



Colegio Médico de Honduras
Centro Nacional de Educación Médica Continua
Sociedad Hondureña de Enfermedades Infecciosas

XVI Curso Nacional y **I** Congreso Nacional de Enfermedades Infecciosas *Dr. Jorge Fernández*

PROGRAMA Y COMPENDIO DE RESUMENES



Tegucigalpa, Honduras

20 y 21 de Noviembre, 2015

SOCIEDAD HONDUREÑA DE ENFERMEDADES INFECCIOSAS



XVI Curso Nacional y I Congreso Nacional de Enfermedades Infecciosas *Dr. Jorge A. Fernández V.*

PROGRAMA Y COMPENDIO DE RESUMENES

Hotel Honduras Maya

Tegucigalpa, Honduras, 20 y 21 de Noviembre, 2015

Edición

Dr. Ramón Jeremías Soto H.

Dr. Jorge A. Fernández V.

Jackeline Alger, MD, PhD

Citar como: Sociedad Hondureña de Enfermedades Infecciosas. Programa y Compendio de Resúmenes. XVI Curso Nacional y I Congreso Nacional de Enfermedades Infecciosas, Tegucigalpa, Honduras, Noviembre 2015.

CONTENIDO

Junta Directiva Sociedad Hondureña de Enfermedades Infecciosas

Introducción

Reseña Biográfica del Dr. Jorge A. Fernández V.

Programa Científico

Resúmenes de Casos Clínicos

Resúmenes de Conferencias

Conferencias Magistrales (CM)

Conferencias Mesa Redonda (CMR)

Resúmenes de Trabajos Libres

Trabajo Libre Científico (TC)

Trabajo Libre Clínico (TCL)

Patrocinadores

SOCIEDAD HONDUREÑA DE ENFERMEDADES INFECCIOSAS



JUNTA DIRECTIVA 2014 - 2016

Presidente:	Dr. Efraín Bu Figueroa
Secretaria:	Dra. Maribel Rivera
Tesorero:	Dr. Marco Tulio Luque
Fiscal:	Dra. Elsa Y. Palou
Comité Científico:	Dra. Wendy Moncada
	Dr. Tito Alvarado
	Dr. Denis Padgett
	Dr. Concepción Zúniga

Sociedad Hondureña de Enfermedades Infecciosas

Sitio web: www.bvs.hn

<http://www.bvs.hn/php/level.php?lang=es&component=35&item=4>

INTRODUCCION

La Sociedad Hondureña de Enfermedades Infecciosas (SHEI), fue creada en el año de 1984 por profesionales de la medicina interesados en el estudio, investigación, educación y difusión del conocimiento en el campo de las enfermedades infecciosas, disciplina conocida como Infectología. Treinta y un años después de aglutinar a diversas generaciones de profesionales médicos formados en la rama infectológica y otras disciplinas afines, se realiza el Primer Congreso Nacional de Enfermedades Infecciosas, que tiene como su antecedente al Curso Nacional de Enfermedades Infecciosas que inició hace casi tres décadas, el cual se ha alternado con el Curso Internacional.

La actual Junta Directiva de la SHEI, ha considerado que se cuenta con la suficiente experiencia organizativa, logística y administrativa, así como diversidad de recursos profesionales, miembros de la SHEI, con experiencia y capacidad en la disciplina de la infectología, parasitología, epidemiología, salud pública y laboratorio clínico, incluyendo la investigación clínica y epidemiológica que respaldan sólidamente el inicio y realización periódica del Congreso Nacional de Infectología, sin sacrificar la continuidad de los Cursos Nacional e Internacional.

Este 20 y 21 de noviembre del 2015, se realiza el Primer Congreso Nacional de Enfermedades Infecciosas, en el cual, se presentan trabajos de investigación, algunos con enfoque clínico otros con el epidemiológico, así como compartir experiencias y transmitir conocimientos en la atractiva presentación de diversos casos clínicos, inusuales, insólitos y sorprendentes, que sin duda contribuirán a enriquecer la objetividad clínica de los asistentes. Algunos de esos casos, incluso, producto de la nueva epidemia emergente en el continente americano y en Honduras en particular, como el síndrome febril por el virus Chikungunya. El Congreso es también ilustrado con presentación de “sesiones con el profesor experto”, en conferencias interactivas, mesas redondas sobre temas cotidianos de la práctica clínica en el consultorio externo, conferencias magistrales y otras del estado del arte. Sin duda este Primer Congreso potenciado por el XVI Curso Nacional, contribuirá sustancialmente a abrir nuevos horizontes a los investigadores, pero también a fortalecer las capacidades clínicas de los facultativos que trabajan en atención primaria, hospitales y centros académicos, sin soslayar los conocimientos que aportarán los diversos postgrados de medicina de nuestra Alma Mater.

Este evento es histórico, por ser el Primer Congreso Nacional de Enfermedades Infecciosas, el cual está dedicado a un conspicuo miembro de la SHEI, erudito intelectual, estudioso de la medicina, experimentado epidemiólogo, colaborador incansable en políticas nacionales de salud, profesor universitario de centenares de generaciones de médicos; el Dr. Jorge A. Fernández Vásquez, prominente inmunólogo clínico, investigador y uno de los miembros que desde los albores de la SHEI ha mantenido una participación creativa, sustanciales contribuciones, a nuestra sociedad, al gremio médico nacional y fundamentalmente a nuestra patria, dignificada por sus exitosos desempeños y sus sabios aportes. En unión al Instituto de Enfermedades Infecciosas y Parasitología Antonio Vidal (IAV), la SHEI rinde homenaje a este dilecto miembro.



Dr. Efraín Bu Figuerola
Presidente 2014-2016
Sociedad Hondureña de Enfermedades Infecciosas (SHEI)

RESEÑA BIOGRAFICA

DR. JORGE ALBERTO FERNANDEZ VASQUEZ



El Dr. Jorge Alberto Fernández Vásquez nació en el Municipio de San Francisco de Yojoa. Realizó sus estudios de educación primaria en la Escuela de esa la localidad. Luego, el Dr. Fernández se trasladó a Tegucigalpa a realizar los estudios de Educación Media, en el Instituto Salesiano San Miguel, ubicado en esos años en la ciudad de Comayagüela. Se graduó en noviembre de 1969 en el mencionado Instituto, obteniendo el título de Bachiller en Ciencias y Letras.

En 1970, el joven Jorge Fernández, ingresó al Centro de Estudios Generales (CUEG) de la Universidad Nacional Autónoma de Honduras (UNAH). Con vocación autentica, el Bachiller Fernández, ingresó a Pre-médica en 1971, antesala de la Escuela de Medicina a la cual ingresó en 1972 destacándose en esos años difíciles como un estudiante aplicado, puntual y dedicado lo que le valió coronar sin ningún retraso, con mucho éxito sus estudios de medicina en el año de 1978, obteniendo el título de Doctor en Medicina y Cirugía. Previamente había realizado su internado rotatorio en el año de 1976 en el Hospital General San Felipe, donde realizó su internado de Medicina Interna y Cirugía y luego en el Hospital Materno Infantil donde realizó el internado de Pediatría y Gineco-Obstetricia. El Dr. Jorge Fernández, realizó su Servicio Social en el Municipio de Olanchito, Yoro, donde descolló por su profunda y extensa proyección social más allá de las habituales actividades médicas.

En 1979, el Dr. Jorge Fernández parte hacia la ciudad de México donde obtuvo una Maestría en Salud Publica, en la Escuela de Salud Pública de México. Poco tiempo después el Dr. Jorge Fernández se traslada a España, donde realiza estudios en la especialidad en Alergia e Inmunología Clínica en la Universidad Autónoma de Madrid, obteniendo en 1985 el título de Doctor en Ciencias.

Desde su retorno a Honduras, el Dr. Fernández ha tenido como experiencia de trabajo, la gestión hospitalaria, la epidemiología, salud pública, formación de recursos humanos, investigación, bioética, y la práctica clínica en alergia e inmunología clínica. En ese amplio contexto de experiencia laboral, ha desempeñado importantes cargos en la administración pública, en la Secretaría de Salud en diversas jefaturas como la Unidad de Medicamentos, el Banco de Sangre del Hospital Escuela, el Departamento de ITS/VIH/SIDA, la Dirección General de Promoción de Salud, la Subdirección de Servicios de Apoyo del Hospital Escuela Universitario (HEU). Ha sido Asesor de la Junta de Dirección del HEU. Por muchas décadas, el Dr. Fernández ha sido Profesor Titular de la Facultad de Ciencias Médicas de la UNAH, y consultor de varias instituciones internacionales del sector salud, hasta su retiro de la actividad pública y académica el 31 de enero del año 2015.

En la actualidad el Dr. Jorge Fernández se desempeña como especialista en Alergia e Inmunología Clínica, en el Hospital Viera y como Director Médico del Centro de Salud Integral ZOE, en la ciudad de Tegucigalpa. El Dr. Fernández es miembro activo y altamente apreciado por sus compañeros de la Sociedad Hondureña de Enfermedades Infecciosas (SHEI), quienes se han unido al Instituto de Enfermedades Infecciosas y Parasitología Antonio Vidal (IAV), para rendirle este merecido homenaje al colega y amigo. *Salute Jordi!*



Sociedad Hondureña de Enfermedades Infecciosas
XVI Curso Nacional y I Congreso Nacional de Enfermedades Infecciosas
Dr. Jorge A. Fernández Vásquez

Tegucigalpa, 20 y 21 de noviembre 2015

PROGRAMA CIENTIFICO

Viernes 20 /11 /15

Hora	Tema	Conferencista	Tipo de conferencia
Moderación: Jackeline Alger			
8:00 Inauguración			
8:10	Casos clínicos: presentación y discusión de pacientes y situaciones clínicas interesantes.	Efraín Bu Tito Alvarado Jackeline Alger	Sesión interactiva
8:40	Uso racional de antibióticos en la era de resistencias bacterianas	Tito Alvarado	Conferencia magistral
9:20	Infecciones de la comunidad (Consulta externa general): ¹ ITU ² Infecciones en piel y mucosas ³ Odinofagia.	¹ Efraín Bu ² Tito Alvarado ³ Wendy Moncada	Mesa Redonda. Sesión Interactiva
Receso 10:00-10:20	Sesión de carteles: ¹ Caso Paracoccidiodomicosis ² Caso CMV ³ Caso Actinomicosis	¹ Alexa Caballero ² Guímel Peralta ³ Nereida Aceituno	Presentación de carteles
Moderación: Jorge Fernández			
10:20	Nuevos métodos diagnósticos en enfermedades infecciosas	Carlos A. Javier Z.	Conferencia magistral
11:00	Temas libres: TC.1 Enfermedad de Chagas TC.2 Clínica infrecuente dengue TC.3 Sintomático respiratorio HEU TC.4 Urticaria infecciosa	Manuel Espinoza Miurlin Peña Alejandra Álvarez Vladimir Guzmeli	Presentaciones orales cortas (15 min. c/u)
12:00 Receso			
Moderación: Tito Alvarado			
12:20	De la Inmunología a la Infectología en Honduras	Jorge A. Fernández V.	Conferencia magistral
13:00	Capacitación en ética de la investigación: plataforma The Global Health Network	Jackeline Alger	Conferencia magistral
13:30	Homenaje al Dr. Jorge A. Fernández V.	Efraín Bu	Acto especial
14:00 Cierre del primer día			



Sociedad Hondureña de Enfermedades Infecciosas
XVI Curso Nacional y I Congreso Nacional de Enfermedades Infecciosas
Dr. Jorge A. Fernández Vásquez

Tegucigalpa, 20 y 21 de noviembre 2015

PROGRAMA CIENTIFICO

Sábado 21 /11 /15

Hora	Tema	Conferencista	Tipo de conferencia
Moderación: Efraín Bu			
8:00-8:40	Casos clínicos pediátricos: presentación y discusión de pacientes y situaciones clínicas interesantes.	Marco Tulio Luque Renato Valenzuela Tito Alvarado	Sesión interactiva
8:40-9:20	Vacunas: actualidades	Marco T. Luque	Conferencia magistral
9:20-10:00	Sífilis: actualidades	Elsa Y. Palou G.	Conferencia magistral
Receso 10:00-10:20	Sesión de carteles ⁴ Caso Uveítis subaguda ⁵ Caso atípico de Chikungunya ⁶ Caso Coccidioidomicosis	^{4,5} José A. Samra ⁶ Leticia Solórzano	Presentación de carteles
Moderación: Renato Valenzuela			
10:20-11:20	Temas Libres: TC.5 Drogorresistencia VIH TC.6 Drogorresistencia paciente VIH <i>naïve</i> TC.7 Chikungunya pediátrico TC.8 Mortalidad emergencia MI	Elsa Y. Palou G. Elsa Y. Palou G. José A. Samra Laura Martínez	Presentación oral (15 min. c/u)
11:20-12:00	Infecciones en humanos que se transmiten por mascotas	Tito Alvarado	Conferencia magistral
12:00 Receso			
Moderación: Jackeline Alger			
12:20 -13:00	Infecciones en el paciente con Diabetes	Wendy Moncada	Conferencia magistral
13:00-14:00	Valoración del paciente con síndrome febril agudo, en el contexto epidemiológico nacional	Efraín Bu Renato Valenzuela	Mesa redonda
14:00 Clausura			

RESUMENES CASOS CLINICOS (CC)

CC1 CASO CLINICO DE NOCARDIOSIS DISEMINADA. Tito Alvarado, MD, MPH, MsCTM, MI. Infectólogo Interconsultante, Hospital Escuela Universitario, Tegucigalpa.

Paciente masculino de 22 años, campesino, procedente del El Paraíso (Trojes), quien ingresó a Sala de Neurocirugía, Hospital Escuela, el 30/ Agosto 2010 con historia: > 6 meses de fiebre, pérdida de peso, tos productiva y presencia de nódulos fistulizados en espalda; además, debilidad de ambos miembros inferiores con paraparesia que dificultaba su deambulaci3n. Al examen f3sico, paciente desnutrido, PA=100/60, FC=70/min, FR=20/min y T°C=37.5. En pulm3n derecho hab3a disminuci3n del murmullo vesicular. Los ruidos card3acos R1 y R2 fueron normales. El abdomen era sim3trico sin visceromegalia. Los miembros inferiores presentaban atrofia muscular y paraparesia bilateral con sensibilidad conservada. Se hizo el diagn3stico de s3ndrome medular incompleto. La resonancia magn3tica de t3rax revel3 compromiso pulmonar y presencia de masa paravertebral, comprimiendo la m3dula en su uni3n cervico-tor3cica (C7, T1 y T2). El TAC cerebral fue normal. El paciente permaneci3 en sala durante 36 d3as, siendo evaluado por los servicios de Neurocirugía, Dermatología, e Infectología. Se hizo el diagn3stico de nocardiosis diseminada, demostrada con cultivo (*Nocardia brasiliensis*). El paciente fue tratado con imipenem durante un mes y TMP/Sulfa, hasta obtener respuesta. El paciente egres3 el 5/ Octubre, y su evoluci3n en consulta externa de infectología 6 meses despu3s, fue satisfactoria. Lamentablemente, el paciente no acudi3 a las consultas subsiguientes.

CC2 CASOS CL3NICOS PEDI3TRICOS DE MORDEDURA DE SERPIENTE ATENDIDOS EN EL HOSPITAL ESCUELA UNIVERSITARIO, TEGUCIGALPA, HONDURAS. Jackeline Alger, MD, PhD. Servicio Parasitología, Departamento de Laboratorio Cl3nico, Hospital Escuela Universitario; Unidad de Investigaci3n Cient3fica, Facultad de Ciencias M3dicas, UNAH; Tegucigalpa, Honduras.

Antecedentes: Las mordeduras de serpientes venenosas provocan alta morbilidad y mortalidad. Se estima que anualmente se producen 2,4 millones de intoxicaciones por mordedura de serpiente y 94,000-125,000 defunciones, 400,000 amputaciones y otras consecuencias graves (infecciones, t3tanos, deformaciones por cicatrices, contracturas y secuelas psicol3gicas) (OMS 2013). **Serie de casos cl3nicos:** Se presenta una serie de tres casos de mordeduras de serpiente, dos venenosas y una no venenosa, atendidos en la Sala de Emergencia de Pediatr3a, Hospital Escuela Universitario, Tegucigalpa. **Caso 1.** Niña, 13 años, procedente de Aldea Guanábano, Cerro Grande, DC. El accidente ocurri3 12-8-2015, 8 p.m., área verde en cercan3a de la vivienda, usando pantuflas abiertas. Mordedura en tercio proximal de tercer dedo pie izquierdo. Serpiente juvenil *Crotalus durissus* (cascabel), 38.5 cm longitud. **Caso 2.** Niña, 7 años, procedente de Guinope, El Paraíso. El accidente ocurri3 11-6-2015, 5 p.m., patio de la casa, usando pantuflas abiertas. Mordedura en tercio distal de segundo dedo pie izquierdo. Serpiente juvenil *Crotalus durissus* (tamagás negro), 35 cm longitud. **Caso 3.** Niño, 2 años, procedente de Monte Redondo, DC. El accidente ocurri3 17-7-2014, patio de la casa, al caerle sávana tendida. Mordedura en espalda superior, entre omoplatos. Serpiente no venenosa género *Adelphicus* (guardacaminos), 43 cm longitud. **Conclusiones/Recomendaciones:** Se documentan tres casos cl3nicos de mordedura por serpiente; dos por serpiente venenosa juvenil, en niñas que cursaron con intoxicaci3n leve. La mordedura de una serpiente juvenil provoc3 menos s3ntomas y signos, debido a una inoculaci3n menor de veneno y a trav3s de un solo colmillo. Las medidas de prevenci3n en la vivienda incluyen eliminar residuos, pilas de leña o arbustos bajos de los alrededores; mantener las zonas de almacenamiento libres de roedores, usar zapatos, iluminar el camino. Es necesario que el personal institucional est3 capacitado para el manejo de los casos y contar con provisi3n adecuada de antivenenos.

CC3 ANGIOSTRONGILIASIS ABDOMINAL: INFORME DE UN CASO EN NIÑO LACTANTE MAYOR. Fátima Lara,¹ Marco Tulio Luque,² José Lizardo,³ Jackeline Alger.⁴ ¹Residente, Segundo Año, Postgrado de Pediatría, Facultad de Ciencias Médicas UNAH; ²Pediatra Sub-Especialista en Infectología, Servicio de infectología IHSS, Servicio Infectología Hospital Escuela Universitario; ³Médico Especialista en Cirugía, Servicio de Cirugía Pediátrica ,IHSS; ⁴MD, PhD, Servicio de Parasitología, Departamento de Laboratorio Clínico, Hospital Escuela Universitario; Unidad de Investigación Científica, Facultad de Ciencias Médicas, UNAH.

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

CC3 HISTOPLASMOSIS DISEMINADA EN PACIENTE PEDIÁTRICA INMUNOCOMPETENTE. Julieta Muñoz Mejía,¹ Jorge Augusto Aguilar,¹ Jackeline Alger,² Renato Valenzuela Castillo.³ ¹Médico general, egresado Facultad de Ciencias Médicas (FCM) UNAH; ²MD, PhD, Servicio Parasitología, Departamento de Laboratorio Clínico, Hospital Escuela Universitario (HEU); Unidad de Investigación Científica FCM UNAH; ³Pediatra Especialista en Infectología, Departamento de Pediatría, FCM UNAH; Tegucigalpa, Honduras.

Histoplasma capsulatum, agente causal de histoplasmosis, es un hongo dimórfico que se encuentra en el ambiente como saprofito en su forma micelial (hongo filamentoso) y en los tejidos en estado levaduriforme. Los Centers for Disease Control and Prevention (CDC) de Estados Unidos de Norteamérica ha informado incidencia de 3.4/100,000 habitantes y exposición al hongo en 60-90% de la población en zonas endémicas del país. En Honduras no hay datos recientes sobre su incidencia y prevalencia. Se presenta el caso de preescolar del sexo femenino, de 27 meses de edad, peso 14 kg, talla 96 cm, procedente de Teupasenti, El Paraíso. La paciente fue atendida en el Hospital Materno Infantil 5-10-2015 por fiebre de 9 días de evolución, acompañada de distensión abdominal, tinte icterico y tos. Al examen físico se encontró además roncus y crépitos bilaterales, hepatoesplenomegalia y edema de miembros inferiores, con diagnósticos de ingreso de síndrome visceromegalico de origen mieloproliferativo versus infeccioso. Los exámenes de laboratorio

revelaron anemia microcítica hipocrómica, trombocitopenia, tiempo de tromboplastina parcial prolongado y VIH negativo. El 13-10-2015 un frote de médula ósea coloreado con Giemsa demostró levaduras intracelulares sugestivas de *H. capsulatum* (Servicio Parasitología) confirmado en Servicio Microbiología mediante cultivo (5-11-2015). La paciente se trató con anfotericina B durante 21 días, respondiendo satisfactoriamente. Después de 28 días intrahospitalarios, fue dada de alta bajo tratamiento con itraconazol. Se documentó un caso de histoplasmosis diseminada en una paciente sin causa aparente de inmunosupresión. La madre informó la presencia de murciélagos en la vivienda. Se debe sospechar esta patología en pacientes con antecedentes epidemiológicos como contacto cercano con aves de corral y murciélagos y síntomas que incluyen fiebre y hepatoesplenomegalia.

CC4 CASO CLINICO DE PARACOCCIDIODOMICOSIS DISEMINADA. Tito Alvarado, MD, MPH, MsCTM, MI. Infectólogo Interconsultante, Hospital Escuela Universitario, Tegucigalpa.

Paciente masculino de 62 años, campesino originario del Paraíso, quien acudió en Julio/2008 al Hospital Escuela con historia de 6 meses de disfagia, pérdida de peso y fiebres irregulares. En el último mes presentó esputos hemoptoicos y aparición de linfadenopatía cervical derecha. Tres baciloscopías realizadas en su lugar de origen fueron negativas. Al examen físico el paciente lucía crónicamente enfermo, PA=120/70, FC=78, FR=16. En boca presentaba lesión ulcerada en la amígdala derecha de aspecto granulomatoso que destruye al paladar, en cuello hay adenopatía no dolorosa de 2 cm sin cambios inflamatorios. La auscultación pulmonar y cardíaca fueron normales. Las pruebas de función renal, hepática y un hemograma fueron reportados normales. Rayos X de tórax revelaron infiltrados intersticiales bilaterales moderados. Tres nuevas baciloscopías fueron reportadas negativas. Se practicó biopsia del ganglio cervical y se realiza el diagnóstico de *Paracoccidioides brasiliensis*. El paciente fue tratado con anfotericina B e itraconazole, con respuesta satisfactoria después de un año de seguimiento

RESUMENES CONFERENCIAS

CONFERENCIAS MAGISTRALES (CM)

CM1 USO RACIONAL DE ANTIBIÓTICOS EN LA ERA DE RESISTENCIA BACTERIANA. Tito Alvarado, MD, MPH, MsCTM, MI. Infectólogo Interconsultante, Hospital Escuela Universitario, Tegucigalpa.

En 1998, la Organización Mundial de la Salud (OMS)¹ resolvió instar a los Estados miembros, a que adoptaran medidas encaminadas a: a) promover la utilización apropiada de los agentes antimicrobianos; b) prohibir su distribución sin prescripción de un profesional de la salud calificado; c) mejorar las prácticas de los servicios de salud para prevenir la propagación de gérmenes patógenos resistentes; d) reforzar la legislación para impedir la fabricación, venta y distribución de fármacos falsificados y la venta de antibióticos en el mercado paralelo; y e) reducir la utilización de estos medicamentos en animales destinados al consumo humano. Esta estrategia mundial fue seguida en el año 2001, de otra resolución² para la contención de la resistencia de agentes antimicrobianos, proporcionando un marco de intervenciones encaminadas a desacelerar su aparición, y a reducir su propagación.

La resistencia de los antimicrobianos no es un fenómeno nuevo; al principio, se entendió como una curiosidad científica, y luego como una amenaza a la eficacia del tratamiento. El uso incorrecto de estos agentes es la causa principal de la resistencia. Desde hace muchos años, se vienen utilizando sin prestar atención a las indicaciones; sin considerar que las bacterias son seres vivos con enorme capacidad de adaptación a circunstancias adversas, lo que les permite desarrollar mecanismos de defensa a agentes nocivos a ellas, asegurando así su supervivencia. Constituyen ejemplos de la aparición de estas súper bacterias, algunos de los siguientes: a) En 2006, el Centro de Control de Enfermedades de los Estados Unidos (CDC)³, informó que tan solo un organismo, el *Staphylococcus aureus* resistente a metilina (MRSA), ocasionó más muertes (19,000 americanos) que el enfisema, el VIH/SIDA, la enfermedad de Parkinson y los homicidios juntos; b) Anualmente, casi 2 millones de americanos desarrollan enfermedades nosocomiales³ que resultan en un aproximado de 99,000 muertes, las que en su vasta mayoría, son debidas a patógenos Gram negativos resistentes; y c) Antes del año 2000, el *Clostridium difficile*³ causó la muerte de aproximadamente 14,000 americanos, y entre los años 2000 y 2007, esta mortalidad aumentó en 400%. Esta resistencia bacteriana, le cuesta al Sistema de Salud de Estados Unidos, 20 billones de dólares anualmente, con un costo adicional de 35 billones por la pérdida de productividad.⁴

El desarrollo de nuevas familias de antimicrobianos entre 1950 y 1980, indujo a la población a despreocuparse del problema de la resistencia, creyendo que siempre se podría eliminar a estos agentes patógenos. Actualmente, en el siglo XXI, esta displicencia se está pagando muy cara, al estar enfrentados a súper bacterias multi-resistentes que provocan elevadas tasas de morbi-mortalidad en todos los países del mundo. Esta fármaco-resistencia, que tarda mucho en revertirse y que socava la eficacia de los servicios de salud pública, se ha descrito recientemente como una amenaza para la estabilidad mundial y la seguridad de los países.

En algunos países desarrollados de Europa y Norte América^{4,5}, se ha expresado una creciente preocupación por el problema de la resistencia antimicrobiana. Se ha puesto en marcha, planes nacionales de acción que han logrado disminuir las tasas de resistencia de estos agentes a algunos microorganismos; aplicando enfoques múltiples en el marco de sistemas de salud muy bien regulados, enfatizando en la vigilancia del consumo de antibióticos, y en la educación de los prescriptores y consumidores tanto en el ambiente comunitario como en el hospitalario. Por el

contrario, en países en vías de desarrollo⁶, en donde la regulación de agentes antimicrobianos es deficiente y los medios de diagnóstico son escasos, prevalece un uso indebido o abusivo de los antibióticos. En estas latitudes, es frecuente encontrar personas que tienen la idea errónea de que todas las infecciones responden a los antibióticos.

Las madres se sienten más tranquilas si administran antibióticos a sus niños en el tratamiento de simples infecciones respiratorias, en lugar de ser tratadas sintomáticamente. Asimismo, los médicos prescriben antibióticos para simples infecciones virales, con el afán de prevenir posibles infecciones bacterianas secundarias; los farmacéuticos o expendedores en farmacias, despachan antibióticos sin receta; las compañías farmacéuticas promueven fácilmente la venta de antibióticos; y los pacientes a menudo, los toman por su propia iniciativa. Combatir este tipo de comportamiento en entornos caracterizados por una infraestructura sanitaria inadecuada y deficitaria, constituye un enorme reto.

Sabiendo que los antibióticos se utilizan mucho en la comunidad, y que en los hospitales se hace con mucha más intensidad, es imprescindible que en estas instituciones se dé una importancia especial a la vigilancia, con el objetivo de disminuir la resistencia. Para mejorar el uso de los antimicrobianos y reducir el impacto de las infecciones nosocomiales producidas por bacterias multi-resistentes, es necesario establecer al menos en el ámbito hospitalario, programas y mecanismos de control, y crear o reforzar los comités de infecciones intrahospitalarios. Para contener este enorme problema de salud pública, la resistencia bacteriana, se necesita un fuerte compromiso para desarrollar^{6-7,8}: a) Planes nacionales integrales financiados con responsabilidad, y con participación de la sociedad civil; b) Laboratorios de microbiología capacitados; c) Un uso racional de los agentes antimicrobianos; d) Medidas preventivas de infecciones nosocomiales; y e) Industrias farmacéuticas más conscientes e interesadas en el bienestar de la población y menos en sus intereses económicos. Sólo de esta forma, se tendrá una esperanza para no despertar en un mundo en donde la resistencia antimicrobiana sea abrumadora e incontrolable; volviendo así a un panorama similar al vivido por la humanidad, en su era pre-antibiótica.

Referencias

1. Estrategia Mundial OMS de contención a la Resistencia a los antimicrobianos: Resumen código WHOKDSR/2001.
2. World Health Day, 2011: antimicrobial resistance: no action today, no cure tomorrow. Watson, G.; Rev. Med. Hond., volumen 79, Núm. 3, 2011
3. Infectious Diseases Society of America (IDSA) statement, march 2012. Journal Infectious Diseases, special edition
4. Fauci, A, and Mastar HD. The Perpetual Challenge of Antimicrobial Resistance
5. JAMA Published on line March, 20, 2014
6. Caron WP; Mousa SA. Prevention strategies of antimicrobial resistance: a systematic review of the literature. Infect. Drug Resist. 2010;3:25-33
7. Jones R; Global aspects of antimicrobial resistance among key bacterial pathogens. Results from the 1997-1999 SENTRY antimicrobial Program Clin. Infect. Dis. 2001; 32(suppl. 2): S81-S156
8. Villegas, MV; Blanco MG; Sifuentes-Osornio J; Rossi F. Increasing prevalence of extended-spectrum-beta lactamase among Gram negative bacilli in Latin America: 2008 update from the study for monitoring antimicrobial resistance trends. Journal Infect. Dis. 2011 Feb;193(1):34-9
9. Aximinayaran R, et al Antibiotic Resistance, The need for global solutions. www.thelancet.com /infection vol 13, Dec. 2013

CM2 DE LA INMUNOLOGÍA A LA INFECTOLOGÍA EN HONDURAS. Jorge A. Fernández V., MD, MPH, Especialista en Alergia e Inmunología Clínica. Inmunólogo Interconsultante, Hospital Escuela Universitario, Tegucigalpa.

De la Inmunología y la Infectología podemos decir que los estudios minuciosos de Pasteur, Koch, Erlich y otros eminentes investigadores, sentaron las bases para el desarrollo de estas especialidades, alrededor de la segunda mitad del siglo XIX y giro del XX, generando el conocimiento sistemático de los gérmenes y la respuesta del huésped, asociado al descubrimiento de medicamentos y elementos de la respuesta inmunitaria dirigidos a combatir la enfermedad asociada. *Louis Pasteur se dio a la batalla de convencer al mundo científico de la validez de su teoría germinal, sellando al nacimiento de la Infectología. Su comunicación en 1880, de que la inmunización profiláctica contra el cólera de las aves era posible, marcó el inicio de la Inmunología científica.* Los acelerados descubrimientos en la identificación de gérmenes y de los productos celulares, tisulares y plasmáticos de la respuesta inmunológica, con la puesta a punto de diversas técnicas de laboratorio, abrieron paso a la aplicación clínica en el diagnóstico y tratamiento, así como medidas sanitarias de epidemiología y de medicina preventiva a través de vacunaciones. Es apasionante analizar el desarrollo combinado de la ciencia básica con la clínica, en el que los aportes del conocimiento de la “anatomía y fisiología molecular y celular”, nos llevan a la relación de la expresión patológica del daño provocado por el germen, con descubrimientos espectaculares en el diagnóstico y tratamiento de pacientes agobiados por este tipo de afecciones nosológicas. Es así, que en lugar de hacer una línea del tiempo con la cantidad de premios Nobel otorgados en esta materia, o de los espectaculares avances clínicos de base molecular, se plantea un recorrido histórico de la convergencia de estas especialidades en la medicina clínica hondureña, haciendo referencia a los avances observados desde los usos de los primeros clínicos en el Hospital General, hasta el desarrollo concreto de ambas especialidades con la llegada a partir de los años 70's, de médicos infectólogos, parasitólogos, patólogos, de la medicina tropical, virólogos, salubristas, epidemiólogos, inmunólogos, alergólogos, microbiólogos, y de otras especialidades afines, que han sabido conducir procesos de mayores y más avanzados estadios de desarrollo hasta la actualidad.

CM3 CAPACITACIÓN EN ÉTICA DE LA INVESTIGACIÓN: PLATAFORMA THE GLOBAL HEALTH NETWORK. Jackeline Alger, MD, PhD. Unidad de Investigación Científica, Facultad de Ciencias Médicas, UNAH; Servicio Parasitología, Departamento de Laboratorio Clínico, Hospital Escuela Universitario; Tegucigalpa, Honduras.

The Global Health Network (TGHN, www.tghn.org) es una plataforma virtual producto de la colaboración entre múltiples instituciones dedicadas a la investigación para la salud a nivel mundial. Es de acceso libre y gratuito, e incluye una colección de sitios web que apoyan el desarrollo de investigaciones a través de compartir conocimientos y métodos. El proyecto de la plataforma inició en 2010, adscrita a la Universidad de Oxford, Reino Unido. Cada sitio web se ha establecido para crear una comunidad de investigadores en línea sobre un tema específico. Los investigadores pueden desarrollar colaboraciones/documentos, compartir recursos, intercambiar información. Actualmente (Noviembre 2015), cuenta con 28 áreas específicas, entre ellas Ética de investigación, Enfermedades no transmisibles, Enfermedades transmisibles, Enfermedades desatendidas, Ensayos clínicos, Investigación en enfermería. La plataforma se caracteriza por que los que trabajan en ensayos clínicos en países/instituciones con recursos limitados pueden establecer contacto entre ellos, cualquiera que sea su papel y tipo de patología estudiada. Los investigadores pueden trabajar juntos para compartir orientación, herramientas y recursos. La mayoría de los recursos de capacitación están en Inglés; algunos en francés, portugués, español. Desde su inicio, se han registrado unas 17,000 personas, con aproximadamente 450,000 visitas, incluyendo >100 países de bajo/mediano ingreso. En diciembre 2013 inició un trabajo colaborativo entre la Unidad de Investigación Científica FCM UNAH y TGHN. Con el apoyo de TGHN se impartió

un curso de integridad científica en Tegucigalpa en 2014 en colaboración con NAMRU-6, Lima, Perú. A julio 2015 se había cuantificado un máximo de 356 visitas desde Honduras. Se espera que haya un incremento en el número de estudiantes y profesionales que utilicen la plataforma y encuentren un valioso recurso de formación que puede contribuir efectivamente a mejorar el desarrollo de la investigación. Se demostrará como registrarse y acceder a los recursos sobre ética de la investigación.

CM4 SÍFILIS, SIEMPRE PRESENTE. Elsa Y. Palou, MD, Especialista en Medicina Interna, Subespecialista en Enfermedades Infecciosas. Coordinación General Posgrados FCM/UNAH; Dirección de Docencia e Investigación; Junta Directiva, Hospital Escuela Universitario, Tegucigalpa.

Enfermedad crónica producida por bacteria del orden Spirochaetales *Treponema pallidum*, conocida desde 1905, No se puede cultivar, vía de transmisión: congénita, transmisión sexual o por transfusión, produce ulcera indolora en el sitio de inoculación (chancro), usualmente evade defensas locales, pasa a ganglios regionales y luego invade el resto del organismo. En África actualmente la prevalencia de sífilis en embarazadas es de 5 a 15%, es responsable del 14% de defunciones neonatales. Se reportan actualmente más de 1 millón de casos en el mundo, América Latina aún no cumple la meta de erradicación de sífilis neonatal en 2015. Clínicamente se ha dividido en Primaria: presencia de chancro indoloro, Secundaria: Rash palmo—plantar, linfadenopatías, fiebre, malestar, sífilis ocular, en VIH positivos produce lesiones ulcerativas crónicas: Lues Maligna. Latente de duración indeterminada: Serología positiva y ASX, Terciaria: Neurosífilis, cardiovascular, piel y subcutáneo.

En 2014 CDC omitió el término de “duración Indeterminada” y propuso: A) Latente Temprana: incluye Primaria, secundaria y latente temprana USUALMENTE CONTAGIOSA y B) Latente Tardía: incluye latente tardía y terciaria USUALMENTE NO CONTAGIOSA. En sífilis SIN Tx, la transmisión sexual sucede 1 a 2 años después de adquirida y transmisión vertical hasta 4 años después.

Dx Laboratorio: visión directa por campo oscuro, Ac fluorescentes, es confirmatorio; Serología: Pruebas No Treponémicas: (VDRL, RPR, TRUST), detectan Ac contra Ag Lecitina-cardiolipina, presenta falsos positivos: Embarazo, TB, rickettsias, endocarditis, drogas IV, su titulación disminuye con el tratamiento y con el tiempo. Treponémicas: (MHA-TP, FTA-ABS, EIA) cualitativas, permanentemente positivas; Pruebas Rápidas: 15 -20 min, son treponémicas, NO distingue entre infección activa o tratada.

La sífilis no tratada puede evolucionar a terciaria en un 40%, en USA se reporta de 2010 a 2014 un incremento importante de casos llegando a 5.3-5.8/100,000 habitantes especialmente en HSH, VIH+. La sífilis facilita la transmisión sexual y perinatal de VIH, en embarazadas con coinfección sífilis-VIH aumenta la transmisión perinatal de VIH, además se ha mostrado detrimento inmunológico y virológico de VIH en pacientes coinfectados, simultáneamente el VIH acelera el paso de sífilis primaria a secundaria y terciaria, traslape de síntomas, múltiples chancros, presencia de LUES maligna, neurosífilis (ocular) durante sífilis primaria incluso en California se reporta sífilis ocular en cualquier etapa de la enfermedad, en ese caso debe efectuarse punción lumbar y tratarse como neurosífilis. En caso de pruebas Treponémicas positivas en pacientes VIH negativo, aún sin Sx neurológicas según algoritmos actualizados se recomienda punción lumbar si RPR es mayor o igual a 1:32, se debe efectuar VDRL en LCR y si es positivo dar TX al igual que si en el LCR el VDRL es negativo pero con más de 5 cel/microlitro. En pacientes con VIH+ con prueba Treponémica +, aunque no tenga síntomas si tiene RPR mayor o igual a 1:32 y CD4 menor o igual a 350 células se recomienda efectuar PL y hacer VDRL en LCR, si es positivo iniciar Tratamiento, al igual que si es negativo pero tiene 20 o más células por microlitro o de 6 a 20 células pero con CD4 menor de 200 o carga viral menor de 50 o está en TARGA deberá iniciarse tratamiento como neurosífilis.

Definición de caso Sífilis Congénita: Caso Definitivo: Dx Laboratorio definitivo: Prueba confirmatoria + de muestras de tejidos, Caso Probable: Recién Nacido aunque esté asintomático hijo de madre no tratada o inadecuadamente tratada (Tx 1 mes antes del parto) o lactante con serología + y algún Sx clínico o radiológico sugestivo o LCR con proteína o células aumentadas o VDRL +. El Tratamiento de elección de la sífilis sigue siendo a base de Penicilina Benzatínica o procainica o cristalina según el caso o doxiciclina oral.

CM5 ENFERMEDADES EN HUMANOS TRASMITIDAS POR MASCOTAS. Tito Alvarado, MD, MPH, MsCTM, MI. Infectólogo Interconsultante, Hospital Escuela Universitario, Tegucigalpa.

El hombre a lo largo de su historia ha estado en contacto directo o indirecto con muchos animales, al comienzo estaba en contacto con los animales salvajes y luego de un largo proceso de años de adaptación, pudo domesticar a muchos de ellos. Fruto de este contacto se han producido enfermedades en humanos, conocidas como zoonosis (1,2), tales como la brucelosis o fiebre Malta, bartonelosis, peste, rabia, hidatidosis, criptosporidiosis (1,2,3,4,5,6,), etc. Las mascotas principalmente los perros y los gatos, juegan un rol importante en la sociedad; son «compañeros» importantes en muchos hogares, contribuyen al desarrollo físico, social y emocional de las personas, especialmente de los niños y de los adultos (7).

Se han realizado algunos estudios en los cuales se reporta que los propietarios de mascotas acuden menos a los médicos y sufren menos de hipertensión arterial y de niveles de colesterol que aquellos que no poseen mascotas. A pesar de ello, existen diversos estudios donde señalan que las mascotas constituyen un riesgo para la salud de los propios dueños. Las mordeduras y las alergias son las amenazas más comunes y resultan en infecciones localizadas; sin embargo existe otras infecciones (parasitarias, bacterianas, virales y micóticas) que pueden ser transmitidas por las mascotas. Otras infecciones son transmitidas por vía cutánea, mucosas, digestivas, o respiratorias, por contacto directo con las mascotas o las excretas o través de artrópodos. Los niños pequeños son los que tienen mayor riesgo de padecer enfermedades por mascotas; por ejemplo toxocariosis, helmintiasis, toxoplasmosis; en cambio los pacientes con algún tipo de inmunodeficiencia pueden padecer criptosporidiosis, salmonelosis, pasteurellosis (8).

Estas infecciones se previenen evitando el contacto con animales enfermos, un adecuado lavado de manos posterior a la exposición a mascotas o con las excretas de éstas. Las vacunas específicas para humanos y animales son parte importante de la prevención. Los veterinarios deberían aconsejar no tener en casa animales exóticos como mascotas. Además del perro, gato, aves y peces, en los últimos años, los humanos están adoptando mascotas exóticas tales como lagartos, serpientes, monos, hamsters; aumentando el peligro de nuevas enfermedades. Algunos ejemplos de enfermedades por mascotas que se desarrollan en los seres humanos son: perro (rabia, hidatidosis, toxocariosis, leptospirosis, asma), gato (toxoplasmosis, toxocariosis, arañazo del gato, rabia, pasteurella), cerdo (cisticercosis, teniasis, balantidiasis), aves (psitacosis, criptococosis, histoplasmosis, gripe aviar) (5,6,7,8).

Referencias

1. Mc Carthy J, Moore T, Emerging Helminthzoonoses. Inter J Parasitol 2000; 30:1351-1360.
2. Acha S. Zoonosis y enfermedades transmisibles comunes al hombre y a los animales. OPS, Publicación N 580, 2001
3. Robertson I.D., P.J. Irwin et al. The role of companion animals in the emergence of parasitic zoonoses. Inter J Parasitol 2000; 30:1369-1377
4. Geffray L, Veyssier P. Morsures griffures. Encycl MedChir (Elsevier, Paris). Maladies infectieuses, 8-003-O-10, Pédiatrie 4-210-A-10. 1997:

5. Green G. Enfermedades Infecciosas en perros y gatos. Mac Graw Hill Interamericana Segunda Edición, 2000
6. Kravetz J, Federman D. Cat-associated zoonoses. Arch Intern Med 2002;162:1945-1952.
7. Cofre L. Visita Terapéutica de mascotas en Hospitales. Rev Chil Infectol 2005; 22(3):257-263
8. Leguia G. Enfermedades Parasitarias de Perros y Gatos. Segunda Edición. Editorial del Mar EIRL. 2002.

CM6 INFECCIONES EN EL PACIENTE CON DIABETES MELLITUS. Wendy Karely Moncada, MD, Especialista en Medicina Interna, Sub-Especialista en Infectología. Servicio de Enfermedades Infecciosas, Instituto Nacional Cardiopulmonar, Tegucigalpa.

Hay algunas infecciones que son más comunes en pacientes diabéticos. Además, algunas infecciones tienen un curso clínico de mayor severidad y presentan mayor número de complicaciones en diabéticos. La susceptibilidad aumentada de diabéticos a ciertas infecciones se debe a varios factores. Los neutrófilos polimorfonucleares de los pacientes diabéticos tienen las habilidades quimiotácticas y fagocíticas disminuidas. También la habilidad de los leucocitos para enfrentar a los microorganismos después del proceso de fagocitosis está disminuida. Entre las infecciones más comunes en pacientes diabéticos podemos mencionar las siguientes.

Infecciones del Tracto Respiratorio

Algunos microorganismos causan infección más frecuentemente en diabéticos. Entre estos: *Staphylococcus aureus* y bacteria gram negativas. La diabetes es un factor de riesgo para bacteremia en pacientes con neumonía por *Streptococcus pneumoniae* y está asociada a altas tasas de mortalidad en estos pacientes. Otros microorganismos asociados a alta mortalidad son *Legionella* y Virus de Influenza.

Infecciones del Tracto Urinario

La bacteriuria asintomática es más frecuente en mujeres diabéticas. Los pacientes diabéticos tienen mayor incidencia de infecciones del tracto urinario altas bilaterales, pielonefritis enfisematosa e infecciones por hongos.

Infecciones por Hongos

Las infecciones micóticas más frecuentes en diabéticos son candidiasis oral y genital.

Otitis Externa Maligna

Es rara pero potencialmente fatal. Es la mayoría de los casos el agente causal es *Pseudomonas aeruginosa*. Se presenta con dolor, disminución de la agudeza auditiva, otorrea y fiebre. Si se retrasa el diagnóstico, la infección se puede extender resultando en osteomielitis e infección intracraneal.

Fascitis Necrotizante y Mionecrosis

Infección de tejidos blandos que constituye una emergencia. Puede ser monomicrobiana por *Streptococcus* o polimicrobiana por enterobacterias y anaerobios. Los sitios más frecuentes son las extremidades y la pared abdominal. Requiere desbridamiento quirúrgico inmediato y tratamiento antibiótico.

Mucormicosis Rinocerebral

Alrededor del 50% de los casos ocurren en pacientes diabéticos. El factor predisponente es cetoacidosis diabética. Inicialmente se presente con síntomas locales: dolor, congestión nasal, rinorrea. Presentando posteriormente cefalea, fiebre y alteraciones visuales. Requiere desbridamiento quirúrgico.

Colecistitis Enfisematosa

Es una infección poco común de la vesícula biliar. El 35% de los casos ocurre en diabéticos. Ocurre gangrena y perforación de la vesícula biliar, resultando en altas tasas de mortalidad. Generalmente son polimicrobianas por bacterias gram negativas y anaerobios.

RESUMENES CONFERENCIAS

CONFERENCIAS MESA REDONDA (CMR)

MESA REDONDA INFECCIONES DE LA COMUNIDAD

(CONSULTA EXTERNA)

CMR1 INFECCIÓN DEL TRACTO URINARIO. Efraín Bu Figueroa, MD, Especialista en Medicina Interna, Sub-Especialista en Infectología. Servicio de Enfermedades Infecciosas, Hospital Escuela Universitario, Tegucigalpa.

La infección del tracto urinario (ITU) es la respuesta inflamatoria del urotelio a la invasión bacteriana, generalmente asociada a bacteriuria, piuria y síntomas. La ITU es más frecuente en mujeres pre menopaúsicas que en los varones, no obstante en la edad mayor (tercera edad) tiende a igualarse en ambos sexos, en virtud de los problemas obstructivos de la vía urinaria que el varón puede experimentar. Los gérmenes gram negativo, predominan en su etiología, cuya sensibilidad a antibióticos habituales ha ido disminuyendo a lo largo del tiempo. Incide mucho en el tratamiento la calidad con la que se adquiere la muestra, particularmente en mujeres, pues la colonización del área vulvar tiende a contaminar, lo que lleva a tratamientos injustificados. No raramente los agentes contaminantes pueden coincidir con los que participan comúnmente en la génesis de una verdadera infección urinaria, o bien dichos agentes son aquellos que normalmente colonizan los genitales externos, como algunos gram positivo. En servicios de atención primaria, hay la tendencia a tratar la bacteriuria asintomática, lo que también contribuye al sobre tratamiento, que a la vez induce resistencia de las bacterias causales y también es fuente de efectos indeseables a los antimicrobianos. Discutiremos la infección urinaria recurrente, más frecuente en la mujer a cualquier edad, donde subyacen factores predisponentes, de orden anatómico, inmunológico y genético. Abordaremos, el enfoque general y el manejo terapéutico tanto de la infección urinaria no complicada como de la recurrente.

CMR2 INFECCIONES DE LA PIEL Y MUCOSAS. Tito Alvarado, MD, MPH, MsCTM, MI. Infectólogo Interconsultante, Hospital Escuela Universitario, Tegucigalpa

Las infecciones de la piel y mucosas incluyen a todos aquellos procesos agudos y crónicos que afectan la piel, mucosas, anexos cutáneos, tejido celular subcutáneo, fascias y músculo estriado. Estas infecciones son muy comunes y son producidas por una amplia variedad de microorganismos (bacterias, hongos, virus, parásitos etc.). Muchos de ellos forman parte de la microbiota de la piel y mucosas y otros son del medio ambiente. Estos microorganismos penetran al organismo a través de las soluciones de continuidad en la piel y mucosas, por heridas traumáticas, quemaduras, mordeduras, como complicaciones de cirugías, o pueden producirse desde un foco de infección distante a través de la sangre o linfa. El espectro clínico de estas infecciones abarca desde procesos leves hasta cuadros graves que comprometen la vida del paciente. Entre los tipos de infecciones se encuentran las siguientes en la piel: impétigos, erisipelas, ectimas, celulitis, abscesos, paroniquias, dermatomicosis, ascitis necrotizante, gangrenas gaseosas y en las mucosas: conjuntivitis, amigdalitis, faringitis, estomatitis, vaginitis, uretritis etc. El diagnóstico de estas infecciones es, en general clínico y no microbiológico. El diagnóstico microbiológico se reserva para los casos en los

que se precisa conocer la etiología de la infección debido a la gravedad del caso, por la sospecha la presencia de un microorganismo poco frecuente en pacientes inmunocomprometidos o porque son infecciones de larga evolución que no cicatrizan dentro de un período de tiempo razonable. En el tratamiento de estas infecciones se impone el juicio clínico y se utilizan una amplia variedad de drogas antibacterianas, antimicóticas, antivirales etc., las que se administran por vía parenteral, o tópica, con duraciones variables y a veces se utiliza la estrategia dosis -respuesta. En ocasiones se realiza el drenaje quirúrgico si el caso lo amerita.

CMR3 ODINOFAGIA. Wendy Karely Moncada, MD, Especialista en Medicina Interna, Sub-Especialista en Infectología. Servicio de Enfermedades Infecciosas, Instituto Nacional Cardiopulmonar, Tegucigalpa.

La odinofagia es un síntoma común de consulta en los servicios de salud. Siendo la principal molestia en patologías benignas y en otras patologías graves que pueden comprometer la vía aérea y la vida del paciente. Muchas veces, la causa es infecciosa, siendo los virus respiratorios como rinovirus, coronavirus, influenza, parainfluenza y coxsackie, los principales agentes etiológicos. Algunos de estos producen síndromes como la Fiebre Faringoconjuntival (Adenovirus), el Síndrome Mano-Pie-Boca y Herpangina (Coxsackie), Croup (Parainfluenza virus), Gingivoestomatitis (Herpes simplex virus), Mononucleosis Infecciosa (Virus de Epstein Barr), Resfriado Común (Rinovirus, Coronavirus). Otra causa infecciosa son las bacterianas. Siendo el *Streptococco* del Grupo A el responsable del 5-15% de estas. Los signos y síntomas son variables, y la severidad de la enfermedad va desde molestias leves hasta la faringitis exudativa acompañada de fiebre y postración. Otros agentes son: *Streptococcus* del grupo C y G, anaerobios (Angina de Vincent), *Fusobacterium necrophorum* (Síndrome de Lemierre), *Neisseria gonorrhoeae*, *Treponema pallidum*, *Corynebacterium diphtheriae*, *Mycoplasma pneumoniae* y *Chlamydomphila pneumoniae*. Hay algunos datos clínicos que pueden ayudar a orientar el diagnóstico y etiología. Coriza, tos, vesículas orofaríngeas y conjuntivitis suelen acompañar los cuadros virales. Si hay dolor unilateral severo e imposibilidad para deglutir, se debe considerar la posibilidad de absceso paratonsilar o retrofaríngeo. Los síntomas de síndromes mononucleósicos están presentes en infecciones causadas por Citomegalovirus, Epstein Barr e Infección aguda por VIH. Pruebas como hisopado faríngeo y pruebas rápidas de detección de antígeno son útiles para el diagnóstico. Es importante hacer la historia clínica completa, examen físico detallado y algunos exámenes complementarios básicos para hacer el diagnóstico correcto. Para el tratamiento de estas infecciones, se utilizan antibióticos, antivirales o antimicóticas de acuerdo a la etiología de la infección. En caso de abscesos, se requiere efectuar un drenaje.

MESA REDONDA VALORACIÓN DEL PACIENTE CON SÍNDROME FEBRIL AGUDO EN EL CONTEXTO EPIDEMIOLÓGICO NACIONAL

CMR4 SÍNDROME FEBRIL AGUDO. Efraín Bu Figueroa, MD, Especialista en Medicina Interna, Sub-Especialista en Infectología. Servicio de Enfermedades Infecciosas, Hospital Escuela Universitario, Tegucigalpa.

En Honduras las enfermedades infecciosas ocupan el primer lugar dentro del cuadro nacional de morbilidades. Prevalen múltiples etiologías; virales, bacterianas, rickettsiosis y parasitarias, algunas endémicas otras epidémicas. Debutan con fiebre súbita y manifestaciones generales inespecíficas, motivo por el cual los pacientes acuden a la consulta clínica, en su mayoría, dentro de los primeros cinco días de enfermedad. Se entiende por síndrome febril agudo (SFA) la fiebre superior a 38.3° con menos de 7 días de evolución. La historia clínica completa y minuciosa es la herramienta principal para establecer un diagnóstico temprano y orientar racionalmente los estudios iniciales. En dicha historia debe tenerse en consideración entre otros, los aspectos siguientes: las características particulares de cada paciente, las causas febriles pueden variar según los grupos de edad, la epidemiología local y nacional, los viajes internos e internacionales, actividad laboral, exposiciones a vectores, ingesta de alimentos. Recordar que fiebre no siempre es sinónimo de infección, a pesar de ser esta su principal causa. El examen físico detallado es esencial, analizando fuertemente asociaciones con variados tipos de erupciones, ictericia, adenopatías, artropatías etc. Abordaremos en un escenario de atención primaria, el enfoque inicial del paciente con fiebre de instalación aguda.

RESUMENES TRABAJOS LIBRES

TRABAJO LIBRE CIENTÍFICO (TC)

PRESENTACION ORAL

TC1 RESPUESTA TERAPÉUTICA DE PACIENTES CON ENFERMEDAD DE CHAGAS A 2 AÑOS DEL TRATAMIENTO CON NIFURTIMOX, ATENDIDOS EN CONSULTA EXTERNA DE CARDIOLOGÍA E INFECTOLOGÍA DE HOSPITAL ESCUELA UNIVERSITARIO, EN EL PERIODO DE ENERO 2013 A MAYO 2015". Espinoza Rueda Manuel Armando¹, Meléndez Gómez Lesddy Lorena², Gonzales Pavón Iris Jacqueline³. ¹ Residente de tercer año de Postgrado de Medicina Interna, UNAH. ² Residente de tercer año de Postgrado de Medicina Interna, UNAH. ³ Médico Especialista en cardiología, ecocardiografía, Jefe del Departamento de Cardiología de Hospital Escuela Universitario, Docente de la Facultad de Ciencias Médicas, UNAH.

Antecedentes. La Enfermedad de Chagas, zoonosis endémica en América Latina, es producida por *Trypanosoma cruzi*. Únicamente el 20 a 30% de los pacientes infectados desarrollan síntomas. El tratamiento es efectivo si se administra en fase aguda. **Objetivo.** Determinar la respuesta terapéutica de pacientes infectados con *T. cruzi* a 2 años de tratamiento con Nifurtimox. **Metodología.** Estudio descriptivo longitudinal, evaluación de pacientes con enfermedad de Chagas tratados con nifurtimox a través de parámetros clínicos, laboratoriales, electrocardiográficos, eco cardiográficos y radiológicos; y reevaluados a los 2 años en consulta externa de Cardiología e Infectología del Hospital Escuela Universitario, en el periodo de enero del 2013 a mayo del 2015. **Resultados.** Iniciaron tratamiento con Nifurtimox 49 pacientes en el 2013 de los cuales 35 eran femeninos y 14 masculinos, con una relación mujer: hombre de 2.5:1; la media de edad fue de 51.5 años, 17 (34.7%) procedían del departamento de Francisco Morazán, la forma de diagnóstico fue incidental en 45 (91.8%). Se encontró que un 70 a 80% de los pacientes se encuentran en fase indeterminada, un 20 a 30% en fase determinada y curación de 2 (5.7%), a los 2 años del tratamiento. **Conclusiones/Recomendaciones.** Se confirmó curación en 2 pacientes, disminución en titulación de anticuerpo IgG, con retraso en la progresión clínica de la enfermedad. La determinación del genotipo de *Trypanosoma cruzi*, sería beneficioso para valorar respuesta a tratamiento.

TC2 MANIFESTACIONES CLÍNICAS INUSUALES EN PACIENTES CON DENGUE INGRESADOS EN EL HOSPITAL ESCUELA UNIVERSITARIO, DE 2013 A 2014. Miurlin Peña, Sulay Quiroz. Residentes de Tercer Año Medicina Interna, Hospital Escuela Universitario, Tegucigalpa.

Antecedentes. El Dengue es una enfermedad viral transmitida por el mosquito del género *Aedes aegypti*. La infección puede cursar en forma asintomática o con espectro clínico amplio que incluye expresiones graves y no graves. **Objetivo.** Describir las manifestaciones clínicas inusuales en pacientes con Dengue ingresados en el Hospital Escuela de Enero de 2013 a Diciembre 2014. **Metodología.** Estudio descriptivo, retrospectivo, transversal realizado en el Hospital Escuela. Universo: se revisaron 424 expedientes. Muestra: 250 expedientes basados en criterios clínicos, epidemiológicos y laboratoriales. Se hizo la revisión del expediente clínico mediante la utilización de un instrumento, que incluía las variables sociodemográficas, características clínicas, exámenes clínicos y evolución de cada paciente. **Resultados.** Se revisaron 250 expedientes. Hubo predominio

del sexo femenino 152 (60.8%) y el grupo de edad de mayor afectación fue entre los 20-29 años. La mayoría de los pacientes procedían del departamento de Francisco Morazán. Las Manifestaciones inusuales se registraron en 28 expedientes clínicos. En orden de frecuencia son: cardíacas 12 (4.8%), renal 9 (3.6%), hepática 5 (2%), SNC 1 (0.4%), Pulmón 1 (0.4%). **Conclusiones/Recomendaciones:** El Dengue puede tener presentaciones variadas y multi-sistémicas, es importante identificar las manifestaciones inusuales del Dengue, para el diagnóstico clínico y manejo adecuado, teniendo en cuenta que el Dengue es un problema de salud Mundial.

TC3 FRECUENCIA DE TUBERCULOSIS PULMONAR BACILÍFERA POSITIVO EN SINTOMÁTICOS RESPIRATORIOS DE LA EMERGENCIA DEL HOSPITAL ESCUELA UNIVERSITARIO. Alejandra Álvarez,¹ Alexa Caballero,¹ Cecilia Varela-Martínez.²

¹Residente de Tercer Año de Medicina Interna, Hospital Escuela Universitario, Universidad Nacional Autónoma de Honduras; ²Posgrado de Medicina Interna – Facultad de Ciencias Médicas UNAH; Tegucigalpa.

Antecedentes: La tuberculosis sigue siendo una enfermedad transmisible con elevada mortalidad, en Honduras la incidencia estimada de tuberculosis es mayor de 50 casos/ 100.000 habitantes. **Objetivo:** determinar la frecuencia de Sintomático Respiratorio y de Tuberculosis Pulmonar Bacilífero Positivo en la Emergencia de Medicina Interna del Hospital Escuela Universitario. **Métodología:** Estudio descriptivo transversal, con muestra obtenida por conveniencia de 100 sintomático respiratorio, información recolectada a través de instrumento y resultado de baciloscopía. **Resultados:** edad promedio 57 años, predominio masculino en el 56% (56) El 72 (72%) de la muestra completaron estudio con muestra de esputo para baciloscopía, 56 (77%) fueron procesadas y tienen diagnóstico laboratorial, 16 (23%) de la baciloscopía fueron descartadas por ser muestras insuficientes o contaminadas. Las muestras procesadas 22 (39%) fueron reportadas positivas y 34 (61%) como negativas. Al 100% de los pacientes se le realizó una radiografía de tórax, en 65 pacientes (65%) la radiografía de tórax fue reportada normal, y 23 (23%) se reportó con patrón sugerente de tuberculosis pulmonar. De los pacientes captados en 38 (38%) fueron hospitalizados en la institución, en 44 (44%) se decidió manejo ambulatorio, y 18 (18%) fueron referidos al Instituto Nacional Cardiopulmonar. **Conclusión:** Existe una elevada frecuencia de casos de tuberculosis bacilífero positivo en pacientes sintomáticos respiratorios que son atendidos en la emergencia del principal centro asistencial de Honduras, Hospital Escuela Universitario. **Recomendaciones:** Es necesario implementar medidas para el aislamiento de estos pacientes y el envío e muestra para baciloscopía.

TC4 URTICARIA CRÓNICA: CAUSAS NO INFECCIOSAS E INFECCIOSAS BACTERIANAS. Vladimir Guzmeli V.¹ Jorge A. Fernández V.² ¹Servicio de Inmunología y Alergia. Departamento de Laboratorios, Hospital Escuela Universitario (HEU); ²Hospital y Clínicas Viera; Tegucigalpa, Honduras.

Introducción. La urticaria es una reacción de la piel y mucosas, caracterizado por ronchas, frecuentemente pruriginosas, con o sin angioedema; puede ser de origen inmunológico, no inmunológico o desconocido; Se clasifica en aguda (menos de 6 semanas) o crónica (más de 6 semanas). **Objetivo:** Describir las causas más frecuentes asociadas a urticaria, en pacientes de la consulta externa de Inmunología y Alergia del HEU. **Método:** Estudio prospectivo, observacional, de 143 pacientes con urticaria aguda o crónica, realizado durante el período julio 2013 a junio de 2015. Un instrumento clínico registró las variables: edad, sexo, procedencia, antecedente personal o familiar o actividad de enfermedad atópica o autoinmune, asociación a medicamentos y formas graves del síndrome; leucocitos, basófilos y eosinófilos, niveles séricos de IgE total y específica a alérgenos alimentarios e inhalados y pruebas cutáneas de esos mismos antígenos, así como

pesquisa de los agentes bacterianos más asociados a enfermedades respiratorias, gastrointestinales y urinarias. **Resultados:** De los 143 pacientes, 61% (87 casos) presentó urticaria crónica y 39% (56 casos) la forma aguda, con amplio predominio del sexo femenino, mayores de 20 años de edad (91%), procedentes del área urbana (85% de Tegucigalpa y alrededores). En 11% (16 casos) hubo antecedente de alergia a penicilina, un caso presentó anafilaxia en alguna ocasión, en tanto que 10% (14 pacientes) tenían autoinmunidad asociada, 7% (10 casos)) IgE total elevada, 8% (11 casos) leucopenia, 46% con dermatografismo rojo (66 casos) y 56% (80 casos) IgE específica elevada, con predominio de alergia a alimentos. El agente infeccioso que con más frecuencia se asoció fue *H. pylori* en 35% (50 pacientes), 15% (22 casos) infección del tracto urinario por *Escherichia coli*, 10% (14 casos) con infección combinada por ambos gérmenes en tractos digestivo y urinario y 3% con *Entamoeba histolytica*. **Conclusión:** En esta serie se encontró predominio de urticaria crónica, en mujeres adultas, del área urbana, con variedad de causas, incluyendo atopia, autoinmunidad e infecciones,

TC5 RESISTENCIA DEL VIH A DROGAS ARV EN HONDURAS DESPUÉS DE 10 AÑOS DE TRATAMIENTO ARV. Gustavo Reyes – Terán (1), Santiago Ávila Ríos(2), Elsa Palou (3), Rita Meza (4), Sandra Nuñez (5), Leda Parham (6), Norma Flores (7), Diana Valladares (8), Luisa M. Pineda (9), Dixiana Flores (10), Victor Umanzor (11), Wendy Murillo (12), Ivette Lorenzana(13). 1 y 2 Instituto Nacional Enfermedades Respiratorias, CIENI México ,DF. 3 Dirección Docencia , CAI/ HEU/UNAH. 4 y 5 Secretaría de Salud, Dpto. VIH/sida. 6,12 y 13: Microbiología, UNAH, 7 CAI/ INCP, Tegucigalpa. 8 y 9: CAI/HMCR, SPS. 10 CAI/La Ceiba, UMIET. 11: CAI/Hospital del Sur, Choluteca.

Introducción. Nos propusimos investigar la resistencia de HIV a ARV's en pacientes con falla al tratamiento (resistencia adquirida) y en pacientes no expuestos al tratamientos (resistencia pre-tratamiento) en Honduras después de 10 años de tratamiento ARV generalizado, así como la epidemiología molecular y subtipo viral predominante. **Métodos.** Estudio prospectivo, longitudinal, multicentrico, en 5 centros de atención integral: Hospital Escuela, INCP, Hospital Mario Catarino Rivas, CAI de Hospital Atlántida y Hospital del Sur en Choluteca. Se estudiaron 365 pacientes VIH Positivo antes de iniciar tratamiento y 381 pacientes en tratamiento ARV entre Abril de 2013 y Abril de 2015. Se efectuó conteo de CD4, carga viral y genotipo en laboratorio de infectología, CIENI/INER México. Se utilizó la lista de mutaciones de WHO/HIVDR y el algoritmo de Stanford; Los individuos recientemente infectados se identificaron utilizando un algoritmo multiensayo. **Resultados.** La resistencia pre-tratamiento (PDR) a cualquier droga ARV fue 11.5% (95% CI 8.4-15.2%), la prevalencia de NNRTI/PDR (8.2%), NRTI (2.2%), IP (1.9%); PDR en pacientes recientemente infectados fue 13.6 % y no hubo diferencia significativa con la PDR en pacientes con infecciones de larga data (10.7%), la mutación PDR más frecuente fue M461L (1.4%) T215 (0.5%) K103NIS (5.5%); La prevalencia de resistencia adquirida (ADR) en pacientes con menos de 48 meses de terapia ARV fue de 87.8% y para los de más de 48 meses en ARV de 81.3%; ADR a tres tipos de drogas aumentó en pacientes con períodos más largos de tratamiento ARV (p= 0.0343); M184V y K103N fueron las mutaciones más frecuentes en ADR. Hubo correlación de frecuencia de mutaciones de ADR y PDR para los IP y los NNRTI, pero no para los NRTI. Clusters de virus se observaron sugiriendo transmisión de resistencia a HIV de pacientes expuestos a ARV's a pacientes ARV-naive. Y también entre individuos ARV-naive, el subtipo viral más frecuente fue el B. **Conclusiones.** La prevalencia global de resistencia pre-tratamiento en Honduras permanece en el nivel intermedio después de 10 años de uso diseminado de ARV's; sin embargo por algoritmo Stanford la prevalencia es alta. La evidencia de resistencia adquirida influencia la resistencia pre-tratamiento y esto fue observado en análisis filogenéticos y correlaciones de frecuencia de mutaciones ADR/PDR, el subtipo viral que circula en el País es el B.

TC6 RESISTENCIA DEL VIRUS DE VIH A DROGAS ARV EN PACIENTES PRE-TRATAMIENTO EN LA REGIÓN MESOAMERICANA, 2010-2014. Gustavo Reyes Terán (1), Santiago Avila (2), Carlos Mejia (3), Marvin Manzanero (4), Elsa Palou (5), Rita Meza (6) Sandra Núñez(7) Wendy Murillo (8), Ivette Lorenzana (9), Guillermo Porras (10), Carlos Quant (11), Nestor Sosa (12), Juan Pascale (13), Sanjay Metha (14), Joel Wertheim (15), Ann Denis (16), Richard Harrigan (17). 1 y 2: Instituto Nacional Enfermedades Respiratorias (INER) Centro de Investigación Enfermedades Infecciosas (CIENI), México DF; 3: Hospital Roosevelt, Ciudad Guatemala; 4: Ministerio de Salud, Belmopán, Belice; 5: UNAH/HEU, Honduras; 6y7: Secretaría de Salud, Honduras; 8y9: UNAH, 10 y 11: Hospital Metropolitano, Managua, Nicaragua, 12 y 13: Instituto Gorgas, Panamá; 14 y 15: UCSD, 16: University of North Carolina; 17: Center for Excellence in HIV/AIDS, BC.

Introducción: Nos propusimos estudiar el nivel de resistencia del virus de VIH a drogas ARV en pacientes pre-tratamiento en la región Mesoamericana, así como estudiar la epidemiología molecular del virus y analizar la presencia de cluster virales así como los patrones migratorios del virus en nuestra región. **Metodología:** Estudio prospectivo, longitudinal, Internacional y multicéntrico en 6 países y 24 centros de tratamiento ARV: Mexico, Guatemala, Belice, Honduras, Nicaragua y Panamá, se estudiaron 3,831 pacientes VIH positivo antes de iniciar tratamiento, se les efectuó determinación de CD4, carga viral, genotipaje, estudio de subtipos virales en laboratorio de infectología CIENI/INER, México, de 2010 a 2014. Se utilizó la lista de mutaciones WHO/HIVDR y el Algoritmo de Stanford así como algoritmo multiensayo para pacientes recientemente infectados. **Resultados:** Los niveles de resistencia en Pre-TAR (PDR) fue intermedia en la mayoría de los países de la región según los criterios de OMS: (5-15%), excepto Belice que mostró niveles entre 15 y 19%, los NNRTI alcanzaron nivel intermedio de resistencia en Guatemala, Belice, Honduras y Panamá, los IP y NRTI mostraron niveles de resistencia bajos, sin embargo Nicaragua mostró niveles de resistencia intermedio a NRTI; simultáneamente se evidenciaron patrones de frecuencia de mutaciones de PDR muy diferentes entre países. En México se observaron clusters con PDR entre HSH, en Guatemala se encontró agrupamientos de PDR a NNRTI de hombres y mujeres de varios departamentos sugiriendo transmisión heterosexual, Nicaragua presentó cluster de PDR a NRTI de grupos mixtos y HSH, en Belice se encontró Clusters de PDR a NNRTI en hombres y mujeres que sugiere transmisión heterosexual, en Honduras y Panamá se observaron agrupamientos pequeños formados por HSH. En cuanto a epidemiología molecular del virus en la región se encontró una alta prevalencia de subtipo B y en todos los casos la prevalencia de subtipos NO-B fue menor al 3%, salvo Belice donde cerca del 40% de los virus fueron No-B especialmente subtipo C; Se combinaron secuencias del Mesoamericano con secuencias de USA llegando a cerca de 12,595 secuencias, se establecieron posibles grupos de transmisión y solo 4.5% de ellos fueron transnacionales usualmente en personas jóvenes, HSH, con niveles altos de CD4 y CV altas. **Conclusiones.** La prevalencia global de PDR es alta en Belice e Intermedia en los demás Países; se observaron escenarios epidemiológicos altamente divergentes en los distintos Países por lo que es recomendable que cada País desarrolle sus estudios de epidemiología molecular y PDR; la mayor parte de la transmisión de VIH ocurre dentro de cada País, sin embargo se encontraron conexiones internacionales en un 4%, estas migraciones virales seguramente influyen en la diseminación y diversidad del virus de VIH en Mesoamérica.

TC7 CHIKUNGUNYA PEDIÁTRICO EXPERIENCIA PRELIMINAR HONDUREÑA 2015. CARACTERIZACIÓN CLÍNICA Y EPIDEMIOLÓGICA. José Antonio Samra^{1,2,4}, Edil Argueta², Katherine Cruz², Víctor Muñoz^{1,2}, Marco Tulio Medina⁶, Manuel Sierra^{1,2}, Marco Luque¹, Cristina Rodrigues⁷, Concepción Zuniga⁸, Leda Parham⁵, Iveth Lorenzana⁵, Mario Mejía², Ricardo Fernández, Eduardo Fernandez², Romeo Montoya⁶; ¹Departamento de Pediatría Hospital Escuela Universitario (HEU); ²Departamento de Pediatría Docente UNAH; ³Departamento de Salud Pública UNAH; ⁴GTI Internacional Dengue y Chikungunya OPS; ⁵ Representante OPS Enfermedades Vectoriales en Honduras; ⁶Decano de Facultad de Ciencias Médicas UNAH; ⁷ UPEG Hospital Escuela Universitario; ⁸ Departamento de Epidemiología (HEU).⁹ Departamento de Microbiología UNAH.

Antecedentes: Chikungunya, enfermedad emergente en nuestro país, entre el último trimestre del 2014 y lo que va de año 2015 ha contabilizado nacionalmente 60,000 casos. Los menores de 2 años de edad son grupo de riesgo por severidad de síntomas y complicaciones graves. No tenemos ninguna experiencia clínica pediátrica documentada en el país. **Objetivo:** Caracterizar clínico, laboratorio y epidemiológicamente población pediátrica atendida en Hospital Escuela Universitario entre Marzo y Junio 2015. **Metodología** Estudio Descriptivo, transversal de 128 casos positivos por Chikungunya, atendidos clínicamente y confirmados por PCR-RT; captándose variables clínicas y socio demográficas mediante instrumentos y análisis estadísticos. **Resultados:** El 82% menores de 2 años, 59% masculinos, 95% del Distrito Central, 84% ingresaron primeras 72 horas de evolución, 53% egresaron en las primeras 72 horas. Los 4 principales síntomas en orden frecuencia: fiebre, rash, irritabilidad y síndrome de hiperalgia. Media de temperatura al ingreso 39.1° C, 81% rash maculopapular, 43% con complicaciones, principalmente convulsiones y meningoencefalitis. Con 8.6% comorbilidad con dengue, leucocitos normales o ligera leucopenia, con linfopenia y plaquetas normales. Mortalidad de 0.78%. **Conclusiones y Recomendaciones:** El grupo de mayor riesgo son recién nacidos y lactantes masculinos, con fiebre elevada, rash maculopapular, hiperalgia e irritabilidad, con nexos epidemiológico y con mortalidad asociada a meningoencefalitis.

TC8 CAUSAS DE MORTALIDAD EN LA EMERGENCIA DE MEDICINA INTERNA, HOSPITAL ESCUELA UNIVERSITARIO, DURANTE EL 2014. Laura Yessenia Martínez, Allan Andrei Zelaya Torres. Médicos Residentes de III Año, Postgrado de Medicina Interna, FCM/UNAH.

Antecedentes: Honduras no cuenta con análisis crítico de mortalidad, valiosa herramienta para planificación y gestión hospitalaria. **Objetivo:** Determinar causas básicas de muerte en pacientes de Emergencia, Medicina Interna, HEU, durante 2014. **Metodología:** Estudio descriptivo, tipo serie de casos, se analizó hoja de defunción y expediente de 628 pacientes fallecidos en Emergencia de Medicina Interna, HEU, durante 2014. **Resultados:** Sexo: femenino: 50%, masculino 48%, 315 (51%) mayores de 61 años, 64% procedentes de Francisco Morazán, la mayoría con antecedentes de hipertensión arterial (42%) y diabetes mellitus (24%); Dentro de las causas de muerte se evidenció enfermedades cardiovasculares (26%) como la principal, seguido de enfermedades infecciosas (24%); Entre ellas: neumonía 35(23%), infección de piel y partes blandas 29 (19%), infección abdominal 24 (16%), diarrea 20 (13%), infección tracto urinario 16 (11%) y VIH/sida 11 (7%). Del total 541 (86%) recibieron tratamiento, el 10% se administró en la primera hora, 42% de 2-6 horas y 28% entre 7 y 24 horas, y, en 87 (14%) no se evidenció que recibieron tratamiento. **Conclusión:** Enfermedades cardiovasculares son las principales causas de muerte en Emergencia, Medicina Interna, HEU, representadas por evento cerebrovascular e infarto de miocardio. Seguidas de causas infecciosas, siendo neumonía la principal, seguida por infecciones de piel y partes blandas. **Recomendaciones:** 1.- Promover campañas de educación sobre signos de gravedad en

patologías, con énfasis en control y prevención de factores de riesgo cardiovascular. 2.- Activar comités de mortalidad, para promover realización de autopsias. 3.- Continuar realizando estudios de investigación para conocer mortalidad hospitalaria y mejorar calidad asistencial.

TRABAJO LIBRE CLINICO (TCL)

PRESENTACION DE CARTELES

TCL1 CASO ATÍPICO DE CHIKUNGUNYA: TENOSINOVITIS BILATERAL SUBAGUDA NEONATAL POST INFECCION. José Antonio Samra^{1,2,4}, Victor Muñoz^{1,2}, Francisco Godoy³, Marco Luque¹; ¹Departamento de Pediatría Hospital Escuela Universitario (HEU); ²Departamento de Pediatría UNAH; ³Servicio de Reumatología HEU; ⁴GTI Internacional Dengue y Chikungunya OPS.

Antecedentes: Las complicaciones reumatológicas subagudas y crónicas son raras en la población infantil afectadas por virus de Chikungunya. Su base autoinmune hace que el manejo de estos pacientes sea multidisciplinario para evitar secuelas irreversibles. **Descripción del caso:** Paciente masculino de 28 días de vida, procedente del Distrito Central, ingresado por cambios inflamatorios articulares en segundo dedo de ambas manos, acompañado de dolor a la movilización, edema y limitación funcional articular de 5 días de evolución. Con antecedentes personales patológicos de haber sido egresado de la unidad de Chikungunya del Hospital Escuela Universitario 10 días previos al ingreso, en donde estuvo hospitalizado por cuadro de Chikungunya durante 4 días; sin complicaciones, con buena evolución clínica y con PCR-RT + por CHIKV. Se realizó USG doppler articular, rayos X, test de sepsis neonatal y hemograma, los cuales resultaron normales. Fue evaluado por servicio de Reumatología, quien estuvo de acuerdo con el diagnóstico establecido. Los médicos tratantes iniciaron Ibuprofeno a dosis de 10mg/kg/ dosis, cada ocho horas por cuatro semanas y fisioterapia de liberación de extensor de segunda falange de ambas manos, con excelente evolución clínica y recuperación articular funcional. **Conclusiones y Recomendaciones:** Las complicaciones articulares subagudas y crónicas infantiles neonatales, son infrecuentes por virus de Chikungunya; con una incidencia de 0.3% de los pacientes atendidos. Su manejo requiere de una fineza de diagnóstico clínico temprano, mediante una buena historia clínica, un buen nexo epidemiológico y un buen examen físico. Su tratamiento es multidisciplinario y aborda la utilización del componente farmacológico, fisioterapéutico y nutricional adecuado.

TCL2 UVEÍTIS SUBAGUDA UNILATERAL MIXTA EN LACTANTE POR VIRUS DE CHIKUNGUNYA Y HERPES. José Antonio Samra Vásquez^{1,2,3} Julia Alejandra Rodríguez Antúnez,⁵ Victor Muñoz,^{1,2} Carlos Maldonado.³ ¹Especialista Departamento Pediatra Hospital Escuela Universitario, ²Docente Departamento de Pediatría UNAH, ³GTI internacional Dengue y Chikungunya OPS, ⁴Oftalmólogo Pediatra Hospital Escuela Universitario, ⁵Alumna de Medicina UNAH.

Antecedentes: Chikungunya es una enfermedad emergente en nuestro país, capaz de producir complicaciones oftalmológicas subagudas y crónicas. Las manifestaciones atípicas oftalmológicas subagudas, son poco frecuentes en población infantil y representan el 0,3% de pacientes con la enfermedad. Las presentaciones clínicas principales de la uveítis por virus de Chikungunya son la

granulomatosa y no granulomatosa anterior. El mecanismo fisiopatológico es autoinmune. **Descripción del caso:** Lactante, masculino, 15 meses de edad, procedente de La Paz, ingresado por leucocoria, disminución de agudeza visual y epifora en ojo izquierdo de 2 meses de duración. Con antecedente de haber padecido 2 meses antes de enfermedad febril aguda por virus de Chikungunya, con PCR-RT positiva. Al examen físico muestra reducción de la agudeza visual 20/200 en ojo izquierdo. Durante abordaje diagnóstico se realizaron TAC, USG y exploración con retinocámara, de globo ocular izquierdo, las cuales descartaron retinoblastoma y revelan lesión en cámara anterior con imagen hiperecogénica compatible con uveítis aguda no granulomatosa por Chikungunya. La serología IgM por Herpes virus tipo 1 resulto positiva. El tratamiento establecido por oftalmólogo fue con prednisolona y timolol oftálmico; más aciclovir intravenoso. Después de la intervención médica la recuperación de agudeza visual ha sido del 90% con excelente evolución clínica. **Conclusiones y Recomendaciones:** Las manifestaciones oftalmológicas pueden estar presentes en el momento de la fiebre o después de muchas semanas en la etapa subaguda y puede existir comorbilidad con herpes virus. Se recomienda al personal de salud estar atento a las complicaciones subagudas y crónicas oftalmológicas por Chikungunya en los niños.

TCL3 PARACOCIDIOIDOMICOSIS CUTÁNEA EN PACIENTE INMUNOCOMPETENTE. Alexa Caballero, Miguel Osejo, Alexis Rivas, Incia Orellana, UNAH- FCM Postgrado Medicina Interna, Tegucigalpa, Médicos Residentes, Hospital Escuela Universitario-Facultad de Ciencias Médicas.

Antecedentes: La paracoccidioidomicosis es una enfermedad endémica de América Central, Sur América y zonas tropicales de México. En Honduras la información epidemiológica es escasa. Los casos esporádicos se han informado desde 1931 como blastomicosis sudamericana que es un sinonimo de paracoccidioidomicosis. **Descripción de caso clínico:** Paciente masculino de 37 años de edad, procedente de Juticalpa, Olancho, con reciente migración a los Estados Unidos. En el transcurso del viaje desarrolló espontáneamente lesiones vesiculares y ulceradas con costras melicéricas que iniciaron en área de hemicara izquierda y progresaron hasta afectar tórax anterior, posterior y miembros superiores. Se practicaron varios estudios, incluyendo biopsias de las lesiones, resultando negativas. La enfermedad progresó entre 8-9 meses hasta desarrollar respuesta inflamatoria sistémica, con afección del estado general. Acudió a la Sala de Emergencia del Hospital Escuela Universitario. Se le completaron estudios incluyendo coloración de Giemsa de los tejidos afectados, observando levaduras multigemantes, confirmando el diagnóstico con estudio histopatológico de las lesiones. El paciente fue tratado con anfotericina B y luego itraconazole, con muy buena evolución. **Conclusiones/Recomendaciones:** El informe de este tipo de casos contribuye al conocimiento clínico y epidemiológico local. Es necesario investigar ésta y otras micosis, especialmente en pacientes con sospecha de tuberculosis no comprobada por baciloscopia o cultivo.

TCL4 INFECCIÓN DISEMINADA Y SEVERA POR CITOMEGALOVIRUS EN UN PACIENTE INMUNOCOMPETENTE: REPORTE DE CASO. Guímel Peralta,¹ Efraín Bú,² Joan Lagos,³ Edgardo Murillo⁴. ¹Médico Residente de Tercer Año Postgrado de Medicina Interna Universidad Nacional Autónoma de Honduras (UNAH); ²Especialista en Medicina Interna e Infectología Hospital Escuela Universitario (HEU); ³Médico Residente de Segundo Año Postgrado de Patología UNAH; ⁴Especialista en Anatomía Patológica HEU.

Antecedentes: La enfermedad severa por citomegalovirus (CMV) se encuentra usualmente asociada con infección en pacientes inmunocomprometidos, mientras su presentación clínica en pacientes inmunocompetentes no se encuentra bien documentada. Existen pocos reportes de

infección severa o prolongada en pacientes inmunocompetentes. **Descripción del caso clínico:** Hombre de 29 años, sin comorbilidades ni hábitos tóxicos, con cuatro meses de diarrea de características infecciosas y con patrón intermitente acompañada de fiebre de dos meses de evolución, continua y de predominio vespertino, cuantificada en 40°C y sin atenuantes definitivos, manifestando hiporexia y pérdida de peso estimada en 15 libras desde el inicio de la enfermedad. Sin datos epidemiológicos contribuyentes. Evidente compromiso del estado general, asténico, cooperador, con parámetros vitales normales y hepatomegalia leve e indolora. Los otros aparatos y sistemas fueron normales. Los estudios de laboratorio iniciales no demostraron alteración hematológica, renal o hepática; los estudios coproparasitológicos fueron negativos; la radiografía de tórax no reveló infiltrados o derrames; la serología por VIH y el perfil inmune fueron negativos. Otros estudios complementarios fueron normales. Durante su estancia hospitalaria manifestó taquipnea acompañada de infiltrados pulmonares difusos, indicándose tratamiento empírico ante posible neumonía atípica, cumpliendo múltiples esquemas de antibióticos, tratamiento antifúngico y antimicótico; también se cumplieron pulsos de esteroides sin mejoría. Su condición clínica exhibió deterioro progresivo hasta el desarrollo de distrés respiratorio asociado a falla múltiple de órganos, requiriendo ventilación mecánica y falleciendo dos meses después de su ingreso a la institución. Los hallazgos anatomopatológicos relevantes en la autopsia sugirieron infección sistémica por CMV y, secundaria a ésta, neumonía necrotizante de focos múltiples, glomerulonefritis reactiva, adrenalitis crónica y hepatitis, entre otros diagnósticos. **Conclusiones y Recomendaciones:** La infección severa por CMV es inusual en pacientes inmunocompetentes. Sin sospecha diagnóstica, detección oportuna y tratamiento eficaz, su deterioro clínico es progresivo, pudiendo evolucionar, como en este caso, a un desenlace fatal.

TCL5 COCCIDIODOMICOSIS PRIMARIA CUTÁNEA, CASO CLÍNICO. Leticia Nohemy Solórzano¹, Efraín Bu Figueroa². ¹Médico Residente de Tercer año de Medicina Interna. ². Infectología/Medicina Interna, Hospital Escuela Universitario, Tegucigalpa.

Antecedentes. la coccidioidomicosis es una de las micosis endémicas en Latinoamérica, y nuestro país cuenta con las condiciones ambientales necesarias para la presencia de esta enfermedad. **Descripción de caso clínico.** Masculino. 37 años procedente de Santa Cruz de Yojoa, Cortes, soltero, agricultor, analfabeta. Fue ingresado en Instituto Nacional Cardiopulmonar el 23 de Octubre 2014 con lesiones en tórax posterior tipo pápulas con cambios inflamatorios y algunas ulceradas de 18 meses de evolución, pruriginosas. Además Tos productiva, esputo blanquecino que se acompañaba de fiebre, hiporexia y pérdida de peso. Con HGB. 9.8 g/dl, plaquetas 696000ul, leucocitos 14300 ul. Se realizan Zielh Neelsen en esputo reporta BAAR positivo. VIH prueba rápida Negativa. Se inició tratamiento tuberculosis pulmonar pero persiste fiebre, mal estado general y lesiones en tórax sin mejoría. Se realiza Biopsia 28 de Octubre encontrando proceso granulomatoso y presencia de esferúlas con endosporas. Hay mejoría clínica al inicio manejo antimicótico. **Conclusiones y Recomendaciones.** Hay múltiples manifestaciones de enfermedades micóticas y entre ellas las dermatológicas tomando importancia las características de las lesiones y gracias al diagnóstico microbiológico fue posible un adecuado tratamiento. Se debe descartar durante ese proceso una amplia gama de diagnósticos diferenciales.

TCL6 ACTINOMICOSIS PULMONAR. Nereida Aceituno, Efraín Bu Figueroa. Postgrado de Medicina Interna, Departamento de Medicina Interna. Hospital Escuela Universitario, Tegucigalpa, Honduras.

E.N.M.C., masculino de 22 años, soltero, desempleado, alfabeto (primaria completa) procedente de Cortés, Epiléptico, diagnosticado desde los 13 años de edad, manejado con fenobarbital, fenitoina y ácido valproico. En 2012 comienza con episodios de dolor pleurítico en hemitórax derecho,

acompañado de ocasional hemoptisis de predominio nocturno y exacerbación con el ejercicio, razón por la cual es hospitalizado en 2012 en Hospital Mario Catarino Rivas, donde fue manejado intrahospitalariamente como proceso neumónico durante 13 días; se realiza tomografía de tórax, la cual se recibe sin reporte escrito: En diciembre de 2014 presenta exacerbación aguda de este cuadro, razón por la cual se refiere del Hospital Mario Catarino Rivas al Instituto Nacional Cardiopulmonar el 14 de enero de 2015 El examen físico se encuentra caries dentales y gingivitis. Resto de exámen físico normal. Se le realiza hemograma completo, química sanguínea la cual se encontró dentro de límites normales Durante la hospitalización aumentó la respuesta leucocitaria hasta 23,000 a expensas de neutrofilos, derrame pleural derecho del 90%, recibió manejo antibiótico en primera instancia con piperacilina-tazobactam y finalmente con imipenem-cilastatina a dosis plenas durante un total de 14 días. Estudios bacteriológicos de secreción bronquial que no reportan bacterias patógenas; ZiehlNeelsen, KOH negativos, ADA, citopatología negativos. Ultrasonido abdominal total normal. La espirometría se encontró dentro de valores de referencia. La broncoscopia evidenció tumor endobronquial del segmento posterior, lóbulo superior, derecho. La TAC de tórax reportó una lesión heterogénea de características abscedadas, en segmento anterior de lóbulo superior derecho. Se decide realizar toracotomía posterolateral derecha, con biopsia de lesión que reporta. Tejido pulmonar con arquitectura alterada, con estroma fibrotico con abundante infiltrado linfocito, con presencia de hemorragia alveolar multifocal, hay evidencia intrabronquial y en gránulos separados de agregados de bacterias filamentosas. Diagnóstico: neumonía intersticial mixta con fibrosis y con infiltrado folicular insterticial secundaria a actinomicosis bronquial.

PATROCINADORES

Biblioteca Virtual en Salud de Honduras (www.bvs.hn)

GlaxoSmithKline

Instituto de Enfermedades Infecciosas y Parasitología Antonio Vidal

Mefasa Farma

Merck Sharp & Dohme

