Sevilla[1], Miriam Argüelles[2], Cindy Williams[2], Yasmin Chavez[3]. [1]Médico en servicio social, Región Metropolitana Ceiba, Atlántida; [2]Médico en servicio social, Hospital de Occidente; [3] Pediatra Neonatologa, Hospital de Occidente.

Antecedentes: La ictiosis es una entidad clínica, genética, poco frecuente a nivel mundial 1:300,000 nacimientos. El niño puede iniciar como un bebé colodión, aspecto de envoltura en celofán. El pronóstico no está determinado, puede evolucionar a curación espontánea en 4-24% de los casos luego de 3 meses, a ictiosis lamelar 50% casos, eritrodermia congénita no ampollosa 11% o hacia formas más raras. **Caso clínico:** Se recibe en la emergencia neonato, por parto extrahospitalario en vehículo de 46 minutos de vida. Madre de 28 años, acusa estado de "rubicundez "extrema al nacimiento y antecedente de un hijo muerto por la misma condición. Asistió a controles prenatales nunca se realizó USG obstétrico. Se ingresa recién nacido con signos vitales estables sin dificultad respiratoria a UCIN. Paciente con bajo peso de 2.1 kg, microcefalia, presenta en piel envoltura superficial, transparente con grietas en zonas de flexión y eritrodermia difusa. Con ectropión bilateral y eclabión. Se le realizo rayos X al ingreso se observó infiltrados neumónicos en pulmón derecho. Se ingresa con cobertura antibiótica, con aplicación de crema hidratante, buen manejo hidroelectrolítico y manipulación estéril. A los 4 días de vida la envoltura empezó a descamarse en láminas con persistente hiperqueratosis y eritrodermia. A los 14 días de vida con piel extremadamente seca, escamosa plana con bordes semidespegados, hiperqueratosis palmoplantar con fisuración. El ectropión y eclabión fueron resolviendo paulatinamente. Se dio de alta a los 23 días de vida con cuadro infeccioso resuelto con leve rubicundez y leves placas descamativas. Se realizó USG transfontanelar que no reporto anomalías. **Conclusiones/Recomendaciones:** Caso interesante con antecedente de hermano muerto con misma patología. Coincide con la clínica de un bebé colodión con evolución hacia una ictiosis laminar sin embargo podría ser una ictiosis autoresolutiva, dependerá del tiempo y una biopsia para establecer el diagnóstico.

TL108. HERNIA DIAFRAGMÁTICA CONGÉNITA DERECHA EN UN PACIENTE DEL HOSPITAL DE OCCIDENTE. Cindy Williams[1], Miriam Argüelles[1], Astrid Sevilla[2], YasminChavez[3], Elizabeth Nuñez[4]. [1]Médicos en servicio social, Hospital de Occidente; [2]Médico en servicio social, región metropolitana, Ceiba, Atlántida; [3]Pediatra Neonatóloga, Hospital de Occidente, Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales; [4]Asesor Metodológico

Antecedentes: La hernia diafragmática congénita es una malformación debido al cierre incompleto de la membrana pleuroperitoneal, con alta tasa de morbimortalidad y sintomatología respiratoria severa en periodo neonatal. Es debido a grados variables de hipoplasia e hipertensión pulmonar. Ocurre alrededor de 1/2000-5000 recién nacidos vivos, de los cuales el 85-90% se produce en el lado izquierdo y solo un 10-15% lado derecho. **Caso clínico:** Paciente de 17 años, primigesta, da a luz por vía vaginal producto vivo, masculino, de 2200 gramos, con Apgar 8/9, sin complicaciones. A las 7 horas de vida inicia con cianosis generalizada, tiraje intercostal, aleteo nasal, quejido espiratorio, desaturación de oxígeno a 70%. Ingresa a unidad de cuidados intensivos con falla ventilatorio. Radiografía de tórax muestra reducción del parénquima pulmonar en el hemitórax derecho, considerándose Neumonía severa, nueva radiografía, horas después, muestra presencia de asas intestinales en la cavidad torácica derecha, confirmándose con hallazgos ecográficos el diagnóstico de hernia diafragmática derecha. Se solicita traslado a hospital de mayor complejidad, pero no se pudo realizar por falta de cupo en UCI pediátrica. Se dio manejo con relajantes neuromusculares y opioides para evitar mayor eventración de asas. Cursó con hipertensión pulmonar persistente indicando para ello sildenafil y dobutamina. Presento inestabilidad hemodinámica muriendo por choque cardiogénico a los 5 días. **Conclusiones/Reco-**

mendaciones: Caso difícil por su presentación clínica. No logro realizarse su traslado al hospital de referencia donde podían realizar la cirugía correctiva, falleciendo a pesar de tener buen pronóstico de vida.

TL109. SINDROME DE EDWARDS EN HOSPITAL DE OCCIDENTE. Astrid Sevilla[1], Miriam Argüelles[2], Cindy Williams[2], Yasmin Chavez[3]. [1]Médico en servicio social, Región Metropolitana, Ceiba, Atlántida; [2]Médico en servicio social, Hospital de Occidente; [3]Pediatra Neonatóloga, Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales, Hospital de Occidente.

Antecedentes: El Síndrome de Edwards es una anomalía cromosómica caracterizada por la presencia de una copia adicional del cromosoma 18, resultando un síndrome polimorformativo con alta tasa de mortalidad. Es la segunda trisomía más frecuente después del síndrome de Down y afecta a todas las razas y zonas geográficas, con incidencia de 1-6000 a 1-13000 nacidos vivos. Más frecuente en madres añosas, y producto del sexo femenino**. Caso clínico:** Paciente de 41 años, Gesta 5, un aborto, con 8 controles prenatales, sin ultrasonidos obstétricos. Nace producto del sexo femenino, con APGAR 7/9, de 2118 gramos, con perímetro cefálico 31cm. Fue ingresado a unidad de cuidados intermedios neonatal por presentar características anormales: occipucio prominente, diámetro frontal estrecho, fisuras palpebrales cortas, hipotelorismo, orejas de implantación baja, nariz corta, micrognatia, paladar ojival, cuello corto, espacio inter mamilar grande, esternón corto, manos con superposición del 2do dedo sobre el 3ero y del 5to sobre el 4to dedo, hipoplasia de uñas, cadera angosta, hirsutismo, piel marmórea. Rayos x de tórax muestra cardiomegalia grado cuatro e infiltrado en parénquima pulmonar derecho; ultrasonido abdominal muestra derrame pleural derecho sin alteración abdominal. Al tercer día presentó falla ventilatoria; se manejó con ventilación mecánica, falleciendo a los 5 días. **Conclusiones/Recomendaciones:** El Síndrome de Edwards constituye una patología cromosómica rara, con amplia afección de órganos y sistemas, que requiere de manejo multidisciplinario y estudios genéticos.

TL110. TOXOPLASMOSIS OCULAR ADQUIRIDA Y SU RELACIÓN CON LA DIABETES MELLITUS: REPORTE DE CASO. Delmy Castillo Alvarez[1], Abraham Garcia[2]. [1]Médico Especialista en Medicina Interna, Médico Asistencial en Instituto Nacional del Diabético, Asistencia Privada en Clínicas CLIMEDENTY, Docente por hora en UNITEC; [2]Médico Especialista en Oftalmología, Instituto Nacional del Diabético.

Antecedentes: La toxoplasmosis es una enfermedad de distribución universal producida por la infestación del protozoo intracelular *Toxoplasma gondii*. Es considerada una zoonosis que dentro de sus diferentes presentaciones se encuentra la forma ocular, cuyo diagnóstico es predominantemente clínico. **Caso clínico:** Paciente femenina de 23 años, procedente de Choluteca; Antecedentes de Diabetes mellitus tipo 1, con mal control glucémico, hemoglobina Glicosilada 1Ac 13.5%. Refiere disminución de la visión de una semana de evolución. En la evaluación oftalmológica se observan cambios inflamatorios del ojo derecho con eritema y alteración en la campimetría por confrontación, con una agudeza visual (AV): ojo derecho 20/150; y ojo izquierdo 20/20. blefaroespasmo, inyección ciliar y conjuntival, córnea con precipitados queraticos “en grasa de carnero”, sinequias posteriores, anillo de vossius; en el fondo de ojo se evidencia vítreo turbio con foco inflamatorio nasal superior a +/- 3 DD del nervio óptico ipsilateral. Prueba cualitativa Antitoxoplasma Positiva. Serología VIH negativa. Se inicia tratamiento antiparasitario y esteroides sistémicos con estricto control glucémico. Se evalúa un mes después de iniciado el tratamiento observando mejoría en la agudeza visual. **Conclusiones/Recomendaciones.** La hiperglicemia no controlada en la diabetes mellitus causa un estado de inflamación, aumento del estrés oxidativo y daño endotelial, brindando un estado de inmunosupresión y con ello el riesgo de infecciones por microorganismos oportunistas aumenta, tales como la infestación por *Toxoplasma gondii*, que puede producir una infestación aguda, de transmisión horizontal. Es importante destacar que a pesar de ser esta, una de las parasitosis más frecuentes que afectan al ser humano, en nuestro país son pocos los casos reportados. La presentación ocular de la toxoplasmosis conlleva múltiples diagnósticos diferenciales; la presencia cualitativa de anticuerpos antitoxoplasma y la presentación clínica, orientó al diagnóstico oportuno.

TL111. HEMORRAGIA ALVEOLAR DIFUSA SECUNDARIA A VASCULITIS SISTÉMICA ASOCIADA A ANTICUERPOS ANTICITOPLASMA DE NEUTRÓFILOS (ANCA) EN HOSPITAL REGIONAL SANTA TERESA, COMAYAGUA. Byron Cerrato Bustillo[1], Pablo Toro[2], Zonia Reyes Cruz[3]. [1]Doctor en Medicina y Cirugía, Centro Médico Comayagua Colonial; [2]Médico Especialista en Medicina Interna, Centro Médico Comayagua Colonial, Hospital Regional Santa Teresa; [3]Doctora en Medicina y Cirugía, Máster en Ciencias de la Salud con Orientación en Salud Pública y Epidemiología, Especialista en Administración de Servicios de Salud.

Antecedentes: La Hemorragia Alveolar Difusa (HAD) es un síndrome clínico que se manifiesta generalmente con hemoptisis, anemia y presencia de infiltrados en la radiografía de tórax por la presencia de sangre en los espacios alveolares dístales, sin que se pueda identificar ninguna anormalidad endobronquial. Tiene una incidencia 0.1 en un millón. Es una patología grave que produce daño en la microcirculación alveolar con origen en pulmón, secundario a un proceso infeccioso, daño alveolar difuso o vasculitis. La

principal causa es la granulomatosis de Wegener (32%), seguida por el síndrome de Goodpasture (13%), hemosiderosis pulmonar idiopática (13%), enfermedades vasculares del colágeno (13%) y poliangiitis microscópica (9%). **Caso clínico:** Paciente femenina de 41 años de edad, ingresa al HRST con 1 episodio de hematemesis de moderada cantidad de 1 día de evolución, enrojecimiento conjuntival con secreción serosa y pérdida progresiva de agudeza visual, disminución de peso, astenia y adinamia. Al examen físico presenta secreción de material purulento en ojos, pulmones ventilados sin ruidos patológicos. Laboratorialmente anemia leve normocítica normocrómica, baciloscopias negativas, hematuria microscópica, Rayos X tórax con infiltrados alveolares difusos en patrón algodonoso, Anticuerpos Antinucleares (ANA) positivo (174 U/ml). Anticuerpos Anticitoplasma de Neutrófilos (ANCA): positivo. Se inicia terapia con esteroides a dosis plena y ciclofosfamida, presentando mejoría clínica, dada de alta en 1 semana con resolución de síntomas en buen estado general. **Conclusiones/Recomendaciones:** Este es un caso de Hemorragia Alveolar Difusa secundario a Vasculitis sistémica probable síndrome pulmón-riñón con evolución satisfactoria. A pesar de ser una patología de baja incidencia, se debe tener una duda diagnostica en aquellos pacientes que se presentan con cuadros clínicos compatibles con hemoptisis, anemia e infiltrados pulmonares en patrón difuso, demostrando que un diagnóstico oportuno y el manejo eficaz mejoran el pronóstico del paciente con evolución satisfactoria hasta en un 91%.

TL112. SÍNDROME DE MARCUS GUNN: A PROPÓSITO DE UN CASO. HOSPITAL GENERAL SAN FELIPE. Roberto A. Matamoros[1], Nicolle A. Ruiz[2]. [1]Médico especialista en oftalmología, UNAH Facultad de Ciencias Médicas, Servicio de Oftalmología del Hospital General San Felipe; [2]Médico Residente de I año del Posgrado de Oftalmología, Hospital General San Felipe, Tegucigalpa.

Antecedentes: Síndrome de Marcus Gunn está presente entre el 2 y 13% de pacientes con ptosis congénita. Frecuentemente se debe a conexiones neurológicas aberrantes que provocan sincinesia entre el musculo pterigoideo y el elevador del párpado superior al estimularlo por el movimiento de masticación. No requiere pruebas adicionales para la confirmación, sin embargo, la electromiografía puede ser útil para identificar los nervios afectados. El Síndrome de Marcus Gunn se maneja conservadoramente, junto con la corrección de la ambliopía, de estar presente. La corrección quirúrgica se considerará dependiendo de la funcionalidad del paciente. **Caso clínico**: Paciente masculino de seis años, sin antecedentes personales o familiares patológicos. Desde el nacimiento se observa ptosis izquierda acompañado de elevación involuntaria del parpado ipsilateral al realizar movimientos de masticación. Al examen se encuentra abertura palpebral sin función del musculo frontal de OD: 9mm OI: 6mm, agudeza visual 20/30, presión intraocular de 10mmHg, movimientos extraoculares normales en ambos ojos. Al examen en biomicroscopía de ambos ojos: conjuntiva y cornea clara, cámara anterior formada, iris café, pupila normo reactiva, fondo de ojo sin alteración. En ojo Izquierdo, hay ausencia de pliegue palpebral. No fueron necesario exámenes laboratoriales ya que el Síndrome de Marcus Gunn es totalmente clínico. **Conclusiones/Recomendaciones:** Patología poco frecuente, normalmente subdiagnosticada, que debe ser diferenciada de Marcus Gunn inverso y Síndorme de Marin-Amat.

TL113. PRESENTACION ATIPICA DE INFECCION POR TOXOPLASMOSIS: REPORTE DE CASO TEMBLOR DE HOLMES. Pablo Rodríguez[1], Javier Lagos[2], Alba Cabrera[3], Ana Trochez[4]. [1]Médico Especialista en Neurología, Servicio de Neurología, Hospital Escuela Universitario; [2]Médico Residente de III año del Posgrado de Neurología, Hospital Escuela Universitario; [3]Médico General en Medicina y Cirugía, Facultad de Ciencias Médicas; [4]Médico en Servicio Social, Facultad de Ciencias Médicas.

Antecedentes: El temblor de Holmes es un síndrome que se caracteriza por temblor de reposo y acción, aparece de la contracción muscular rítmica proximal y distal a baja frecuencia (<5 Hz), aumenta durante movimiento activo y desaparece durante el sueño. Se asocia a daño mesencefálico y en pacientes con VIH-SIDA e infecciones oportunistas. Considerado síndrome raro, con prevalencia global de 29 casos, 2 por SIDA. En Honduras sin casos reportados. **Caso clínico:** Paciente masculino de 33 años, con antecedente de drogadicción, múltiples episodios febriles y cefalea; evaluado por episodio convulsivo único focal. Al examen neurológico con Glasgow de 14, anisocoria por midriasis, oftalmoplejía y ptosis en ojo derecha, déficit motor en hemicuerpo izquierdo y signo de babinski presente en miembro inferior izquierdo, signos meníngeos positivos, temblor estático y cinético en miembro superior e inferior izquierdo, irregular y de gran amplitud. Tomografía cerebral no contrastada muestra lesión hipodensa redondeada en región mesencefálica a nivel de colículos superiores en tegmento mesencefálico con edema perilesional. Hemograma con leucocitosis a expensas de polimorfonucleares. Punción lumbar acelular, hiperproteinorraquia e hipoglucorraquia. Anticuerpos IgG para toxoplasmosis, serología para VIH, antígeno para criptococosis y tinta china positivos. Cumplió tratamiento con antirretrovirales, pirimetamina, clindamicina, ácido folínico, Anfotercina B liposomal, además anticomiciales y esteroides. Paciente no continuó seguimiento. **Conclusiones/Recomendaciones:** Las infecciones oportunistas del SNC como toxoplasmosis y criptococosis que acompañan al VIH-SIDA pueden coincidir en el inicio y evolución del temblor de Holmes. Es primer caso reportado en nuestro país que se presenta con inicio agudo, déficit focal por lesión única en mesencéfalo, con un temblor secundario que cedió solamente al manejo dopamimetico. Se recomienda identificar las coinfecciones como patrón asociado al diagnóstico y tratamiento precoz del temblor.

TL114. EXPERIENCIA EN NEUROCIRUGÍA ENDOSCÓPICA. Osly Javier Vásquez Ávila, neurocirujano Hospital Escuela Universitario, Tegucigalpa.

Antecedentes: El uso de la endoscopia en neurocirugía ha tenido un desarrollo acelerado a nivel mundial, en nuestro país comenzó en 1996 con la resección de quistes de neurocisticercosis intraventricular en el Hospital Nacional de San Pedro Sula. **Casos clínicos:** En el 2001 se comenzó en Tegucigalpa con los primeros casos de tercerventricolostomía para hidrocefalia congénita. En julio del 2005 se comenzó con la cirugía endoscópica de hipófisis. En el año 2012 se realizó la exéresis del primer tumor de ángulo pontocerebeloso, vía endoscópica. En el 2014 se inició con el abordaje de quistes aracnoideos con abordaje mínimo, resección de craneofaringiomas, clipaje de aneurisma y otras patologías. Desde el 2011 hasta el 2108 se han realizado 114 procedimientos neuroendoscópicos: 9 tercerventriculostomías; 92 resecciones de adenomas de hipófisis; 1 clipaje de aneurisma; 2 resecciones de craneofaringiomas; 1 resecciones de tumor del ángulo pontocerebeloso; 6 tumores intraventriculares; y 3 comunicaciones de quistes aracnoideos. **Conclusiones/Recomendaciones:** La experiencia adquirida durante 18 años nos ha permitido desarrollar técnicas endoscópicas universales con resultados clínicos favorables que permiten una rápida recuperación, menor estadía hospitalaria y menor riesgo de déficit neurológico.

TL115. PROYECTO DE INTERVENCION PARA REDUCIR RIESGOS HIGIENICO INDUSTRIALES Y MUSCULOESQUELÉTICOS EN ÁREA DE SÓLIDOS, EN LA COMPAÑÍA FARMACÉUTICA PHARMAÉTICA, EN TEGUCIGALPA, HONDURAS, 2016. Víctor Manuel Cruz Andino. Médico Epidemiólogo, Salubrista, Salud Ocupacional, Gerente General de Clínica Médica Dr. Víctor Cruz, Gerente general de CEISOC (Centro Integral de Salud Ocupacional).

Antecedentes: Según la OIT (Organización Internacional del Trabajo), cada año 317 millones de personas presentan accidentes del trabajo en el mundo y 2,34 millones de personas mueren debido a accidentes o enfermedades profesionales, lo que ha motivado al desarrollo de estrategias hacia la promoción y prevención de del bienestar de los trabajadores. La Higiene Ocupacional y seguridad laboral brindan una serie de actividades para proteger a los trabajadores, donde los países desarrollados están implementando estas prácticas en las empresas; por otro lado, en la mayoría de los países de América Latina incluyendo Honduras, la práctica de estas actividades ha sido muy limitada. **Descripción de la experiencia:** Se efectuó un diagnóstico de riesgos en el área de sólidos de la empresa y los factores que están expuestos los trabajadores son: riesgos físicos (ruidos e iluminación), químicos (particulado), disergonómicos, psicosociales y factores de seguridad. Esto facilita accidentes y enfermedades que afecta la salud y bienestar de los trabajadores. Entre las patologías comunes encontradas las más frecuentes fueron las respiratorias, y además se reportaron algunos accidentes laborales. Se realizó, con la gerencia, una priorización de riesgos encontrados, se concluyó intervenir los riesgos físicos (ruidos e iluminación), químicos (particulado) y musculoesqueléticos; se efectuó un plan de intervención que ayude a disminuir los accidentes y enfermedades laborales. Las actividades están dirigidas a realizar controles de ingeniería, controles administrativos, métodos y técnicas de trabajo. Finalmente, se presentó un presupuesto para actividades que se ejecutaran. **Lecciones aprendidas:** Es fundamental involucrar a la gerencia general para el desarrollo de un programa de Salud Ocupacional en las empresas. La capacitacion de los colaboradores de la empresa es necesaria para prevenir accidentes laborales y enfermedades ocupacionales. Es necesario que toda empresa tenga un IPER (Identificacion de peligros y evaluacion de riesgos), para generar las acciones preventivas correspondientes.

TL116. JORNADAS CIENTÍFICAS Y CONGRESOS DE INVESTIGACIÓN: PROMOVIENDO Y DIVULGANDO LA INVESTIGACIÓN DESDE LA UNIDAD DE INVESTIGACIÓN CIENTÍFICA, FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS, UNAH, 1993-2019. Mauricio Gonzales[1] Jackeline Alger[2] [1]Licenciado en Informática; [2]MD, PhD, Unidad de Investigación Científica, Facultad de Ciencias Médicas, UNAH.

Antecedentes: La Unidad de Investigación Científica (UIC) contribuye al desarrollo de la investigación para la salud desde la Facultad de Ciencias Médicas (FCM), UNAH, a través de la gestión del conocimiento científico, tecnológico, humanístico y ético (https://fcm.unah.edu.hn/uic/). Esta gestión es facilitada a través de la promoción de la investigación y divulgación científica que se cumplen mediante los eventos anuales, Jornada Científica y Congreso de Investigación de las Ciencias de la Salud. **Descripción de la experiencia:** Desde 1993 se han realizado 26 jornadas científicas y 13 congresos de investigación http://www.bvs.hn/php/level.php?lang=es&component=59&item=12). Cada evento desarrollado ha contado con investigadores que han participado exponiendo trabajos libres de acuerdo a tres categorías (científica, clínica, experiencia) y con conferencistas invitados en diferentes modalidades (magistral, simposio, foro, mesa redonda). Los trabajos libres son aceptados mediante un proceso de revisión por pares, convocados a través de lineamientos específicos. En el periodo 2008-2018 se cuantificó un promedio de 10 conferencias magistrales (rango 2-23) y 47 trabajos libres (rango 26–71). El programa científico y los resúmenes se han presentado como memoria compendio del evento y más recientemente como suplemento de la Revista de la FCM UNAH (http://www.bvs.hn/RFCM/html5/). Se han realizado 10 homenajes dirigidos a profesionales destacados de la medicina (7), enfermería

(1), parasitología (1) y ciencias sociales (1). En los últimos 9 años, se ha contado con eventos pre-Jornada (cursos, talleres, paneles, otros) y diversas actividades socioculturales. **Lecciones aprendidas:** La estructura y contenido de estos eventos científicos demuestran cómo se ha promovido la presentación de trabajos de investigación inéditos. Aunque se ha contado con participación amplia y representativa del sector salud del país, es necesario el apoyo institucional al más alto nivel para favorecer la participación del grado y postgrado, estudiantes y docentes, como una estrategia de fortalecer la investigación ética y de calidad en la FCM UNAH.

TL117. PIENSA PRIMERO: PROGRAMA DE PREVENCIÓN DE TRAUMA. Ángel Velásquez[1], Ena Isabel Miller[1], Jorge Eduardo Ortega[1], Ruth Nohemi Mendoza Lopez[2], Cristian Janir Hernandez Bronfield[2], Paola Alejandra Ratliff Subillaga[2]. [1]Neurocirujanos, miembros de la Asociación Hondureña de Cirugía Neurológica; [2]Estudiantes de Medicina UNICAH, San Pedro Sula.

Antecedentes: Este programa de prevención del trauma va dirigido a los diferentes grupos etarios para tratar de evitar los incidentes de trauma frecuentes en su edad. Se realizan campañas de concientización en las escuelas, colegios, universidades, centros de trabajo, fuerzas vivas de la comunidad, y todo grupo que pueda beneficiarse de la información o servir de agente multiplicador. **Descripción de la experiencia:** En Honduras se comenzó a desarrollar el programa en el mes de enero del año 2017 impartiendo charlas de concientización en las escuelas, colegios, universidades, cruz roja, bomberos, y diferentes instituciones de la empresa privada, Se contó con la participación de personas e instituciones como la Asociación Hondureña de Cirugía Neurológica, personas que han sufrido algún tipo de trauma y han quedado con discapacidades conocidos como VIP, maestros, estudiantes de medicina, hospitales privados, empresa privada y actualmente se han elaborado folletos y videos. Hasta mayo del 2019 se han realizado 191 conferencias para aproximadamente 10,000 personas, la mayoría alumnos, en el departamento de Cortes, Santa Barbara, Yoro y Francisco Morazán. El personal de Piensa Primero, todos voluntarios, actualmente es de 50 miembros incluyendo a los VIP, que nos comparten sus experiencias. **Lecciones aprendidas:** La receptividad de los estudiantes de las diferentes centros de estudio y su entusiasmo en ser factores de cambio en favor de la prevención ha sido muy alta. Las bases están puestas para que este programa siga creciendo y se consolide como un estilo de vida, con lo cual se reduzca significativamente todo trauma que pueda ser prevenible.

ÍNDICE POR AUTOR

Aguilar, C. TL91/ TL98
Aguilar, D. TL28
Aguilera, R. TL34
Alger, J. TL16,47,50,52,116
Almazán, J. TL17
Alvarenga. L. CM22/ CM24
Alvárez, A. CM83
Argüelles, I. TL35
Argüelles, M. TL103/ TL104
Arias, M. TL71
Arita, O. TL21/ CM88
Ávila, M. TL09
Borjas, G. TL106
Bulnes, J. TL61
Caballero, D. TL14
Carías, A. TL01/ TL02
Casco, E. TL39
Castejón, O. TL25
Cerrato, B. TL111
Chang, M. TL105
Chávez, J. CM75
Chinchilla, C. TL29
Chinchilla, D. CM67
Colindres, G. TL75
Corrales, B. TL31
Cruz, M. TL101
Cruz, V. TL115
Domínguez, L. TL66
Dubois, L. TL22
Erazo, K. TL78/ CM103
Escoto, K. TL07
Espinoza, E. TL50
Estrada, G. TL63
Fernández, E. TL10
Fisher, R. TL100/ TL41
Flores, A. CM58
Fugón, V. TL97
Funez, E. CM115
Gáleas, R. TL82/
Galo, S.F. TL64/ TL04
García, E. TL83
García, J. CM27
García, J. A. TL65
Garmendia, I. TL11
Gavidia, K. TL15
Gómez, J. D. CM17/ CM19
Gonzales, M. TL116
Guardado, G. TL54
Hernández, E. TL26/ TL86
Izaguirre, A. TL73/TL59
Ledoux, S. TL40
Licona, L. TL76
López, K. TL42
López, Sa. TL43/ TL44
López, Su. TL62
Lujan, K. TL20
Madrid, N. TL30
Maldonado, J. TL87
Maldonado, C. CM93,96,101,104
Maltez, Z. TL19
Maradiaga, R. TL93
Martel, B. TL08
Martínez, E. TL06
Martínez, P. M. TL80
Martínez, P.A. L79
Martínez, R. TL18/ TL46
Martínez, S. CM94
Matamoros, R. TL112
Medina, C. TL45
Mejía, A. TL24
Mejía, C. CM111
Montoya, S. TL72
Murillo, A. TL88
Navarro, K. CM03/ CM05
Nazar, E. TL57
Ortega, A. TL94
Ortega, J. CM28
Ortiz, A. TL68
Osejo, M. TL99
Pavón, D. TL23
Pineda, H. TL36
Pinto, M. L. TL49/ TL51
Ponce, O. CM106
Portillo, K. TL58
Portillo, P. TL67
Portillo, S. TL55/ TL53/ CM112

Ramos, I.	TL47
Raudales, E.	TL84
Rivas, A.	TL90
Rodríguez, P.	TL113
Rodríguez, S.	TL13
Salomón, K.	CM59
Sandoval, K.	TL03
Segura, I.	CM45
Sevilla, A.	TL107/ TL109
Sierra, M.	TL38/ TL69
Solorzano, S.	TL92/ TL102
Tinoco, B.	TL27
Toledo, M.	TL05
Toro, V.	TL95
Torres, R.	TL74/ TL56
Urrutia, O.	TL37
Valle, A.	TL85
Vaquedano, I.	TL12
Varela, I.	TL96
Vásquez, O.	TL114
Velásquez, Á.	TL117
Velásquez, B.	TL60
Videa, E.	TL32/ TL33
Villalobos, A.	TL89
Williams, C.	TL108
Zuniga, C.	TL48/ TL81
Zúniga, I.	TL77
Zúñiga, L.	CM63

LXIII CONGRESO MEDICO NACIONAL

La Ceiba, 8-11 de julio de 2020

Tema Central
Oportunidades, Limitaciones y Desafíos de la Medicina Actual en Honduras

Homenaje a
Dr. Leopoldo F. Díaz Solano

COMITE ORGANIZADOR

Presidenta: Dra. Claudia Maradiaga
Secretaría: Dra. Ingrid Medina
Tesorera: Dra. Laura Navarro

Comité Científico:

1. Dr. Nelson Bobadilla (Coordinador)
2. Dra. Daysi Diaz
3. Dra. Ileana Rosales
4. Dr. Mario Mejía Ferrari
5. Dr. Maynor Saavedra

Comité Logística:

1. Dra. Ninfa Germer (Coordinadora)
2. Dra. Melissa Aguilar
3. Dra. Esther Irías
4. Dr. Melissa Martínez
5. Dra. Stephanie Videa
6. Dr. José Vallejo

Sub - Comité Alimentación – Alojamiento – Transporte:

1. Dra. Yolani Alas (Coordinadora)
2. Dr. Ricardo Portillo
3. Dr. Bryan Mejía

Comité Sociales:

1. Dr. Edward Buchanan (Coordinador)
2. Dra. María Elena Durón
3. Dr. Jerry Sabio
4. Dr. Suamy Bermúdez
5. Dr. José Gonzales
6. Dr. Ernesto Membreño
7. Dr. Mario Becerra

Comité Publicidad y Propaganda:

1. Dra. Helen López (Coordinadora)
2. Dra. Daniela Lobo
3. Dra. Gracia Sánchez
4. Dra. Vicky Rivera
5. Dr. Cesar Antúnez
6. Dra. Jansy Reyes
7. Dra. Eymi Polanco

INSTRUCCIONES PARA AUTORES

PREPARACIÓN DE RESÚMENES (TRABAJOS LIBRES Y CONFERENCIAS) DEL CONGRESO MÉDICO NACIONAL AÑO 2020

Lea las instrucciones antes de comenzar a llenar el formato del resumen y revise ejemplos publicados en el Suplemento del Congreso Médico Nacional de la Revista Médica Hondureña del año anterior, el cual puede obtener en www.colegiomedico.hn o www,bvs.hn. Los resúmenes de las Conferencias y Trabajos Libres aceptados para presentación serán publicados en el Suplemento del Congreso Médico Nacional de la Revista Médica Hondureña. La Revista Médica Hondureña está indizada internacionalmente por lo que es indispensable que todos los expositores se apeguen a las instrucciones, en cuanto a formato y tiempo, al momento de escribir y enviar el resumen. No se aceptarán resúmenes que no cumplan con los requisitos señalados. El proceso de revisión de los resúmenes presentados se fundamenta en las *Recomendaciones para la Conducta, Informe, Edición y Publicación de Trabajos Académicos en Revistas Médicas* (disponible en http://www.icmje.org/recommendations/, acceso junio 2019).

1. Los Trabajos Libres deben **ser inéditos (no publicados)**
2. Puede participar en cualquiera de las siguientes tres categorías:

Trabajos Científicos. Cuentan con un diseño metodológico

- Estudios Observacionales:
  - ♦ Descriptivos (Transversal o Prevalencia; Longitudinal o Incidencia)
  - ♦ Analíticos (Caso-Control; Cohorte; Transversal de Asociación)
- Estudios Experimentales:
  - ♦ Ensayos Experimentales
  - ♦ Ensayos Clínicos
- Estudios Cualitativos

Trabajos Clínicos. Describen uno o más casos clínicos

- Caso Clínico; ejemplo:
  - ♦ Presentaciones clínicas típicas de enfermedades poco frecuentes
  - ♦ Presentaciones atípicas de enfermedades comunes
  - ♦ Problemas en diagnóstico y/o terapéutica
- Serie de Casos Clínicos; ejemplo:
  - ♦ Colección de casos clínicos de enfermedades endémicas o epidémicas cuyo análisis permita realizar una caracterización clínica y epidemiológica de la patología en cuestión.

Trabajos Experiencia en Salud Pública o Experiencia Educativa. Describen experiencias exitosas e innovadoras en el campo de la salud pública o de la educación, en el ámbito institucional y/o comunitario; ejemplo:

- Evaluación de programas o proyectos
- Experiencias en prevención, control, rehabilitación
- Programas académicos

3. Debe completar el resumen de acuerdo a las secciones descritas en el formato proporcionado según la categoría del trabajo libre.

4. Los resúmenes no incluyen cuadros, figuras ni referencias. Tienen un límite de 300 palabras sin incluir título, autor(es) y afiliación institucional.

5. Las modalidades de presentación de los trabajos libres serán, bajo criterios de selección del Comité Científico:
   - **Cartel (Poster)**
   - **Presentación oral**

Los lineamientos para estas presentaciones se notificarán posteriormente.

6. Los trabajos libres serán premiados. Los parámetros de calificación a tomar en cuenta en la aceptación de los trabajos y su premiación, incluyen los siguientes:

a. Mérito Científico: complejidad del diseño metodológico y extensión de la población estudiada (Trabajo Científico); alcance de la documentación para describir el caso(s) clínico(s) desde el punto de vista básico, clínico, epidemiológico (Trabajo Clínico); alcance de la documentación para describir la experiencia desde el punto de vista de salud pública y/o académica (Trabajo Experiencia).
b. Relevancia: institucional, nacional, regional, mundial.
c. Equipo Investigador: colaborativo inter-institucional, inter-sectorial, nacional, internacional.
d. Para los trabajos aceptados, se evaluará la calidad de la presentación (Cartel o presentación oral): claridad y organización en la presentación de la información, dominio del tema, dominio en la interacción con la audiencia.

7. Los Trabajos Libres aceptados para presentación, serán publicados en el compendio de resúmenes del congreso.

8. Para la obtención de diploma de expositor y asistencia a este evento científico, debe registrarse y pagar cuota de inscripción.

9. Los autores deben declarar los conflictos de interés en relación al trabajo libre que se está sometiendo, de acuerdo al formato proporcionado.

FECHA LÍMITE PARA RECEPCIÓN DE RESÚMENES: **31 de Marzo de 2020**

A. TRABAJO LIBRE CATEGORÍA CIENTÍFICO

TÍTULO DEL TRABAJO LIBRE

AUTORES Y AFILIACIÓN INSTITUCIONAL DE LOS AUTORES
Nombre (Si es más de un autor, subraye el nombre del expositor), grado académico, instituciones a la que pertenecen los autores (nombre del departamento o unidad, nombre de la institución, nombre del estado/provincia/departamento, nombre del país.

DATOS DEL EXPOSITOR
Nombre, grado académico, país, ciudad, dirección postal, teléfono, correo electrónico

PRESENTACIÓN
Marque la modalidad de presentación de su preferencia:
Cartel_____
Oral _____

RESUMEN COMO APARECERÁ EN LA PUBLICACIÓN
Utilice letra Times New Roman punto 12, interlineado sencillo, escritura continua, hasta un máximo de 300 palabras (excluyendo título, autores, afiliación institucional).

TÍTULO DEL TRABAJO
En la primera línea, con bloque de mayúsculas y letra negrita

AUTORES E INSTITUCIONES
Inmediatamente en la línea siguiente, subrayando el nombre del expositor.
El orden será: nombres de todos los autores, especialidad e institución de cada autor indicada por superíndice

Tanto el título como los autores e instituciones van en un solo párrafo.

CUERPO DEL RESUMEN
Escriba el cuerpo del Resumen en el siguiente párrafo.
Debe contener las secciones descritas a continuación: Antecedentes, Objetivo, Metodología, Resultados y Conclusiones/ Recomendaciones.

Declaración de Conflictos de Interés: ver formulario

FECHA LÍMITE PARA ENVÍO DE RESÚMENES: **31 de marzo de 2020**

B. TRABAJO LIBRE CATEGORÍA CLÍNICO

TÍTULO DEL TRABAJO LIBRE

AUTORES Y AFILIACIÓN INSTITUCIONAL DE LOS AUTORES
Nombre (Si es más de un autor, subraye el nombre del expositor), grado académico, instituciones a la que pertenecen los autores (nombre del departamento o unidad, nombre de la institución, nombre del estado/provincia/departamento, nombre del país.

DATOS DEL EXPOSITOR
Nombre, grado académico, país, ciudad, dirección postal, teléfono, correo electrónico

PRESENTACIÓN
Marque la modalidad de presentación de su preferencia:
Cartel_____
Oral _____

RESUMEN COMO APARECERÁ EN LA PUBLICACIÓN
Utilice letra Times New Roman punto 12, interlineado sencillo, escritura continua, hasta un máximo de 300 palabras (excluyendo título, autores, afiliación institucional).

TÍTULO DEL TRABAJO
En la primera línea, con bloque de mayúsculas y letra negrita

AUTORES E INSTITUCIONES
Inmediatamente en la línea siguiente, subrayando el nombre del expositor.
El orden será: nombres de todos los autores, especialidad e institución de cada autor indicada por superíndice

Tanto el título como los autores e instituciones van en un solo párrafo.

CUERPO DEL RESUMEN
Escriba el cuerpo del Resumen en el siguiente párrafo.
Debe contener las secciones descritas a continuación: Antecedentes, Descripción del Caso/Serie de casos (criterios clínicos, criterios epidemiológicos, laboratorio, manejo, desenlace), Conclusiones/Recomendaciones.
Declaración de Conflictos de Interés: ver formulario

FECHA LÍMITE PARA ENVÍO DE RESÚMENES: **31 de marzo de 2020**

C. TRABAJO LIBRE CATEGORÍA EXPERIENCIA

TÍTULO DEL TRABAJO LIBRE

AUTORES Y AFILIACIÓN INSTITUCIONAL DE LOS AUTORES
Nombre (Si es más de un autor, subraye el nombre del expositor), grado académico, instituciones a la que pertenecen los autores (nombre del departamento o unidad, nombre de la institución, nombre del estado/provincia/departamento, nombre del pais

DATOS DEL EXPOSITOR
Nombre, grado académico, país, ciudad, dirección postal, teléfono, correo electrónico

PRESENTACIÓN
Marque la modalidad de presentación de su preferencia:
Cartel_____
Oral _____

RESUMEN COMO APARECERÁ EN LA PUBLICACIÓN
Utilice letra Times New Roman punto 12, interlineado sencillo, escritura continua, hasta un máximo de 300 palabras (excluyendo título, autores, afiliación institucional).

TÍTULO DEL TRABAJO
En la primera línea, con bloque de mayúsculas y letra negrita

AUTORES E INSTITUCIONES
Inmediatamente en la línea siguiente, subrayando el nombre del expositor.
El orden será: nombres de todos los autores, especialidad e institución de cada autor indicada por superíndice

Tanto el título como los autores e instituciones van en un solo párrafo.

CUERPO DEL RESUMEN
Escriba el cuerpo del Resumen en el siguiente párrafo.
Debe contener las secciones descritas a continuación: Antecedentes, Descripción de la experiencia, Lecciones aprendidas.

Declaración de Conflictos de Interés: ver formulario

FECHA LÍMITE PARA ENVÍO DE RESÚMENES: **31 de marzo de 2020**

I. DECLARACIÓN DE CONFLICTO DE INTERESES FINANCIEROS

Las actividades que pueden generar conflicto de intereses son aquellas en las que el juicio profesional sobre un interés primario, como la seguridad de los pacientes o la validez de la investigación, puede estar afectado por otro interés secundario, como el beneficio financiero, promoción personal o profesional. En este sentido, he leído y comprendo el código de declaración de conflicto de intereses. En el siguiente documento declaro los intereses con la industria de la salud y aquellas situaciones que podrían afectar mis actuaciones dentro del proceso al que he sido invitado a participar. Esta declaración hace recuento de los vínculos y posibles intereses directos e indirectos durante los últimos dos años. Tipos de conflicto:

- **Financiero:** cuando el individuo tiene participación en una empresa, organización o equivalente, que se relaciona directamente (como socio, accionista, propietario, empleado) o indirectamente (como proveedor, asesor o consultor) con las actividades para las cuales fue convocado o requerido. Ejemplo: recibir remuneración por dictar conferencias o asesorar en aspectos específicos, se considera un potencial conflicto de intereses financiero.

- **Pertenencia:** derechos de propiedad intelectual o industrial que estén directamente relacionados con las temáticas o actividades a abordar. Ejemplo: tener la autoría de invenciones y/o ser dueño de patentes.

- **Familiar:** cuando alguno de los familiares hasta cuarto grado de consanguinidad, segundo de afinidad, primero civil, o quien esté ligado por matrimonio o unión permanente, estén relacionados de manera directa o indirecta en los aspectos financieros o de pertenencia, con las actividades y temáticas a desarrollar.

1. **Título del Resumen, Autores e Instituciones**

   _____

2. **Conflicto de intereses identificados** de acuerdo a la categoría (describa los vínculos e intereses. Si no tiene intereses, escriba ninguno).

   _____

3. ¿Existe alguna otra circunstancia que pudiera afectar su objetividad o independencia o que afecte la percepción de los demás de su objetividad o independencia? (Describa las circunstancias. Si no existen, escriba ninguna).

   _____

_____

Nombre y Firma de investigador principal en nombre del equipo de investigación

Fecha:_____