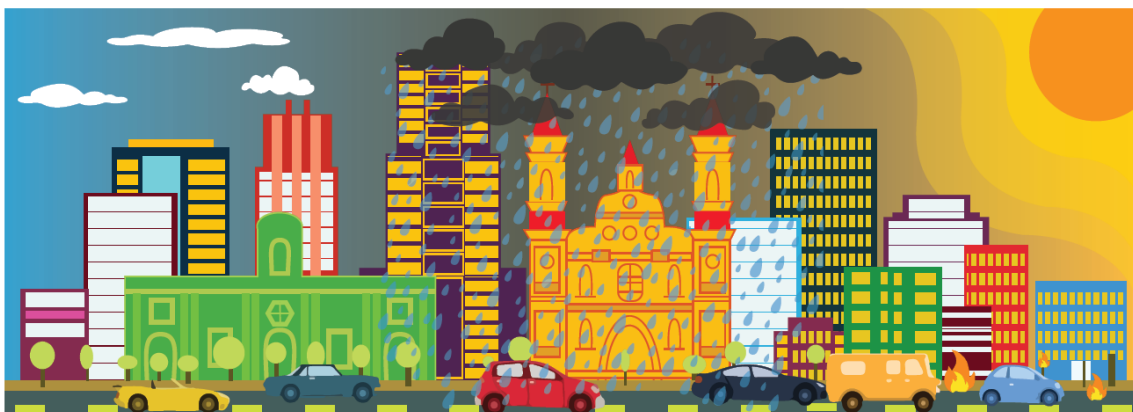


Colegio Médico de Honduras
Centro Nacional de Educación Médica Continua
SOCIEDAD HONDUREÑA DE ENFERMEDADES
INFECCIOSAS (SHEI)

CONGRESO NACIONAL DE ENFERMEDADES INFECCIOSAS

XIX CURSO NACIONAL DE ENFERMEDADES INFECCIOSAS

“El Cambio Climático y su Influencia en la Salud Humana”



TEMAS

Influencia del calentamiento global en las enfermedades vectoriales

Cambio Climático y su efecto en la transmisión de infecciones

Vacunación en casos de desastres naturales

Abordaje de las enfermedades parasitarias en épocas de inundaciones

Infecciones transmitidas por el agua

Enfermedades transmitidas por roedores

Enfermedades Emergentes y Reemergentes

Enfermedades exantemáticas virales

Resistencia Bacteriana

Encefalitis virales

Hepatitis Virales

Enfermedad de Chagas

Leshmaniasis

Malaria

VIH

■ **20-22**
junio, 2019

■ **Hotel Clarion**
Tegucigalpa

PROGRAMA CIENTIFICO Y RESUMENES

II CONGRESO NACIONAL DE ENFERMEDADES INFECCIOSAS

***El Cambio Climático y su Influencia en la Salud
Humana***

Hotel Clarion, Tegucigalpa, Honduras

20-22 de junio de 2019

CONTENIDO

SOCIEDAD HONDUREÑA DE ENFERMEDADES INFECCIOSAS	4
JUNTA DIRECTIVA 2018 - 2020.....	4
COMITÉ ORGANIZADOR	5
BIENVENIDA	6
MENSAJE DE BIENVENIDA DEL PRESIDENTE DEL COMITÉ ORGANIZADOR DEL II CONGRESO NACIONAL DE ENFERMEDADES INFECCIOSAS	6
MENSAJE DE BIENVENIDA DEL COORDINADOR CIENTIFICO DEL II CONGRESO NACIONALDE ENFERMEDADES INFECCIOSAS	7
PROGRAMA CIENTIFICO	8
CONFERENCIAS MAGISTRALES	14
RESUMENES DE TRABAJOS LIBRES	16
RESUMENES DE CONFERENCIAS MAGISTRALES (C)	18
RESUMENES DE TRABAJOS LIBRES (TL)	27
INDICE POR AUTOR	40
INDICE POR TEMA	41

SOCIEDAD HONDUREÑA DE ENFERMEDADES INFECCIOSAS

La Sociedad Hondureña de Enfermedades Infecciosas (SHEI) es una agrupación de carácter científico y cultural constituida por médicos especialistas en Infectología y otras especialidades afines. Las actividades de la SHEI se desarrollan con los siguientes objetivos:

1. Promover el conocimiento e investigación de las enfermedades infecciosas en general y aquellas prevalentes en Honduras en particular.
2. Contribuir a la integración de las actividades de los profesionales médicos en el campo de las enfermedades infecciosas y especialidades afines.
3. Elevar el nivel de la ética profesional y eficiencia en el ejercicio médico de acuerdo a lo establecido en la Ley Orgánica del Colegio Médico de Honduras y en los estatutos de la SHEI.
4. Fomentar el intercambio científico, las buenas relaciones y la integración profesional con otras sociedades nacionales e internacionales que busquen fines similares.
5. Promover y estimular el mejoramiento científico y cultural, y las relaciones profesionales y sociales de sus socios.
6. Propiciar toda actividad lícita que beneficie directamente a los socios que la integran.

JUNTA DIRECTIVA 2018 - 2020

Presidente:	Dr. Marco T. Luque
Secretaria:	Dra. Wendy Moncada
Tesorero:	Dr. Concepción Zúniga
Fiscal:	Dr. Efraín Bu Figueroa
Vocal:	Dra. Sara Rivera
Coodinador Científico:	Dr. Tito Alvarado

II CONGRESO NACIONAL DE ENFERMEDADES INFECCIOSAS

El Cambio Climático y su Influencia en la Salud Humana

Hotel Clarion, Tegucigalpa, Honduras

20-22 de junio de 2019

COMITÉ ORGANIZADOR

Presidente: Dr. Marco T. Luque

Secretaria: Dra. Wendy Moncada

Tesorero: Dr. Concepción Zúniga

Comité Logístico: Miembros SHEI

Comité Científico: Dr. Ramón J. Soto, Coordinador;
Dra. Jackeline Alger; Dr. Tito
Alvarado.

SOCIEDAD HONDUREÑA DE ENFERMEDADES INFECCIOSAS

BIENVENIDA

MENSAJE DE BIENVENIDA DEL PRESIDENTE DEL COMITÉ ORGANIZADOR DEL II CONGRESO NACIONAL DE ENFERMEDADES INFECCIOSAS

En nombre de la Sociedad Hondureña de Enfermedades Infecciosas (SHEI), les damos la mas cordial bienvenida al II Congreso Nacional y XIX Curso Nacional de Enfermedades Infecciosas, bajo el titulo “El Cambio Climático y su Influencia en la Salud Humana”. Durante este evento se abordarán temas de la problemática actual de la salud publica regional y nacional relacionados con los cambios ocurridos en la región a tanto a nivel ambiental como social en los últimos años.

Hemos diseñado un programa variado abarcando las distintas áreas de la Infectologia de interés para diferentes profesionales de la salud, Médicos, Enfermeras, microbiólogos y farmaceutas. Es por ello que se han incluido presentaciones sobre Enfermedades Emergentes y reemergentes, Resistencia Bacteriana, Enfermedades Virales, Enfermedades Parasitarias, Enfermedades Micóticas, Vacunas entre otros.

Agradecemos en especial a los autores de trabajos libres que dan un valor agregado a nuestro congreso presentándonos experiencias que reflejan nuestra realidad y diario vivir en los servicios de salud. Agradecemos a todos por su asistencia, esperamos que este evento sea un espacio de encuentro para adquirir y compartir conocimientos, vivencias y sea de provecho para todos.

Dr. Marco Tulio Luque
Presidente SHEI

SOCIEDAD HONDUREÑA DE ENFERMEDADES INFECCIOSAS

MENSAJE DE BIENVENIDA DEL COORDINADOR CIENTIFICO DEL II CONGRESO NACIONAL DE ENFERMEDADES INFECCIOSAS

La Sociedad Hondureña de Enfermedades Infecciosas (SHEI) organiza su II Congreso Nacional de Enfermedades Infecciosas y su XIX Curso Nacional de Enfermedades Infecciosas, bajo el lema: *El Cambio Climático y su Influencia en la Salud Humana*. El problema del cambio climático es mundial, y nos afecta a todos directa o indirectamente, pero la evidencia científica señala que este fenómeno tiene un impacto negativo muy fuerte en la salud de las personas en general, afectando más a aquellas en los extremos de la vida y con condiciones mórbidas crónicas de base.

Dada la actualidad y afectación del cambio climático en la salud y bienestar de las personas, la SHEI consideró sumamente importante abordar la temática de las enfermedades infecciosas desde la perspectiva de este fenómeno. Ya es muy evidente, como las enfermedades transmitidas por vectores, como las arbovirosis han aumentado su incidencia, provocando epidemias en nuestro país. También hemos sido testigos de la emergencia de nuevos problemas como el Zika. La afectación del medio ambiente y su impacto ecológico influye en la proliferación desequilibrada de vectores de enfermedades infecciosas, lo que, junto a la creciente resistencia antimicrobiana, constituyen problemas que, de no ser atendidos de manera urgente, eficiente y efectiva, tendrán un impacto severo en el bienestar de la población.

El II Congreso Nacional y el XIX Curso Nacional de Enfermedades Infecciosas abordará temas de interés científico y social, no solamente desde su abordaje eminentemente clínico, sino también epidemiológico y de la salud pública. Contaremos con connotados conferencistas nacionales de diferentes especialidades afines a la infectología, que desarrollarán una variada y atractiva agenda de exposiciones magistrales. Esta se complementa y se enriquece enormemente con la presentación de trabajos libres inéditos de investigadores nacionales, quienes expondrán casos clínicos seleccionados, experiencias sistemáticas en el campo, así como trabajos científicos de estudios que se han realizado sobre enfermedades infecciosas prioritarias en el país.

Es un placer darles la más cordial bienvenida a estos eventos, deseando que sean de provecho para su formación e información profesional, y que el abordar este tema central provoque el sentido de urgencia que se requiere para no ser solo meros expectantes sino activistas desde nuestro rol profesional y nuestra responsabilidad como habitantes del planeta, a fin de actuar consecuentemente.

Dr. Ramón Jeremías Soto
Coordinador Comité Científico

II CONGRESO NACIONAL DE ENFERMEDADES INFECCIOSAS
El Cambio Climático y su Influencia en la Salud Humana

Hotel Clarion, Tegucigalpa, Honduras
20-22 de junio de 2019

PROGRAMA CIENTIFICO

JUEVES, 20 DE JUNIO 2019

07:00 Información / Inscripción

SALÓN 1

08:00 Conferencia Magistral: Cambio Climático y su Influencia
en la Salud Humana
Dr. Jeremías Soto

08:30 Conferencia Magistral: Radiación solar y su impacto en la
piel y mucosas
Dr. Elmer López-Lutz

BLOQUE I

Moderador: Dr. Manuel Sierra

09:00 Influencia del calentamiento y la pluviosidad en la
transmisión de las enfermedades vectoriales
Dr. Efraín Bú

09:30 Encefalitis virales
Dr. Tito Alvarado

10:00 Receso

10:30 Actualización de la Resistencia bacteriana a Gram
negativos
Dra. Diana Varela

11:00 Actualización de la Resistencia bacteriana a Gram
positivos
Dr. Oscar Gómez

11:30 Virus exantemáticos
Dr. Marco Tulio Luque

12:00 Preguntas y Respuestas

12:20 Simposium 1 / Trabajos Libres 1 (8 TL)

JUEVES, 20 DE JUNIO 2019

07:00 Información / Inscripción

SALÓN 2

08:00 **Conferencia Magistral: Cambio Climático y su Influencia en la Salud Humana**
Dr. Jeremías Soto

08:30 **Conferencia Magistral: Radiación solar y su impacto en la piel y mucosas**
Dr. Elmer López-Lutz

BLOQUE II

Moderadora: Dra. Wendy Moncada

09:00 **Malaria**
Dra. Jackeline Alger

09:30 **Enfermedad de Chagas**
Dr. Concepción Zúniga

10:00 Receso

10:30 **Babesiosis (piroplasmosis)**
Dra. Jackie Alger

11:00 **Leishmaniasis**
Dr. Concepción Zúniga

11:30 **Bartonellosis (E. Carrión, E. arañazo gato, angiomatosis bacilar)**
Dr. Emilio Barreto

12:00 Preguntas y Respuestas

12:20 **Simposium 1 / Trabajos Libres 1 (8 TL)**

VIERNES, 21 DE JUNIO 2019

SALÓN 1

08:00 Casos Clínicos:

1. Caso Clínico: Dr. E. Bú
2. Caso Clínico: Dr. E. Bú
3. Caso Clínico: Dr. R. Valenzuela
4. Caso Clínico: Dr. M.T. Luque

BLOQUE III

Moderador: Dr. Concepción Zúniga

09:00 Arbovirus hemorrágicos

Dr. Denis Padgett

09:30 Arbovirus No hemorrágicos

Dra. Elsa Palou

10:00 Receso

10:30 Cambio Climático y su efecto en la transmisión vectorial de enfermedades

Dr. Manuel Sierra

11:00 Leptospirosis

Dr. Tito Alvarado

11:30 Ehrlichiosis

Dra. Diana Varela

12:00 Preguntas y Respuestas

12:20 Symposium 2 / Trabajos Libres 2 (8 TL)

VIERNES, 21 DE JUNIO 2019

SALÓN 2

08:00 Casos Clínicos:

1. Caso Clínico: Dr. E. Bú
2. Caso Clínico: Dr. E. Bú
3. Caso Clínico: Dr. R. Valenzuela
4. Caso Clínico: Dr. M.T. Luque

BLOQUE IV

Moderador: Dr. Denis Padgett

09:00 Sarampión

Dr. Renato Valenzuela

09:30 Enfermedades transmitidas por Roedores

Dr. Efraín Bú

10:00 Receso

10:30 Infecciones transmitidas por el agua

Dra. Wendy Moncada

11:00 Alergias y Alergenos: Su relación con el cambio climático

Dr. V. Guzmeli

11:30 Hepatitis virales: Epidemiología y abordaje

Dr. Efraín Bú

12:00 Preguntas y Respuestas

12:20 Simposium 2 / Trabajos Libres 2 (8 TL)

SÁBADO, 22 DE JUNIO 2019

SALÓN 1

08:00 Casos Clínicos:

- 5. Caso Clínico: Dr. E. Bú
- 6. Caso Clínico: Dr. R. Valenzuela
- 7. Caso Clínico: Dr. M.T. Luque
- 8. Caso Clínico: Dra. Elsa Palou

BLOQUE V

Moderadora: Dra. Elsa Palou

09:00 Análisis clínico del paciente febril en Honduras
Dr. Marco Tulio Luque

09:30 Análisis laboratorio del paciente febril en Honduras
Dra. Ivette Lorenzana

10:00 Receso

10:30 Reemergencia de la parotiditis epidémica. Rol de la vacuna trivírica
Dr. Tito Alvarado

11:00 Reemergencia de Tos ferina: Rol de la vacuna anti-tosferina
Dr. Renato Valenzuela

11:30 Actualización en VIH
Dra. Wendy Moncada

12:00 Preguntas y Respuestas

12:20 Simposium 3 / Trabajos Libres 3 (8TL)

14:20 Ceremonia de Clausura

SÁBADO, 22 DE JUNIO 2019

SALÓN 2

08:00 Casos Clínicos:

- 5. Caso Clínico: Dr. E. Bú
- 6. Caso Clínico: Dr. R. Valenzuela
- 7. Caso Clínico: Dr. M.T. Luque
- 8. Caso Clínico: Dra. Elsa Palou

BLOQUE VI

Moderador: Dr. Emilio Barreto

09:00 Cohorte infección Zika en mujeres embarazadas en Honduras

Dra. Jackeline Alger

09:30 Análisis clínico laboratorio del Síndrome de Guillain-Barré en Honduras

Dr. Harly Estrada

10:00 Receso

10:30 Vacunación en niños

Dra. Maribel Rivera

11:00 Vacunación en adultos

Dr. Tito Alvarado

11:30 Ética en la práctica médica

Dr. Denis Padgett

12:00 Preguntas y Respuestas

12:20 Simposium 3 / Trabajos Libres 3 (8TL)

14:20 Ceremonia de Clausur

II CONGRESO NACIONAL DE ENFERMEDADES INFECCIOSAS

El Cambio Climático y su Influencia en la Salud Humana

Hotel Clarion, Tegucigalpa, Honduras

20-22 de junio de 2019

CONFERENCIAS MAGISTRALES

CODIGO	CONFERENCIA
1C	CAMBIO CLIMÁTICO Y SU INFLUENCIA EN LA SALUD HUMANA. Dr. Jeremías Soto
2C	RADIACIÓN SOLAR Y SU IMPACTO EN LA PIEL Y MUCOSAS. Dr. Angel Cruz
3C	INFLUENCIA DEL CALENTAMIENTO Y LA PLUVIOSIDAD EN LA TRANSMISIÓN DE LAS ENFERMEDADES VECTORIALES. Dr. Efraín Bú
4C	ENCEFALITIS VIRALES. Dr. Tito Alvarado
5C	ACTUALIZACIÓN DE LA RESISTENCIA BACTERIANA A GRAM NEGATIVOS. Dra. Diana Varela
6C	ACTUALIZACIÓN DE LA RESISTENCIA BACTERIANA A GRAM POSITIVOS. Dr. Oscar Gómez
7C	VIRUS EXANTEMÁTICOS. Dr. Marco Tulio Luque
8C	MALARIA, CAMBIO CLIMATICO Y SITUACION REGIONAL. Dra. Jackeline Alger
9C	ENFERMEDAD DE CHAGAS. Dr. Concepción Zúniga
10C	BABESIOSIS, CAMBIO CLIMÁTICO Y CONSECUENCIAS ECOLOGICAS. Dra. Jackeline Alger
11C	LEISHMANIASIS. Dr. Concepción Zúniga
12C	BARTONELOSIS. Dr. Emilio Barreto

13C	ARBOVIRUS HEMORRÁGICOS. Dr. Denis Padgett
14C	ARBOVIRUS NO HEMORRÁGICOS. Dra. Elsa Palou
15C	CAMBIO CLIMATICO Y SU EFECTO EN LA TRANSMISION VECTORIAL DE ENFERMEDADES. Dr. Manuel Sierra
16C	LEPTOSPIROSIS. Tito Alvarado
17C	ERLICHIOSIS. Dra. Diana Varela
18C	SARAMPIÓN. Dr. Renato Valenzuela
19C	ENFERMEDADES TRANSMITIDAS POR ROEDORES. Dr. Efraín Bú
20C	INFECCIONES TRANSMITIDAS POR EL AGUA. Dra. Wendy Moncada
21C	ALERGIAS Y ALERGENOS: SU RELACIÓN CON EL CAMBIO CLIMÁTICO. Dr. Vladimir Guzmeli
22C	HEPATITIS VIRALES: EPIDEMIOLOGÍA Y ABORDAJE. Dr Efrain Bú
23C	ANÁLISIS CLÍNICO DEL PACIENTE FEBRIL EN HONDURAS. Dr. Marco Tulio Luque
24C	ANÁLISIS LABORATORIAL DEL PACIENTE FEBRIL EN HONDURAS. Dra. Ivette Lorenzana
25C	REEMERGENCIA DE LA PAROTIDITIS EPIDÉMICA. ROL DE LA VACUNA TRIVÍRICA. Dr. Tito Alvarado
26C	REEMERGENCIA DE TOS FERINA: ROL DE LA VACUNA ANTI-TOSFERINA. Dr. Renato Valenzuela
27C	ACTUALIZACIÓN EN VIH. Dra. Wendy Moncada
28C	ESTUDIO DE COHORTE SOBRE LA INFECCIÓN POR VIRUS DE ZIKA EN MUJERES EMBARAZADAS EN HONDURAS, 2016-2019. Dra. Jackeline Alger
29C	ANÁLISIS CLÍNICO LABORATORIAL DEL SÍNDROME DE GUILLIAN BARRÉ EN HONDURAS. Dr. Harly Estrada
30C	VACUNACIÓN EN NIÑOS. Dra Maribel Rivera
31C	VACUNACIÓN EN ADULTOS. Dr. Salvatore Ferraro
32C	ÉTICA EN LA PRÁCTICA MÉDICA. Dr. Denis Padgett

RESUMENES DE TRABAJOS LIBRES

CODIGO	TRABAJO LIBRE
1TL	CARACTERIZACION DE LA MORDEDURA DE SERPIENTE TAMAGAS NEGRO, HOSPITAL ESCUELA UNIVERSITARIO, TEGUCIGALPA, HONDURAS, 2019. <u>Jackeline Alger, MD, PhD</u> ; Jorge A. García, MQC; Carlos Vides, MD; Renato Valenzuela, MD; José María Gutiérrez, PhD.
2TL	CARACTERISTICAS CLINICAS Y PARASITOLOGICAS DE CASOS DE ESTRONGILOIDIOSIS, HOSPITAL ESCUELA UNIVERSITARIO, 2015 – 2018. <u>Jorge García, MQC, ME</u> ; Jackeline Alger, MD, PhD.
3TL	CARACTERIZACIÓN EPIDEMIOLÓGICA Y MANEJO DE SEPSIS EN PACIENTES DEL SERVICIO MEDICINA INTERNA, HOSPITAL ESCUELA UNIVERSITARIO. Eddy Martínez Brocato, Bayron J Degrandes, <u>Marlen Cruz Joya</u> , Geovanni G Erazo, Wendy Moncada.
4TL	INFECCIONES ASOCIADAS A DIÁLISIS PERITONEAL EN EL HOSPITAL MARÍA ESPECIALIDADES PEDIÁTRICAS, TEGUCIGALPA, 2017-2019. Sara Rivera Molina, <u>Claudia Romero Quiroz</u> , Dilcia Saucedo Acosta, Flor Flores Vásquez.
5TL	CARACTERIZACIÓN EPIDEMIOLÓGICA Y CLÍNICA DE PACIENTES CON TUBERCULOSIS, HOSPITAL ESCUELA UNIVERSITARIO, AÑO 2016 – 2018. <u>German Fajardo Dubón</u> , Concepción Zúniga Valeriano, Lilian Bobadilla Rivas, Odessa Reyes Galo, Veira Jaco Bobadilla, Rodrigo Barahona Moreno, Gabriela Zelaya Moreno.
6TL	FACTORES ASOCIADOS A LA INFECCION POR APICOMPLEXA INTESTINALES, HOSPITAL ESCUELA UNIVERSITARIO, TEGUCIGALPA, HONDURAS, 2013-2016. <u>Jorge García, MQC, ME</u> ; Jackeline Alger, MD, PhD; Ramón Jeremías Soto, MD, MHS.
7TL	SINDROME DE RAMSAY HUNT: RELATO DE CASO INFRECUENTE. <u>Oscar Alberto Castejón Cruz</u> , Tania Paola Lagos Ordoñez.
8TL	EPIDEMIOLOGÍA DEL ZIKA EN POBLACIÓN ATENDIDA EN ESTABLECIMIENTOS DE LA SECRETARÍA DE SALUD DE HONDURAS, 2016-2018. <u>Mario René Mejía</u> , Sandra Araujo, José A. Lara P., Gladys Karina Castro, Ramón Jeremías Soto, Marlon Meléndez.
9TL	MICROCEFALIA ASOCIADA A SÍNDROME DE ZIKA CONGÉNITO EN RECIÉN NACIDOS ATENDIDOS EN TEGUCIGALPA, HONDURAS. <u>Paola María Martínez Alvarenga</u> , ¹ Allison Marie Callejas Salgado, ² Manuel Antonio Sierra Santos, ³ Douglas Marlon Varela Gonzalez, ⁴ Marco Tulio Luque Torres. ⁵

10TL	SÍNDROME HEMOFAGOCÍTICO SECUNDARIO A HISTOPLASMOSIS EN PACIENTE INMUNOCOMPETENTE: A PROPOSITO DE UN CASO. <u>Mariela Alejandra Maradiaga-Montoya</u> , Clarissa Aguilar, Gaspar Rodríguez, Marco Luque, Héctor S. Antunez.
11TL	HISTOPLASMOSIS INTESTINAL EN ESCOLAR CON INMUNOSUPRESIÓN, INSTITUTO HONDUREÑO DE SEGURIDAD SOCIAL. <u>Josué A. Vásquez, MD</u> , Marco T. Luque, MD, Lisset Thiebaud, MD, Héctor Antúnez, MD.
12TL	ECTIMA LIKE: FUSARIOSIS NASAL EN INMUNOCOMPETENTE. Elsa Fernández, Aleydi Gómez Campos, Katia Aguilar Gutiérrez.
13TL	EDUCACION CONTINUA: EXPERIENCIA DE LA ASOCIACION HONDUREÑA DE PARASITOLOGIA (AHPA), 2010-2019. <u>Jorge García</u> , Jackeline Alger, Rina Kaminsky.
14TL	EXPERIENCIA SOBRE LA VIGILANCIA DE <i>Candida auris</i> EN EL HOSPITAL ESCUELA UNIVERSITARIO, TEGUCIGALPA, PERIODO OCTUBRE 2016 A AGOSTO 2017. Sandra Montoya, MSc.
15TL	SÍNDROME DE HIPER IgE AUTOSOMICO RECESIVO: UN REPORTE DE CASO EN EL HOSPITAL ESCUELA UNIVERSITARIO. Lindsay Borjas-Aguilar, MQH Esp. Inmunología Clínica, Marco Tulio Luque, <u>Samuel Isac García</u> .
16TL	PIURIA ESTERIL ASOCIADA CON DIABETES MELLITUS TIPO 2: REPORTE DE UN CASO, HOSPITAL MEDICASA, TEGUCIGALPA, ABRIL 2019. <u>Alexis Francisco Rivas Godoy</u> , Elvia Fabiola Maradiaga Reyes.
17TL	ASPERGILOMA COMO CAUSA DE HEMOPTISIS CRÓNICA EN PACIENTE INMUNOCOMPETENTE, A PROPÓSITO DE UN CASO. <u>Denis Rodríguez, MD</u> , Marlen Cruz, MD, Orlando Maldonado, MD.
18TL	FUNGEMIA POR CANDIDA FAMATA: UNA LEVADURA ATÍPICA. Clarissa Aguilar Molina, Pediatra Sub-especialista en Oncología; <u>Linda José Turcios</u> , Emmanuel Lorenzana Cerna, Diana Cruz Anariba.
19TL	TOXOPLASMOSIS OCULAR EN UN PACIENTE ADULTO. Alejandra Ramírez, MD; Clínica Cristiana Cuerpo de Cristo.

RESUMENES DE CONFERENCIAS MAGISTRALES (C)

- 1C EL CAMBIO CLIMATICO Y SU INFLUENCIA EN LA SALUD HUMANA.** Ramón Jeremías Soto Hernández. Doctor en Medicina y Cirugía, Máster en Ciencias de la Salud, Post-doctoral Fogarty Fellow; Secretaría de Salud, Dirección General de Normalización, asignado a la Maestría en Epidemiología, Departamento de Salud Pública, Facultad de Ciencias Médica, UNAH; Instituto de Enfermedades Infecciosas y Parasitología Antonio Vidal (IAV), Tegucigalpa, Honduras.

El Cambio Climático (CC) se ha identificado por cambios en el promedio y/o la variabilidad de sus propiedades, que persiste por períodos extendidos (típicamente décadas o más). Con la revolución industrial comenzó una intensa actividad de uso de combustibles fósiles, incrementando la presencia de gases invernaderos en la atmósfera, originando el efecto invernadero. Los países que emiten contaminación son China (23%), EUA (19%) y los países de la Unión Europea (13%). El CC se ha traducido en olas de calor, intensas tormentas de nieve, frecuentes incendios forestales, mayor cantidad de huracanes, inundaciones. OMS lo ha catalogado como una de las diez amenazas prioritarias (2019). A corto plazo, el cambio climático agravará principalmente los problemas de salud existentes, los que tienen enfermedades son más sensibles al clima y tienen mayor riesgo. Las condiciones existentes probablemente extiendan su alcance: mayor riesgo de lesiones y muerte por olas de calor e incendios, mayor riesgo de mala nutrición debido a una menor producción de alimentos en regiones ya vulnerables, pérdida de trabajo y productividad laboral, mayor riesgo de enfermedades transmitidas por alimentos, por el agua y por vectores. A largo plazo, pueden surgir nuevas enfermedades. El CC será un impedimento para la mejora de la salud y por lo tanto para el desarrollo. Entre los instrumentos internacionales para buscar una solución al problema se encuentran Acuerdo de París, Panel intergubernamental de cambio climático (IPCC), Comisión sobre salud y cambio climático The Lancet 2015. Los médicos y otros profesionales de la salud pueden educar a colegas, pacientes y estudiantes sobre los efectos del CC en la salud y la necesidad de reducir rápidamente el uso de combustibles fósiles. Los médicos y las instituciones de salud pueden participar en la abogacía legislativa, con un enfoque en el imperativo de la salud para abordar el CC.

- 3C INFLUENCIA DEL CALENTAMIENTO GLOBAL EN LA TRANSMISIÓN DE ENFERMEDADES VECTORIALES.** Efraín Bu Figueroa, Especialista en Medicina Interna e Infectología, Hospital Honduras Medical Center; Tegucigalpa.

Según los expertos en cambio climático de la ONU, el calentamiento global se incrementa en 0.2 °C cada década, por lo que para el año 2040 podría rebasarse esa elevación en 1.5 °C. Este cambio que podría tener graves consecuencias de diversa índole en todas las regiones del planeta. Es sabido que el calentamiento progresivo que la tierra ha sufrido en las últimas décadas, producto de los gases con efecto invernadero, ha ido borrando progresivamente las fronteras naturales para numerosos vectores, entre ellos los mosquitos. Así, desde inicios de la década del ochenta aparece en el continente americano el mosquito *Aedes albopictus*, originario del sudeste de Asia; previamente se había diseminado hacia África y Europa. El mismo *Aedes aegypti* se ha convertido en un vector transmisor viral de predominancia urbana. Adicionalmente el calentamiento global, de mucho impacto en los países tropicales, contribuye

a que el desarrollo del mosquito desde su fase de larva a pupa y forma adulta sea más acelerado. También el periodo de incubación viral extrínseca que ocurre en el vector es más rápido. Lo anterior da lugar a mayor densidad de vectores y mayor eficiencia en la transmisibilidad del virus lo que incrementa el número de casos de infección en los seres humanos. No se debe perder de vista que para que ocurran epidemias de dengue u otras enfermedades similares, deben converger tres aspectos: el huésped susceptible, el vector y el virus. El calentamiento global junto con otros contribuye sustancialmente con la viabilidad del vector. Hoy día los vectores han proliferado tan ampliamente que, con el rápido y eficiente desplazamiento de las poblaciones humanas, se han puesto a disposición del versátil vector Aedes, nuevos virus como el Zika y Chikungunya. Promover, conservar y proteger un ambiente saludable es una estrategia vital para el control de nuevas epidemias.

4C ENCEFALITS VIRALES. Tito Alvarado, MD, MPH, MsCTM. Sociedad Hondureña de Enfermedades Infecciosas; Hospital Escuela Universitario; Tegucigalpa.

La encefalitis viral es una causa importante de muerte en el mundo. Se caracteriza por alteración del estado mental, fiebre aguda, convulsiones, deficiencias neurológicas, pleocitosis en el líquido cefalorraquídeo (LCR), alteraciones en el electroencefalograma (EEG) y en los estudios por imágenes. En la mitad de los casos se desconoce la causa, y en el resto se atribuye a diferentes virus, siendo el más común el herpes simple (VHS). Le siguen el virus de la varicela zoster, enterovirus, VIH y arbovirus. Las encefalitis por arbovirus (equinas: San Luis, California, Venezuela, japonesa, Nilo del Oeste etc.) tienen variaciones estacionales y geográficas. La mayoría de los síntomas neurológicos no difieren entre los diversos tipos de encefalitis, y el diagnóstico inicial debe diferenciar la viral de la autoinmune, debiéndose descartar la encefalitis por VHS. En el diagnóstico de las encefalitis por arbovirus, la anamnesis debe incluir: época del año de ocurrencia del caso, su ubicación geográfica, contacto con animales (aves, caballos, etc.), salud de familiares, contacto con personas enfermas y los casos conocidos en la zona. Las pruebas virológicas habituales son: la reacción en cadena de la polimerasa (PCR) para VHS/ varicela zoster, enterovirus y la mayoría de arbovirus, y la PCR con transcriptasa reversa (RT-PCR) en LCR para VIH. En relación con el manejo en terapia intensiva, los pacientes necesitan un control muy estricto, oxigenoterapia, protección de vías respiratorias, control del edema cerebral, apoyo circulatorio y tratamiento de la fiebre, de las arritmias cardíacas y de la inestabilidad neurovegetativa. Se recomienda usar aciclovir para VHS/varicela. El pronóstico de las encefalitis víricas es variable; algunos casos leves se recuperan completamente. Sin embargo, existen casos graves que pueden ocasionar secuelas cerebrales importantes, incluyendo la muerte, como sucede con las encefalitis necrotizantes y hemorrágicas del VHS. Varios estudios avalan la eficacia de vacunas para su prevención.

6C MECANISMOS DE RESISTENCIA ANTIMICROBIANA EN GRAM POSITIVOS. Oscar Gómez Madrid, especialista en Medicina Interna e Infectología; Hospital Militar y Hospital La Policlínica; Tegucigalpa.

Las bacterias Gram positivas de importancia médica son los cocos *Streptococos*, *Staphylococos* y *Enterococos*; los bacilos *Listeria* y *Clostridium*. Desde hace varios años, la OMS ha definido a las bacterias del Grupo ESKAPE (*Enterococcus faecium*, *Staphyococcus aureus*, *Klebsiella pneumoniae*, *Acinetobacter baumannii*, *Pseudomonas aeruginosa* y *Enterobacter spp*) como prioridad en salud, por los altos niveles de resistencia a los antimicrobianos que presentan. Dichos mecanismos de resistencia se pueden clasificar en: inactivación del antibiótico, modificación del blanco terapéutico e impermeabilidad. En el caso

de la inactivación, ésta se logra por medio de la destrucción (por ejemplo, las betalactamasas que hidrolizan a las penicilinas, cefalosporinas, carbapenemos, y monobactámicos) o por modificación del antibiótico mediante la adición de grupos químicos (por ejemplo, acetilasas que inactivan a cloranfenicol y aminoglucósidos al agregarles un grupo acetilo). La modificación del blanco se logra a partir de mutaciones en las proteínas sobre las cuales ejercen su actividad los antibióticos (como las mutaciones de la enzima topoisomerasa en donde actúan las quinolonas o las mutaciones en los ribosomas afectando la actividad de los aminoglucósidos, macrólidos, oxazolidinonas y otros). Otra forma de modificación es sustitución del blanco por otro con igual función biológica, pero con menor afinidad por el antibiótico (como el caso de las enzimas transpeptidasas “PBP” sobre las que actúan las penicilinas y la cual es sustituida por una “PBP2a” con la misma actividad y menor unión al antibiótico). Estos mecanismos son los más importantes en los Gram positivos. La impermeabilidad se refiere a la expulsión activa del antibiótico por medio de bombas en la membrana celular y la captación reducida por secuestro, repulsión eléctrica o protección por biopelícula. Estos mecanismos son poco importantes en los patógenos Gram positivos.

8C MALARIA, CAMBIO CLIMATICO Y SITUACION REGIONAL. Jackeline Alger, MD, PhD; Departamento de Laboratorio Clínico, Hospital Escuela Universitario, Tegucigalpa, Honduras; Unidad de Investigación Científica, Facultad de Ciencias Médicas, UNAH, Tegucigalpa, Honduras; Tegucigalpa, Honduras.

La malaria es una enfermedad compleja. Una serie de determinantes biológicos, ambientales, políticos y sociales inciden sobre la lucha antimalárica. En vista de que temperatura y humedad ambiental influyen sobre el desarrollo, abundancia y sobrevivencia de los mosquitos transmisores, así como el tiempo de desarrollo y sobrevivencia de los parásitos en el mosquito, es indudable que el cambio climático afecta la dinámica de la malaria. A estos efectos se suman condiciones como resistencia de los parásitos a los antimaláricos y de los mosquitos a los insecticidas, sistemas de salud debilitados, crisis humanitarias y flujo migratorio desde zonas endémicas, comprometiendo la lucha antimalárica. En el Reporte Mundial 2018 (<https://www.who.int/malaria/publications/world-malaria-report-2018/en/>) se alerta que en 2016-2017 se ha detenido el descenso constante en el número de casos que se había visto en 2000-2015. En las Américas, en los últimos tres años ha habido un incremento constante en el número de casos. Honduras se encuentra entre los países que han alcanzado una reducción superior a 75% en el número de casos de malaria. En el Hospital Escuela Universitario, Tegucigalpa, también se ha visto esta reducción. Este periodo de descenso, igualmente reflejado en el resto de la subregión de Centro América, exceptuando Nicaragua, debería ser utilizado para mejorar la vigilancia epidemiológica y el acceso a diagnóstico temprano y tratamiento oportuno. No obstante, en el periodo 2015-2016, como parte de la reestructuración del sistema sanitario, dejó de funcionar el Programa Nacional de Prevención y Control de la Malaria, siendo incorporadas las actividades descritas en la Norma de Malaria (2010) a los diferentes niveles del sistema sanitario, con diferente capacidad y recursos. Esto contrasta con la Estrategia Técnica Mundial contra la Malaria 2016-2030 que hace un llamado para una respuesta enérgica y coordinada, asociada a inversión constante en investigación y desarrollo para lograr un mundo sin malaria.

10C BABESIOSIS, CAMBIO CLIMATICO Y CONSECUENCIAS ECOLOGICAS. Jackeline Alger, MD, PhD; Departamento de Laboratorio Clínico, Hospital Escuela Universitario, Tegucigalpa, Honduras; Unidad de Investigación Científica, Facultad de Ciencias Médicas, UNAH, Tegucigalpa, Honduras; Tegucigalpa, Honduras.

La babesiosis es causada por parásitos apicomplexa sanguíneos del género *Babesia*. Es una enfermedad zoonótica transmitida por garrapatas duras (Ixodidae). El cambio climático y consecuencias ecológicas han contribuido a expandir el rango de especies de garrapatas a mayores latitudes en Norteamérica. Incrementos en la temperatura ha aumentado periodo de sobrevivencia y actividad de las garrapatas, rango de reservorios y hospederos vertebrados de la infección y duración de la estación donde las personas están expuestas. De las más de 100 especies de *Babesia*, solo algunas infectan humanos incluyendo *B. microti*, *B. divergens*, *B. duncani*, otras. Su distribución es mundial, pero se conoce poco ya que posiblemente en zonas endémicas de malaria se diagnostica como *Plasmodium*. En Europa la mayoría de los casos son debido a *B. divergens* y ocurren en personas esplenectomizadas. En Estados Unidos, *B. microti* es el agente más frecuentemente identificado y puede ocurrir en inmunocompetentes. El ciclo de vida incluye dos hospederos, roedor y garrapata. El humano se introduce en el ciclo cuando es picado por garrapatas infectadas que introducen los esporozoitos que infectan eritrocitos y se replican asexualmente. La mayoría de las infecciones son asintomáticas. Las manifestaciones incluyen fiebre, escalofrío, sudoración, mialgias, debilidad, hepatoesplenomegalia y anemia hemolítica. El periodo de incubación es de 1-4 semanas y los síntomas pueden durar varias semanas. Las infecciones por *B. divergens* tienden a ser más severas y son frecuentemente fatales si no se tratan apropiadamente. La infección también puede ocurrir a través de transfusiones sanguíneas. El diagnóstico microscópico puede requerir exámenes repetidos de gota gruesa/extendido fino y técnicas más sensibles (serología, molecular). El tratamiento se realiza con combinaciones atovacuona/azitromicina o clindamicina/quinina, 7-10 días. En Hospital Escuela Universitario, Tegucigalpa, no se han identificado casos. En zonas endémicas es necesario promover prevención de la exposición, diagnóstico temprano, tratamiento oportuno y monitoreo del riesgo.

14C ARBOVIROSIS NO HEMORRÁGICAS: ZIKA, CHIKUNGUNYA Y MAYARO. Elsa Palou, Especialista en Medicina Interna, Sub-especialista en Infectología, Departamento de Medicina Interna, Facultad de Ciencias Médicas UNAH.

Arbovirosis son infecciones causadas por virus transmitidos por artrópodos hematófagos especialmente insectos y arácnidos. En este grupo encontramos los flavivirus, alphavirus, como virus de Zika, Chikungunya y Mayaro transmitidos principalmente por mosquitos como *Aedes aegypti*, *Aedes albopictus*. ZIKA: Flavivirus, presentamos epidemiología mundial y nacional, transmitido por mosquitos, contacto sexual, materno-fetal durante cualquier trimestre, transfusión sanguínea, trasplante órganos, laboratorio; clínica: fiebre baja, rash, artralgia articulaciones pequeñas, conjuntivitis no purulenta, diagnóstico clínico con dos o más síntomas, laboratorio: PCR o serología según evolución, tratamiento sintomático, presentamos los algoritmos diagnósticos de CDC para embarazadas con zika, las secuelas neurológicas comunes en niños, manejo y medidas de prevención, sin vacuna aprobada. CHIKUNGUNYA: Alphavirus, transmitido básicamente por mosquitos además materno fetal, sangre y trasplante órganos, presentamos epidemiología mundial y nacional; cuadro clínico: fiebre, poliartralgia >10 grupos articulares, bilateral, simétrica, rash temprano, mialgias, síntomas gastrointestinales, complicaciones severas: meningoencefalitis, descompensación cardiopulmonar, falla renal aguda y muerte principalmente en ancianos y crónicamente enfermos, se describe la enfermedad subaguda y crónica; diagnóstico laboratorio por PCR o serología según evolución, buscar resultados de laboratorio cruzadas con dengue y Zika, manejo sintomático con AINES; prevención básicamente control criaderos, evitar picaduras de insectos, sin vacuna aprobada. MAYARO: OPS/OMS reporta aislamiento viral en Canal de

Panamá desde 1904, casos reportados en Centroamérica y Sur América, inciden la alteración de ecosistemas, movilización poblacional, sin casos reportados en Honduras, zoonosis producida por Alphavirus familia Togavirus, transmitida por mosquitos *Haemagogus* especialmente en área rural y periurbana, similar a dengue con fiebre, cefalea, dolor retroocular, mialgias, artralgias y edema articular, curso autolimitado de 3 a 5 días, no letal, artralgias pueden durar meses, diagnóstico laboratorial por PCR o serología según evolución, manejo sintomático con AINES, reposo, hidratación, después de descartar otras arbovirosis, presentamos medidas prevención.

16C LEPTOSPIROSIS. Tito Alvarado MD, MPH, MsCTM. Sociedad Hondureña de Enfermedades Infecciosas; Hospital Escuela Universitario; Tegucigalpa.

La leptospirosis es una zoonosis diseminada en el mundo, considerada una enfermedad reemergente con comportamiento endémico y epidémico; su agente etiológico es la espiroqueta *Leptospira interrogans* (>100 serotipos), cuyo reservorio es la orina de roedores, animales domésticos y salvajes. La infección humana se produce cuando la bacteria penetra la piel y/o mucosas, previa exposición a aguas contaminadas. En 1995 en Nicaragua ocurrió una epidemia (2000 casos y 50 defunciones). En 1998, después del huracán Mitch, Honduras sufrió un brote, con alta morbilidad y mortalidad. Después del periodo de incubación (10 días), la enfermedad tiene un espectro clínico amplio- desde episodios febriles inespecíficos auto-limitados, hasta formas graves con insuficiencia renal y/o hemorragia pulmonar- con una tasa de fatalidad que puede alcanzar 50%. La enfermedad tiene dos fases: la fase septicémica febril inicial, que suele durar de 4-7 días, y la fase inmune (formación de anticuerpos) que se extiende de 4-30 días. Sin embargo, estas fases pueden ser clínicamente indistinguibles. La enfermedad tiene tres formas clínicas diferentes: a) leptospirosis anictérica (90%), b) leptospirosis icterica o síndrome de Weil (5-10%) con insuficiencia renal, infección meníngea y manifestaciones hemorrágicas y c) síndrome pulmonar hemorrágico grave. El diagnóstico se realiza demostrando la leptospira en orina o líquido cefalorraquídeo por aglutinación microscópica (MAT) y/o anticuerpos séricos (prueba ELISA). El cultivo en medios artificiales es poco útil, ya que la leptospira crece muy lentamente. El tratamiento a base de penicilina o tetraciclinas suele ser eficaz al administrarse en la fase septicémica de la enfermedad, e incluso cuando se administra más tarde con lesiones establecidas (probablemente debido a la base inmuno-patológica del mecanismo lesional). En relación a la profilaxis, se recomienda vacunar ganado y animales domésticos, controlar a roedores, drenar aguas contaminadas y proteger a personas en riesgo. Se dispone de vacunas inactivadas con buena eficacia para humanos.

17C EHRLICHIOSIS. Diana Varela, Especialista en Medicina Interna y Sub-especialista en Infectología. Servicio de Infectología, Departamento de Medicina Interna, Hospital Escuela; Tegucigalpa.

Los microorganismos del genero *Ehrlichia* son bacterias Gram negativas intracelulares obligatorias que pertenecen a la familia *Anaplasmataceae*, y al orden de los *Rickettsiales*. Reciben su nombre en honor al bacteriólogo Alemán Paul Ehrlich. Las especies patógenas para humanos son: *Ehrlichia chaffeensis* causante del síndrome de Ehrlichiosis Monocitotrópica, *Anaplasma phagocytophilum*, causante de Anaplasmosis granulocitotrópica, y *Ehrlichia Ewingii*. La Ehrlichiosis es transmitida por vectores del tipo Garrapata y tienen tropismo por los macrófagos o granulocitos, donde crecen en el citoplasma dentro de vacuolas. Inicialmente se describió en animales mamíferos, que además sirven de reservorios. Los primeros casos en humanos se describieron en Japón, Malasia y Laos, a causa de Sennetsun

Neorickettsiosis. La enfermedad se caracteriza por fiebre, cefalea, fatiga, mialgia, náuseas y vómitos. Puede aparecer Rash, pero no es frecuente. Suele tener una presentación clínica no complicada, pero algunas de las complicaciones que pudieran ocurrir son Choque Séptico, Distres respiratorio, Meningoencefalitis, y falla renal. Leucopenia, trombocitopenia, y elevación de enzimas hepáticas, son hallazgos laboratoriales comunes. El diagnóstico temprano se basa en una alta sospecha clínica y el antecedente epidemiológico. Puede confirmarse por hallazgos en un frotis de sangre periférica, en el que se observan mórulas (o inclusiones) citoplasmáticas en los leucocitos circulantes, o por detección de ADN de la bacteria mediante una prueba de reacción de polimerasa en cadena. En retrospectiva también se puede confirmar el diagnóstico cuando se observa una elevación de la titulación de anticuerpos IgG hasta 4 veces mayor en la fase de convalecencia. El tratamiento de elección es Doxiciclina 100 mg VO cada 12 horas, por 5 a 10 días, hasta que resuelve la fiebre. En caso de contraindicación como alternativas puede utilizarse Rifampicina o Levofloxacina. El tratamiento temprano mejora el pronóstico y previene complicaciones.

19C ENFERMEDADES TRANSMITIDAS POR ROEDORES. Efraín Bu Figueroa, Especialista en Medicina Interna e Infectología, Hospital Honduras Medical Center; Tegucigalpa.

Uno de los brotes epidémicos mas emblemáticos ocurrido en el continente americano, producto de las consecuencias del cambio climático, ocurrió en la región de las 4 esquinas, donde convergen los Estados de Utah, Colorado, Arizona y Nuevo México en los Estados Unidos de Norteamérica. En 1993 ocurren copiosas e inusuales lluvias en esa región, que aumentó la disponibilidad alimentaria en la misma, lo que incrementó rápidamente la población de roedores *Peromyscus maniculatus*, huésped de un nuevo tipo de Hantavirus desconocido, produciendo en seres humanos la enfermedad viral fatal: Síndrome pulmonar por Hantavirus. Las lluvias copiosas, en países tropicales en vías de desarrollo, muchas veces resultado del deterioro y cambio climático asociado al fenómeno del niño, generan inundaciones de difícil control agravado por la pobre infraestructura física para neutralizar sus efectos. Las inundaciones a lo cual se suman la indisponibilidad alimentaria local, dan lugar a la migración de roedores desde sus nichos naturales hacia los centros urbanos mejor dotados, aumentando la población de esos reservorios de numerosos agentes infecciosos como *Leptospira interrogans*, *Virus coriolinfocítico*, *Angiostrongyliasis* y un amplio grupo de agentes bacterianos, virales y parasitarios. El brote epidémico de Síndrome de Weil, ocurrido en el norte de Honduras en 1998, durante el huracán Mitch, ilustra esta zoonosis, producto de los disturbios climáticos que azotan a los países en nuestro tiempo.

22C HEPATITIS VIRALES. Efraín Bu Figueroa, Especialista en Medicina Interna e Infectología, Hospital Honduras Medical Center; Tegucigalpa.

Algunas de las hepatitis más comunes pueden tener comportamiento epidémico bajo ciertas circunstancias. La más conocida en el contexto del cambio climático, traducido en inundaciones por severas precipitaciones en áreas con pobre infraestructura física e indisponibilidad de agua segura, es la Hepatitis A. Con mayor prevalencia en las primeras dos décadas de la vida y en adultos jóvenes, según las estadísticas nacionales. El grado de complicaciones de la Hepatitis A es bajo, excepto en pacientes con enfermedad hepática previa de cualquier origen o portadores de virus de la Hepatitis B o C. Actualmente, se cuenta con prevención eficaz para la Hepatitis A través de la vacuna ya disponible en Honduras. Otras hepatitis conocidas como las producidas por los virus B y C son de transmisión eminentemente

parenteral y sexual, su incidencia en Honduras es baja, siendo la Hepatitis B ligeramente más prevalente que la Hepatitis C. La hepatitis B tiene prevención a través de vacuna disponible en el programa ampliado de inmunizaciones (PAI) desde el año 2000. En la medida que la cobertura poblacional con esta vacuna supere el 90%, la prevalencia e incidencia disminuirá en el país. No se cuenta con vacuna contra el virus de la Hepatitis C. Esta infección suele ser asintomática en el 80% de las personas y cuando se hace evidente se manifiesta con cirrosis o cáncer hepático. Sin embargo, de las hepatitis por transmisión parenteral, la C es la única que tiene curación, independientemente del genotipo viral infectante; con las nuevas drogas antivirales pangenotípicas surgidas en la última década. La curación de la hepatitis C, es considerada una de las grandes victorias contra las enfermedades infecciosas en el siglo XXI.

23C ANÁLISIS CLÍNICO DEL PACIENTE FEBRIL EN PEDIATRÍA. Dr. Marco Tulio Luque, Médico especialista en Pediatría e Infectología, Sociedad Hondureña de Enfermedades Infecciosas.

La fiebre es un motivo frecuente de consulta en pediatría, se define como la temperatura igual o mayor a 38°C, con un rango en niños de 36.1 a 37.8, cuando no se encuentra su causa aparente se clasifica en fiebre sin foco, que es aquella con duración menos de 7 días, que en la mayoría de los casos es de causa viral, o la fiebre de origen desconocido (FOD) que es la que dura más de 8 días y que después de una historia y examen exhaustivo no se encuentra su causa. El abordaje es diferente en cada caso, en la fiebre sin foco, la mayoría de los casos son producidos por enfermedades virales autolimitadas, sin embargo un bajo porcentaje puede presentar infecciones bacterianas graves por lo que el estudio va dirigido a descartar una infección bacteriana subyacente, por lo que se realizan estudios que nos orienten a diferenciar si se trata de una infección viral o una sepsis o bacteriemia grave, por lo que se realiza hemograma, cultivos y reactantes de fase aguda, y se aplican escalas como Yale y Rochester para identificar los pacientes con mayor riesgo de infección bacteriana grave. En el contexto de nuestro país además se deben abordar algunas enfermedades tropicales frecuentes como Malaria, Leptospirosis, arbovirosis como Dengue, Zika, Chikungunya. En la FOD en pediatría las principales causas son infecciosas como Fiebre Tifoidea, Malaria, Tuberculosis, Virus, además enfermedades inmunológicas inflamatorias con Artritis reumatoide juvenil y neoplasias, por lo que el estudio clínico y de laboratorio va orientado a investigar estas etiologías.

24C ANÁLISIS LABORATORIAL DEL PACIENTE FEBRIL EN HONDURAS. Ivette Lorenzana, Instituto de Investigación en Microbiología. Centro de Investigaciones Genéticas. UNAH.

En la última década, han ocurrido varios brotes de Arbovirus incluyendo, Chikungunya, Zika y Dengue en Honduras. El personal de Salud enfrenta un dilema en el diagnóstico con pacientes que presentan síndrome febril agudo y/o exantemático. De considerar es también el hecho de la co-circulación de estos Arbovirus haciendo difícil el manejo debido a sus similitudes clínicas. Por más de 10 años se ha mantenido el estudio multicéntrico de vigilancia “CARACTERIZACIÓN DE LAS CAUSAS INFECCIOSAS DE LA ENFERMEDAD FEBRIL Y EXANTEMÁTICA AGUDA EN LATINOAMÉRICA”, con el patrocinio del Centro de Investigación de Enfermedades Tropicales, en Lima, Perú (NANRU-6). Los objetivos de dicho estudio son: Determinar las etiologías específicas de las enfermedades febriles y exantemáticas agudas entre pacientes ambulatorios y hospitalizados en la región. En Honduras: Hospital de Especialidades del IHSS, de Tegucigalpa; y proveer a los Ministerios

de Salud y colaboradores locales con información basal acerca de los patógenos infecciosos circulantes en América Latina. Presentamos los resultados más relevantes a lo largo de estos años, con énfasis en el diagnóstico laboratorio y las diferentes metodologías utilizadas. En los primeros años del estudio el diagnóstico era básicamente serológico y requería una muestra convaleciente, dificultándose la determinación del agente etiológico. Posteriormente se realizaban cultivos celulares y después inició el diagnóstico molecular, que permitió definir el agente causante con mayor sensibilidad y especificidad. Ha servido no solo para la vigilancia sino para el diagnóstico en niños con microcefalia, SGB, embarazadas y casos agudos de Arbovirosis. Permitiendo observar la estacionalidad y frecuencia de los virus Dengue, Zika y Chikungunya; y los grupos de edad más afectados. Actualmente, se implementa una tecnología novedosa, denominada CRISPR-CAS13 o SHERLOCK, con la cual se tendrá la posibilidad de incrementar la sensibilidad y especificidad de los métodos actuales.

25C PAROTIDITIS EPIDÉMICA. Tito Alvarado MD, MPH, MsCTM. Sociedad Hondureña de Enfermedades Infecciosas.

La parotiditis o paperas es una enfermedad benigna que afecta a niños y adolescentes. Clínicamente se caracteriza por aumento bilateral de volumen de las glándulas parótidas (95%). El 40% de los infectados puede presentar una infección inaparente. Las complicaciones surgen en la pubertad, con la aparición de orqui-epididimitis (15-30%) y ooforitis (5%). El compromiso del SNC se manifiesta en meningitis (10%) y raramente encefalitis. Otras manifestaciones inusuales: pancreatitis, hipoacusia, miocarditis, hepatitis. El agente causal es un virus (ARN) familia Paramyxoviridae. El único reservorio y hospedero es el ser humano. La transmisión se realiza a través de gotas y aerosoles originados en la orofaringe. Generalmente los contactos se infectan antes de que aparezca la tumefacción de las parótidas (1-7 días) y 7-9 días después de su inicio. El período de incubación es de 14-21 días. Existe un solo serotipo y 13 genotipos (A a M). La vacuna tiene el genotipo A; a pesar de su efectividad, se siguen presentando brotes atribuidos en gran parte a un descenso de anticuerpos protectores que se presenta con el tiempo. La vacuna (cepa Jeryl Lynn en honor a la niña vacunada que enfermó porque el antígeno no fue capaz de montar una respuesta adecuada de anticuerpos que facilitara una interacción entre los linfocitos (B) de memoria y los linfocitos T (CD4)), mostró pérdida de efectividad en el tiempo. Ello explica la reciente aparición de brotes en adolescentes y adultos jóvenes en varios países. El diagnóstico es clínico y su tratamiento sintomático. Es importante identificar las complicaciones. La única forma de prevenir la parotiditis es la vacunación sistemática, aplicando la vacuna trivérica (sarampión, rubeola y paperas) a los 12 meses, una dosis que ofrece una tasa de sero-conversión de 94%, que aumenta a casi 100% con la aplicación de una segunda dosis posterior (6 años).

28C ESTUDIO DE COHORTE SOBRE LA INFECCIÓN POR VIRUS DE ZIKA EN MUJERES EMBARAZADAS EN HONDURAS, 2016-2019. Jackeline Alger, MD, PhD; Departamento de Laboratorio Clínico, Hospital Escuela Universitario, Tegucigalpa, Honduras; Unidad de Investigación Científica, Facultad de Ciencias Médicas, UNAH, Tegucigalpa, Honduras; Instituto de Enfermedades Infecciosas y Parasitología Antonio Vidal (IAV), Tegucigalpa, Honduras.

A la fecha, el espectro de complicaciones de largo plazo de la infección del virus de Zika no se ha descrito completamente, especialmente entre niños sin evidencia clínica del síndrome congénito al nacimiento y en nacidos de madres infectadas pero asintomáticas. En julio 2016 se inició un estudio colaborativo Honduras/Estados Unidos/Argentina, con el objetivo de medir

la frecuencia de infección por virus de Zika en el embarazo y describir los efectos de la exposición intrauterina al nacimiento y sobre el neurodesarrollo de los niños. Las mujeres se enrolean en su primera visita prenatal (Centro de Salud Alonso Suazo), registrando datos demográficos, síntomas de Zika durante el embarazo y datos para su localización para el seguimiento al parto y seguimiento longitudinal de los niños. Previo consentimiento/asentimiento informados, se obtiene muestra de sangre materna para estudios serológicos (ELISA IgM Zika y Dengue) y moleculares (PCR Zika y Dengue). El seguimiento al nacimiento se realiza en Hospital Escuela Universitario y Hospital San Felipe. El neurodesarrollo de los niños se evalúa mediante escalas Bayley III y ASQ. Hasta febrero 2019, se enrolaron 3108 mujeres con edad gestacional en semanas <14 65.3% (1768/2706), 14-28 29.5% (798/2706), >28 5.2% (140/2706). Nueve mujeres (0.29%, 9/3108) presentaron síntomas al enrolamiento. Aproximadamente en 75% de participantes los niños nacieron. Las características del nacimiento para años 2016 (n=53-64), 2017 (n=1070-1152), 2018 (n=828-909), respectivamente, fueron parto pre-termino 15.4%, 8.1%, 9.6%; bajo peso 18.5%, 10.0%, 11.6%; microcefalia 1.5%, 1.0%, 1.5%. El análisis del desenlace al nacimiento está en curso. El diseño de este estudio, que permitió enrolear mujeres embarazadas en la primera visita prenatal desde el pico de la epidemia de Zika en Honduras, y las características epidemiológicas locales de esta enfermedad, contribuirán a comprender mejor los resultados a largo plazo de los niños expuestos al virus de Zika durante el embarazo.

31C VACUNACION EN ADULTOS. Tito Alvarado MD, MPH, MsCTM. Sociedad Hondureña de Enfermedades Infecciosas; Hospital Escuela Universitario; Tegucigalpa.

La Organización Mundial de la Salud reporta que el número de países que alcanzan y mantienen una cobertura superior a 90% en programas de vacunación de niños, se ha duplicado desde 2000. La situación no es igual en relación a la vacunación de adultos, a pesar de los miles de personas admitidas en hospitales por enfermedades prevenibles por vacuna; particularmente la influenza y la neumonía con tasas de muerte elevadas, y el herpes zoster, con secuelas severas como la neuralgia posherpética. Tampoco se sopesa las consecuencias económicas y sociales de no vacunar adultos. La vacunación es un componente esencial del derecho humano a la salud, permitiendo prevenir más de 2.5 millones de muertes anuales. Las vacunas aportan protección costo-efectiva a muchas enfermedades infecciosas; no obstante, siguen siendo subutilizadas y promovidas insuficientemente; tampoco son reconocidas como parte de una estrategia para promover el envejecimiento saludable y disminuir la mortalidad prematura por causas infecciosas, así como para reducir la incidencia de discapacidad catastrófica relacionada con eventos complicados con afecciones prevenibles por vacunas. También impactan en términos económicos, al reducir el gasto por atención de salud de personas mayores y sus cuidadores. La vacunación en adultos como una perspectiva de curso de vida no es nueva; las consecuencias de su descuido son conocidas; sin embargo, este enfoque no ha recibido aún la atención que merece en las agendas de salud pública de muchos países. En Honduras no existe un programa de vacunación solo para adultos, como en otros países, y las vacunas neumocócica, VPH, VHB, influenza etc., aplicadas en todas las edades, forman parte del esquema pediátrico; tampoco se ha dispuesto de información sobre coberturas de vacunación en adultos, empeorando así la magnitud del problema y su futuro inmediato; por lo que es imperativo emprender acciones de prevención a corto y largo plazo.

II CONGRESO NACIONAL DE ENFERMEDADES INFECCIOSAS

El Cambio Climático y su Influencia en la Salud Humana

Hotel Clarion, Tegucigalpa, Honduras

20-22 de junio de 2019

RESUMENES DE TRABAJOS LIBRES (TL)

- 1TL CARACTERIZACION DE LA MORDEDURA DE SERPIENTE TAMAGAS NEGRO, HOSPITAL ESCUELA UNIVERSITARIO, TEGUCIGALPA, HONDURAS, 2019.** Jackeline Alger, MD, PhD^{1,2} Jorge A. García, MQC;¹ Carlos Vides, MD;³ Renato Valenzuela, MD;³ José María Gutiérrez, PhD.⁴ ¹Servicio Parasitología, Departamento de Laboratorio Clínico, Hospital Escuela Universitario; ²Unidad de Investigación Científica, Facultad de Ciencias Médicas (FCM), UNAH; ³Departamento de Pediatría, FCM UNAH; Tegucigalpa, Honduras; ⁴Instituto Clodomiro Picado; Universidad de Costa Rica; Costa Rica.

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 Secretaría de Salud de Honduras informó en promedio 770 casos (rango 737-800), 2016-2018 (Boletín Epidemiológico, Secretaría de Salud). **Objetivo:** Caracterizar los casos de mordedura de serpiente producidos por *Porthidium ophryomegas* (tamagás negro), Hospital Escuela Universitario, Tegucigalpa, 2014-2019. **Metodología:** Revisión del Registro de Casos, Servicio de Parasitología, Departamento de Laboratorio Clínico; revisión de expedientes clínicos. Se identificaron los casos y sus características epidemiológicas (procedencia, edad y sexo del paciente; fecha, hora, lugar y sitio anatómico de la mordedura; especie de serpiente) y clínicas (manifestaciones clínicas y laboratorio, manejo, evolución). La información personal de los pacientes se manejó confidencialmente. **Resultados:** De un total de 10 casos caracterizados por el tipo de serpiente, se identificaron 4 casos mordidos por *P. ophryomegas* (2015-2019), todas sexo femenino, edad promedio 10 años (4-15 años), procedían de El Paraíso 2, Francisco Morazán 2 (CMDC 1, Maraita 1). Los accidentes ocurrieron en la cercanía de la vivienda, mordedura en el pie (dedos 3, tobillo 1). Presentaron dolor, inflamación localizada; vértigo y náusea (n=2). Se administró 5-10 frascos de antiveneno (n=3). Ninguno presentó alteración de la coagulación, pero si alteración de las pruebas de función hepática. Un caso presentó rash. En 3 casos se identificó una serpiente juvenil (mordedura con un colmillo). **Conclusiones/Recomendaciones:** Además de tratarse de serpientes juveniles, la mordedura con un colmillo limita el análisis del envenenamiento. El veneno de *Porthidium* spp. contiene metaloproteinasas y fosfolipasas A₂ que pueden inducir principalmente lesión tisular local. El veneno no induce desfibrinogenación. Estos casos de intoxicación leve posiblemente solo requerían tratamiento con 5 frascos de antiveneno y monitoreo. Es necesario contar con guía clínica. Se deben promover medidas de prevención dada la ocurrencia en la cercanía de las viviendas.

2TL CARACTERISTICAS CLINICAS Y PARASITOLOGICAS DE CASOS DE ESTRONGILOIDIOSIS, HOSPITAL ESCUELA UNIVERSITARIO, 2015 – 2018. Jorge García, MQC, ME;¹ Jackeline Alger, MD, PhD;^{1,2} ¹Servicio de Parasitología, Departamento de Laboratorio Clínico, Hospital Escuela Universitario; ²Unidad de Investigación Científica, FCM, UNAH

Antecedentes. La estrongiloidiosis (infección por *Strongyloides stercoralis*) es una parasitosis endémica de Honduras. Cuando afecta personas con inmunosupresión puede diseminarse y causar la muerte. Hay poca información local sobre la enfermedad, se suele diagnosticar por la detección de larvas en examen directo de heces (solución salina y Lugol) o método de Baermann (más sensible, solo realizado por solicitud médica). **Descripción de los casos.** Las fuentes de datos fueron: el registro diario del Servicio de Parasitología, Departamento de Laboratorio Clínico, Hospital Escuela Universitario y expedientes clínicos. Durante junio 2015-diciembre 2018, se registraron 10,803 pacientes, utilizando examen directo y método de Baermann se detectaron 0.2% (24/10,803) y 1.0% (2/205) de casos, respectivamente; edad promedio: 44.6 años (± 21.6), sexo masculino: 57.7% (15/26). Solo 11 (42.3%) casos tenían expedientes disponibles para obtener información; 45.5% (5/11) procedían de Francisco Morazán, 27.3% (3/11) El Paraíso y 27.3% (3/11) de otros departamentos (Choluteca, Valle y Comayagua). El 63.6% (7/11) presentó diarrea, 45.5% (5/11) dolor abdominal, 18.2% (2/11, cada uno) fiebre y tos. El 36.4% (4/11) tenía cáncer, 18.2% (2/11) insuficiencia renal e inmunosupresión (cada uno), 18.2% (2/11) otros (desnutrición y enfermedad tiroidea) y uno sin comorbilidad conocida. El 63.6% (7/11) presentaron anemia (hemoglobina promedio 8.9 ± 1.9 mg/dl), 27.3% (3/11) leucopenia, 45.5% (5/11) linfopenia, 27.3% (3/11) eosinofilia; 54.5% (6/11) presentaron heces líquidas o diarreicas, 36.4% (4/11, cada uno) moco y presencia de otros parásitos (más común *Blastocystis*), en 27.3% (3/11) se observó cristales de Charcot-Leyden. **Conclusiones/Recomendaciones.** A excepción de un caso, todos presentaron inmunocompromiso o enfermedad debilitante. La realización sistemática de un método más sensible (Baermann) podría aumentar la detección de casos. En pacientes con síntomas respiratorios debe examinarse esputo ante la posibilidad de diseminación. Es necesario investigar más para entender la epidemiología local, utilizando métodos más sensibles e incluyendo pacientes con riesgo (cáncer, nefropatía crónica, VIH).

3TL CARACTERIZACIÓN EPIDEMIOLÓGICA Y MANEJO DE SEPSIS EN PACIENTES DEL SERVICIO MEDICINA INTERNA, HOSPITAL ESCUELA UNIVERSITARIO. Eddy Martínez Brocato¹, Bayron J Degrandes¹, Marlen Cruz Joya¹ Geovanni G Erazo², Wendy Moncada³ ¹Doctor en Medicina y cirugía, Especialista en Medicina Interna, Hospital Escuela Universitario; ²Doctor en Medicina y cirugía, especialista en Medicina Interna, Hospital Escuela Universitario; ³Doctora en Medicina y cirugía, especialista en Medicina Interna e Infectología, Instituto Nacional cardiopulmonar.

Antecedentes: Sepsis es una secuencia de estadios progresivos desencadenando anomalías fisiológicas y bioquímicas, causada por una respuesta inflamatoria desregulada a la infección. **Objetivo:** Determinar características epidemiológicas y manejo de sepsis en pacientes del servicio de Medicina Interna, Hospital Escuela. **Metodología:** Estudio transversal (revisión de expedientes clínicos), seleccionando al azar 600 con diagnóstico de sepsis, 288 cumplieron criterios de inclusión. **Resultados:** Edad promedio 56.5 años (rango 20 a 103 años), población más afectada (30%) >71 años, 122/288 (42%) buscaron atención 72 horas después de presentar síntomas, de 288 pacientes, 55 desarrollaron choque séptico, 37/55 (68%) presentaron el estado de choque después de 72 h del momento de ingreso. El signo más frecuente fue taquipnea tanto para sepsis 173/288 (60%) como choque séptico 33/55 (75%),

El 56% de los pacientes con sepsis presentaron alteraciones de conciencia. Puertas de entrada de la infección: respiratoria (26%), urinaria (25%), enteral (21%), cutánea (14%), catéter de diálisis (9%). Gérmenes: E. coli en 21/58 (36%) y S. aureus en 16/58 (27%). Toma de cultivos se retrasó >4 horas en 81% (104/128). La primera dosis de antibióticos demoró >4 horas en 205/288 (73%). El 20% (55/288) presentó choque séptico; los >60 años fueron los más afectados con 42% (24/35), en 95% (52/55) de los pacientes con choque se usó norepinefrina como vasopresor de elección. Fallecieron 28/288 (10%) de los pacientes, lo que representa el 51% (28/55) de los pacientes que desarrollaron choque; el 43% (12/28) de las defunciones se presentó en pacientes >60 años. **Conclusión/Recomendación:** Es primordial identificar factores de riesgo y estados de gravedad tempranamente para reducir riesgo de mortalidad; la toma de cultivos fue demorada, de igual manera la antibioticoterapia. Se debe mejorar la calidad del manejo, mediante la administración oportuna de antibióticos, toma de cultivos, identificación de factores de riesgo y manejo apropiado del choque.

4TL INFECCIONES ASOCIADAS A DIÁLISIS PERITONEAL EN EL HOSPITAL MARÍA ESPECIALIDADES PEDIÁTRICAS, TEGUCIGALPA, 2017-2019. Sara Rivera Molina, Pediatra Especialista en Infectología;^{1,2} Claudia Romero Quiroz, Médico General;¹ Dilcia Saucedo Acosta, Médico Epidemiólogo;³ Flor Flores Vásquez, Pediatra Especialista en Nefrología;⁴ Fanny Ochoa Maradiaga, Licenciada en Enfermería.¹
¹Comité de Control y Prevención de Infecciones Asociadas a la Atención de la Salud;
²Servicio de Infectología; ³Docencia e Investigación; ⁴Servicio de Nefrología; Hospital María Especialidades Pediátricas, Tegucigalpa.

Antecedentes: El 85% de las complicaciones asociadas al uso de catéter de diálisis peritoneal (DP) son de etiología infecciosa. Estas infecciones aumentan la morbimortalidad y son motivo de traslado a hemodiálisis. **Objetivo:** Describir los hallazgos más importantes de la vigilancia epidemiológica (VE) de las infecciones asociadas a la diálisis peritoneal, Hospital María Especialidades Pediátricas (HMEP), Tegucigalpa, diciembre 2017-marzo 2019. **Metodología:** Estudio descriptivo presenta datos producto de la VE hospitalaria de infecciones asociadas a DP. Unidad de análisis: Paciente con infección asociada a DP. Procedimiento: Personal del comité de control de infecciones recabó los datos en forma rutinaria y confidencial por medio de la ficha de VE. Análisis: Se analizaron las fichas utilizando estadística descriptiva en el paquete STATA 15.0. **Resultados:** Se presentan resultados de la vigilancia de 68 pacientes en DP, 23 (33%) presentaron 26 infecciones (25 peritonitis, 1 infección del sitio de salida del catéter), 57.7% (15) sexo masculino, media de edad 10.3 años. La tasa de peritonitis fue 1.62 episodio/paciente/año (aceptable: <0.67). Desde la colocación de catéter hasta el día de la infección transcurrieron una mediana de 42 días. Todos presentaron sintomatología y alteración en el análisis citoquímico, 34.6% (9) tuvieron cultivo positivo. Los patógenos fueron: 5 (55.5%) bacilos gram negativos, 3 (33.3%) cocos gram positivos, 1 (11.1%) *Aspergillus* spp. En 38.4% (10) de las infecciones se requirió traslado a hemodiálisis. Ningún paciente requirió traslado a unidad de cuidados intensivos por peritonitis. Hubo dos muertes asociadas a la infección. **Conclusiones/Recomendaciones:** Si bien la DP permite salvar vidas, por medio de la VE se ha identificado que se requiere intensificar las medidas de prevención y control de infecciones. Actualmente, el HMEP se encuentra en las fases iniciales de implementación de dichas medidas, haciendo énfasis en higiene de manos y mejorando la técnica de conexión/desconexión de la DP.

5TL CARACTERIZACIÓN EPIDEMIOLÓGICA Y CLÍNICA DE PACIENTES CON TUBERCULOSIS, HOSPITAL ESCUELA UNIVERSITARIO, AÑO 2016 – 2018. German Fajardo Dubón,¹ Concepción Zúniga Valeriano,² Lilian Bobadilla Rivas,³ Odessa Reyes Galo,⁴ Veira Jaco Bobadilla,⁴ Rodrigo Barahona Moreno,⁵ Gabriela Zelaya Moreno.⁵ ¹Médico Residente 3er Año, Postgrado Medicina Interna, Facultad de Ciencias Médicas UNAH; ²Master Departamento de Vigilancia de la Salud, Hospital Escuela Universitario; ³Licenciada en Enfermería. Master en Epidemiología, Profesora titular II, Carrera de Enfermería, UNAH; ⁴Médico General, Graduado UNAH; ⁵Estudiante 7mo Año Carrera de Medicina, Facultad de Ciencias Médicas UNAH; Tegucigalpa.

Antecedentes: La tuberculosis es una enfermedad infecciosa que afecta típicamente pulmones. En 2017 fueron diagnosticadas 10 millones de personas a nivel mundial. Ese mismo año Honduras reportó 2,808 casos nuevos, 123 (4.3%) atendidos en el Hospital Escuela Universitario (HEU), Tegucigalpa. **Objetivo:** Determinar las características clínicas y epidemiológicas de los pacientes con tuberculosis, HEU, 2016 – 2018. **Metodología:** Estudio observacional descriptivo transversal sobre la base de datos electrónica de vigilancia de casos de tuberculosis. Definición de caso: Individuos sintomáticos, con infección demostrada por *Mycobacterium tuberculosis*. Su análisis y cruce de variables se realizó utilizando programa EpiInfo versión 7.2. **Resultados:** El número total de casos incluidos fue 470 (promedio de 155 pacientes por año). El grupo de edad, mayores de 15 y menores de 60 representó 221 (47%), los mayores de 60 años 216 (46%), sexo masculino 266 (56%). Departamento con mayor número de casos fue Francisco Morazán 266 (56%), el resto (23.3%) proceden de 14 departamentos. El 50% (236) se registró como pacientes nuevos. Forma de presentación pulmonar 258 (55%), extrapulmonar 112 (45%). El 25% (120) tenía serología positiva por VIH, desconocida 267 (57.7%), tuberculosis sin VIH 80 (17%). **Conclusiones/Recomendaciones:** De los casos nuevos, 5% (12) fueron diagnosticados en el HEU. Más del 50% de los casos son tuberculosis pulmonar, afectados los mayores de 15 años y del sexo masculino. No se cumple con el tamizaje de VIH. Es necesario mejorar el tamizaje con VIH y fortalecer el diagnóstico de laboratorio para la detección de casos multidrogo resistentes.

6TL FACTORES ASOCIADOS A LA INFECCION POR APICOMPLEXA INTESTINALES, HOSPITAL ESCUELA UNIVERSITARIO, TEGUCIGALPA, HONDURAS, 2013-2016. Jorge García, MQC, ME,^{1,4} Jackeline Alger, MD, PhD;^{1,2,4} Ramón Jeremías Soto, MD, MHS.^{3,4} ¹Servicio de Parasitología, Departamento de Laboratorio Clínico, Hospital Escuela Universitario; ²Unidad de Investigación Científica, FCM, UNAH; ³Dirección General de Normalización, Secretaría de Salud de Honduras, asignado a Maestría en Epidemiología, UNAH; ⁴Instituto de Enfermedades Infecciosas y Parasitología Antonio Vidal

Antecedentes: En el Servicio de Parasitología, Hospital Escuela Universitario (HEU), se busca sistemáticamente infecciones por apicomplexa intestinales (*Cyclospora cayentanensis* [Cc], *Cryptosporidium* spp. [Cspp], *Cystoisospora belli* [Cb]) en todo niño <5 años, personas de cualquier edad con heces diarreicas/liquidas y atendiendo una solicitud específica. La ocurrencia y presentación clínica varía entre grupos poblacionales. **Objetivo:** Identificar factores asociados a la infección por apicomplexa intestinales, HEU, Tegucigalpa, 2013-2016. **Metodología.** Estudio de casos/controles pareado por edad (+/-5 años) y sexo, dos controles por caso. Sujetos seleccionados del registro diario del Servicio de Parasitología. La información clínico-epidemiológica se completó mediante revisión de expedientes. Caso:

sujeto con sospecha clínica de parasitosis por apicomplexa intestinal confirmado mediante coloración ácido-resistente modificada (ARM) en muestra de heces. **Control:** igual que caso con resultado ARM negativo. Protocolo aprobado por Comité de Ética en Investigación Biomédica (CEIB), FCM, UNAH. **Resultados:** Se obtuvo información de 93 casos (45 Cc, 32 Cspp y 16 Cb) y 156 controles; 51.1% (23) de casos Cc, 53.1% (17) de Cspp y 56.3% (9) de Cb eran mujeres; edad mediana para casos Cc 7 años (Rango Intercuartílico [RI] 3-21), Cspp 3 años (RI 1-19) y Cb 30.5 años (RI 27.5-40.2). Los factores asociados significativamente fueron, para Cc: historia de diarrea (OR=3.5, IC95% 1.3-9.7), heces líquidas (OR=2.3, IC95% 1.1-5.0) y coinfección con otros protozoos (OR=3.7, IC95% 1.7-8.2); para Cspp: infección con VIH (OR=10.3, IC95% 1.1-482.6, Fisher), leucopenia (OR=5.2, IC95% 1.02-33.4, Fisher), historia de diarrea (OR=3.6, IC95% 1.2-11.5) y fiebre (OR=3.6, IC95% 1.2-11.5); para Cb: infección con VIH (OR=13, IC95% 2.3-74.3). **Conclusiones:** Los resultados muestran que los sujetos con VIH tuvieron mayor probabilidad de infectarse con *Cryptosporidium* spp y/o *C. belli*, pero no con *C. cayetanensis*; similar a lo descrito antes en Honduras. Disponibilidad de expedientes clínicos incompletos dificultó la captación de datos, afectando el poder del análisis estadístico.

7TL SÍNDROME DE RAMSAY HUNT: RELATO DE CASO INFRECIENTE. Oscar Alberto Castejón Cruz¹ Tania Paola Lagos Ordoñez.² ¹ Doctor en Medicina y Cirugía. Facultad de Ciencias Médicas. Universidad Nacional Autónoma de Honduras. Maestría Dirección Estratégica de Organizaciones de Salud. Universidad Europea del Atlántico. ² Doctora en Medicina y Cirugía. Facultad de Ciencias Médicas. Universidad Nacional Autónoma de Honduras. Postgrado Medicina Interna. Hospital Pedro de Bethancourt. Antigua Guatemala. Guatemala.

Antecedentes. Síndrome de Ramsay Hunt causado por la reactivación del virus de la varicela zoster en los ganglios geniculados, complicación infrecuente del herpes, incidencia de 1/1000 a 2000 casos, afectando 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 18% en adultos e inmunocomprometidos. Entre 4.5 y 8.9% se relaciona con herpes zoster ótico. **Caso Clínico.** Masculino de 61 años de Chimaltenango, antecedentes de diabetes mellitus, presento lesiones vesiculares de 2 días de evolución en pabellón auricular izquierdo con expandidión a zona retroauricular. Posteriormente comenzó con desviación de la comisura labial izquierda, dificultad a la deglución por lo que decidió acudir al Hospital Pedro de Bethancourt (Antigua Guatemala), Signos vitales: PA 130/80 mmHg, FC 82 lpm, FR 18 rpm, SatO2 96%, T° 36.8. Paciente en mal estado general con dermatosis diseminada a cabeza, cuello y tronco superior afectando hemicara, zona infra/supraescapular izquierda caracterizada por vesículas de 0.3 a 2 cm de diámetro con base eritematosa que confluyen en racimo. Ojos simétricos con pupilas isocóricas y ptosis palpebral con lagofthalmía. Desviación de la comisura labial izquierda, conducto auditivo externo edematoso, membrana timpánica con lesiones vesiculares. Manejado con aciclovir, metilprednisolona, pregabalina y corticoesteroides. Examen laboratorio: hematología normal, glicemia 121 mg/dl, fosfatasa alcalina 144 U/l, hemoglobina glucosilada 6.059%. Serología: HIV y Hepatitis B negativos, VDRL no reactivo. Se egresa por mejoría clínica en su séptimo día con carbamazepina y núcleo CMP forte con seguimiento en la consulta externa de dermatología y neurología. **Conclusiones/Recomendaciones.** Lo fundamental es un correcto diagnóstico basado principalmente en signos y síntomas, seguido de la instauración de tratamiento adecuado basado en evidencias (corticoides y/o antivirales), dentro de las primeras 72 horas de evolución para evitar secuelas de carácter irreversible debido a degeneración nerviosa.

8TL EPIDEMIOLOGÍA DEL ZIKA EN POBLACIÓN ATENDIDA EN ESTABLECIMIENTOS DE LA SECRETARÍA DE SALUD DE HONDURAS, 2016-2018. Mario René Mejía,¹ Sandra Araujo,² José A. Lara P.,³ Gladys Karina Castro,² Ramón Jeremías Soto,⁴ Marlon Meléndez.⁵ ¹Médico, Máster en Epidemiología. Maestría en Epidemiología, Dpto. de Salud Pública, Facultad de Ciencias Médicas, UNAH; ²Médico en Servicio Social (2018), asignada a Maestría en Epidemiología, Dpto. de Salud Pública, Facultad de Ciencias Médicas, UNAH; ³Médico, Máster en Epidemiología. Dpto. de Salud Pública, Facultad de Ciencias Médicas, UNAH; ⁴Médico. Máster en Ciencias de la Salud. Dirección General de Normalización, Secretaría de Salud, asignado a Maestría en Epidemiología, Dpto. de Salud Pública, Facultad de Ciencias Médicas, UNAH; ⁵Licenciado en Estadística, Máster en Epidemiología. Maestría en Epidemiología, Dpto. de Salud Pública, Facultad de Ciencias Médicas, UNAH.

Antecedentes: El Zika es una enfermedad emergente en Honduras. Desde 2014 se diseminó por las Américas. Su mayor importancia radica en su vínculo con alteraciones neurológicas y malformaciones congénitas. **Objetivo:** Caracterizar epidemiológicamente los casos confirmados por Zika atendidos en establecimientos de salud, en 2016-2018. **Metodología:** Estudio transversal de casos sospechosos de Zika atendidos en establecimientos de la Secretaría de Salud (SESAL). Fuente de datos: fichas de vigilancia de arbovirosis con muestras séricas procesadas en el Laboratorio Nacional de Virología siguiendo guías de diagnóstico (OPS/OMS). **Resultados:** 2,367 casos sospechosos de Zika fueron estudiados durante el período, incluyendo 345 casos confirmados (309 por PCR-TR y 36 por IgM), arrojando una positividad de 14.6%. En 2016, la positividad fue de 25.4% (321/1,266), en tanto en 2017-2018, ésta bajó notablemente a 2.2% (24/1,101). El 93% (321) de los confirmados, así como el 53.5% de los sospechosos ocurrieron en 2016, la mayoría ocurrió entre las SE (semana epidemiológica) 21 y SE37. En 2017, la tendencia fue fluctuante y en 2018 hubo una sustancial reducción de casos confirmados. Durante el período, 25% (86) tenía entre 20-29 años, 70% (242) eran mujeres y 23% (56) estaban embarazadas. Se registraron casos en todos los departamentos del país. El cuadro clínico se caracterizó por erupción cutánea (79%), cefalea (67%), mialgias (66%), artralgias (63%), fiebre (41%) y conjuntivitis (38%). Se registraron 16 casos de microcefalia en hijos de embarazadas positivas por Zika. **Conclusiones/Recomendaciones:** La alta positividad de los casos de Zika en 2016, ratifica la epidemia ese año, destaca una alta afectación de mujeres en edad fértil y embarazadas. Se detectó incremento de casos de microcefalia en recién nacidos de mujeres embarazadas positivas por Zika. Se requiere estudios de tipo analítico para identificar riesgos y factores protectores relacionados con Zika, que sirvan para el mejor abordaje epidemiológico de la enfermedad.

9TL MICROCEFALIA ASOCIADA A SÍNDROME DE ZIKA CONGÉNITO EN RECIÉN NACIDOS ATENDIDOS EN TEGUCIGALPA, HONDURAS. Paola María Martínez Alvarenga,¹ Allison Marie Callejas Salgado,² Manuel Antonio Sierra Santos,³ Douglas Marlon Varela Gonzalez,⁴ Marco Tulio Luque Torres.⁵ ¹Pediatra, Universidad Nacional Autónoma de Honduras; ²Neonatología, Hospital Escuela Universitario; ³Epidemiología, Unidad Investigación Científica, UNAH; World Visión; ⁴Neurología, Hospital Escuela Universitario; ⁵Infectología, Instituto Hondureño de Seguridad Social; Tegucigalpa.

Introducción: la microcefalia se ha asociado en las Américas a la infección congénita por Zika, En Honduras se confirmó circulación de este virus a partir de marzo del 2016. Los Centros

para el Control y Prevención de Enfermedades (CDC) de los EE. UU., define microcefalia como la medición del perímetro cefálico por debajo de dos desviaciones estándar según las curvas para sexo, etnia y edad gestacional al nacimiento. **Objetivo:** caracterizar los casos de microcefalia con sospecha de Síndrome de Zika congénito por datos maternos, del recién nacido, características clínicas y hallazgos radiológicos. **Metodología:** Se realizó estudio descriptivo transversal, donde se revisaron los casos nuevos de microcefalia en conjunto con su expediente clínico (exámenes: físico, laboratoriales y de imágenes), detectados en el periodo de mayo 2016 a marzo 2017, en el Hospital Escuela Universitario y el Instituto Hondureño de Seguridad Social de Tegucigalpa. **Resultados:** se identificaron 75 casos sospechosos por Zika, 76.7% con microcefalias grave, 82.7% con malformaciones en la bóveda craneal, 42.3% osteomusculares (artrogriposis), 21% criptorquidia, 16% hernia umbilical. Los hallazgos radiológicos más frecuentes fueron ventriculomegalia, calcificaciones intraparenquimatosas, lisencefalia, disgenesia del cuerpo calloso e hipoplasia cerebelosa. El 68% de las madres tenían serología IgG positiva para Zika. **Conclusión/Recomendación:** los casos descritos presentan características compatibles con Síndrome de Zika congénito.

10TL SINDROME HEMOFAGOCITICO SECUNDARIO A HISTOPLASMOSIS EN PACIENTE INMUNOCOMPETENTE: A PROPOSITO DE UN CASO. Mariela Alejandra Maradiaga-Montoya,¹ Clarissa Aguilar,² Gaspar Rodríguez,³ Marco Luque,⁴ Héctor S. Antunez.⁵ ¹Residente Tercer año, Postgrado de Pediatría, Facultad de Ciencias Médicas UNAH, Tegucigalpa, Honduras; ²Oncóloga Pediatra Hospital Escuela Universitario, Tegucigalpa, Honduras; ³Nefrólogo Pediatra IHSS, Tegucigalpa, Honduras; ⁴Infectólogo Pediatra IHSS, Tegucigalpa, Honduras; ⁵Patólogo IHSS; Tegucigalpa, Honduras.

Antecedentes: La histoplasmosis americana o *capsulati* es una micosis sistémica que afecta el sistema reticuloendotelial (fagocítico-monocuclear). Causada por el hongo dimorfo *Histoplasma capsulatum* var. *capsulatum*. En 95% de los afectados es subclínica o benigna. Los pocos casos de Síndrome Hemofagocítico asociado con histoplasmosis han sido descritos en pacientes con infección por VIH, hepatitis C, receptores de trasplantes renal o cardíaco, neoplasias hematológicas y unos pocos pacientes inmunocompetentes. **Descripción del caso clínico:** Niña, 6 años, sin antecedentes patológicos, inició 14 días previo al ingreso fiebre persistente 38-40°C acompañada de rinorrea hialina, tos seca, sin dificultad respiratoria; manejada con macrólidos por 5 días. Una semana después persistió con los síntomas sumándose icterico, rash generalizado, pérdida de peso, hiporexia y malestar general. Clínicamente con hepato-esplenomegalia, adenopatías cervicales e inguinales. Laboratorialmente anemia de 9.2 g/dL, trombocitopenia (106,000/uL), BT 4.7 mg/dL, BD 4.6 mg/dL, TGO 348 U/L, TGP 247 U/L, Colesterol total 112 mg/dL, triglicéridos 299 mg/dL, ferritina 2000 ng/dL. VIH negativo. Servicio de Oncología realizó aspirado de médula ósea evidenciando hemofagocitosis. Se inició manejo con inmunoglobulinas. Se realizó biopsia de médula ósea identificando levaduras intracelulares en macrófagos y algunas extracelulares, 2-4 um de diámetro, con gemación. También inflamación crónica granulomatosa sin necrosis caseosa. Inició manejo con Anfotericina B egresando con mejoría clínica al 18avo día de tratamiento con manejo ambulatorio con itraconazol. **Conclusiones/Recomendaciones:** El Síndrome hemofagocítico es una condición crítica, potencialmente mortal, que requiere identificación temprana del evento subyacente. El hallazgo de histoplasmosis en paciente inmunocompetente tiene un abordaje diagnóstico complejo por la baja sospecha clínica y el difícil acceso a las pruebas específicas necesarias. En este caso, la terapia inmunosupresora y el tratamiento antifúngico oportuno evitaron la muerte de la paciente.

11TL HISTOPLASMOSIS INTESTINAL EN ESCOLAR CON INMUNOSUPRESIÓN, INSTITUTO HONDUREÑO DE SEGURIDAD SOCIAL. Josué A. Vásquez, MD, Residente Tercer Año Postgrado de Pediatría, Facultad de Ciencias Médicas, UNAH; Marco T. Luque, MD, Especialista en Infectología Pediátrica; Instituto Hondureño de Seguridad Social; Lisset Thiebaud, MD, Especialista en Gastroenterología Pediátrica, Instituto Hondureño de Seguridad Social; Héctor Antúnez, MD, Especialista en Anatomía Patológica Pediátrica, Instituto Hondureño de Seguridad Social; Tegucigalpa, Honduras.

Antecedentes: Histoplasmosis intestinal es una presentación de micosis sistémica endémica en zonas tropicales, subtropicales y templadas, causada por *Histoplasma capsulatum*, hongo dimórfico, termo dependiente, intracelular en forma de levadura. La transmisión es por inhalación de microconidios, inoculación cutánea o vía hematógena, y un periodo de incubación de 1 a 3 semanas. Entre las presentaciones clínicas, la forma gastrointestinal es poco frecuente principalmente asociada a inmunosupresión. **Descripción del caso:** Escolar masculino de 6 años de edad, procedente de El Paraíso, Honduras. Ingresó al Instituto Hondureño de Seguridad Social (IHSS) de Especialidades Tegucigalpa el 22/10/18 referido de IHSS Danlí. Se consignó que habita cerca de una iglesia y casas abandonadas, con antecedente clínico de Síndrome de Guillain Barré y micosis cutáneas a repetición, estudiado por inmunodeficiencia primaria. Al ingreso se documentó cuadro de diarrea crónica con estrías de sangre en ocasiones, más dolor abdominal tipo cólico en marco colónico y pérdida de peso. El examen general de heces detectó persistentemente leucocitos y eritrocitos. Fue manejado de forma ambulatoria como alergia a la proteína de leche de vaca, con múltiples ingresos por el mismo motivo. Angiotomografía abdominal reportó engrosamiento concéntrico de pared del sigmoides, colonoscopia describió rectosigmoiditis ulcerativa y biopsia intestinal reportó infiltrados linfohistiocíticos, presencia variable de levaduras pequeñas principalmente intracelulares dentro de macrófagos, hiperplasia linfoide, infiltrado de eosinófilos, neutrófilos, granulomas necrotizantes/células plasmáticas, compatible con histoplasmosis. Cultivo informó *Histoplasma capsulatum*. Fue manejado con anfotericina por 2 semanas y ambulatoriamente con itraconazol. Paciente evolucionó favorablemente, pero ha requerido otras hospitalizaciones por otras infecciones comunes. **Conclusión/recomendación:** Histoplasmosis diseminada ocurre en lugares donde se acumulan excretas de aves o murciélagos como edificios abandonados y cuevas por inhalación de microconidios, se recomienda la clausura y colocación de avisos consignando el riesgo a dicha exposición, además el uso de mascarillas protectoras porque constituye una medida recomendada.

12TL ECTIMA LIKE: FUSARIOSIS NASAL EN INMUNOCOMPETENTE. Elsa Fernández,¹ Aleydi Gómez Campos,² Katia Aguilar Gutiérrez.² ¹Médico Especialista en Dermatología, Servicio de Dermatología, Hospital Escuela Universitario (HEU); ²Médico Residente de III año del Posgrado de Dermatología, Facultad de Ciencias Médicas UNAH; Tegucigalpa.

Antecedente. 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. **Descripción del caso.** Paciente masculino de 78 años, procedente de Distrito Central, soltero, alfabeto, comerciante, hipertenso

controlado. Referido por dermatosis de 3 semanas de evolución, que inició 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. Resto del examen físico sin alteraciones. Se ingresa al HEU. 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 negativos. Rayos X torácicos, TAC cerebral y ecocardiograma normales. Inició antibioticoterapia con ceftazidime y vancomicina. Biopsia de piel reportó micosis cutánea y el cultivo por hongos reveló *Fusarium oxysporum*, por lo que se administra 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, bien definidos, se agrega anfotericina B y desbridamiento quirúrgico. Evolucionó a choque séptico refractario, falleciendo a los 46 días de ingresado. **Conclusiones/Recomendaciones.** Considerar infecciones micóticas en el abordaje diagnóstico del ectima gangrenoso.

13TL EDUCACION CONTINUA: EXPERIENCIA DE LA ASOCIACION HONDUREÑA DE PARASITOLOGIA (AHPA), 2010-2019. Jorge García,¹ Jackeline Alger,² Rina G. Kaminsky.³ ¹Microbiólogo y Químico Clínico; ²MD, PhD; ³MSc; Asociación Hondureña de Parasitología; Instituto de Enfermedades Infecciosas y Parasitología Antonio Vidal; Tegucigalpa, Honduras.

Antecedentes: La Asociación Hondureña de Parasitología (AHPA), organización sin fines de lucro fundada en el año 2000, agrupa a médicos, técnicos en laboratorio Clínico (TLC), microbiólogos, enfermeras y estudiantes. Uno de sus objetivos, es realizar actividades de educación continua. **Descripción de la experiencia:** Durante 2010-2019 se organizaron 11 talleres (4 sobre malaria, 4 sobre apicomplexa intestinales y 3 sobre género *Entamoeba*); con una duración de 10 horas en 1.5 días por taller. La temática consistió en actualización teórica (correlación clínica y epidemiológica) y prácticas laborales (80% del programa), con evaluaciones pre y post-taller. En total hubo 87 participantes (12 tomaron más de 1 taller, por lo cual el número total de inscritos fue 99), el 80.5% tenían nivel universitario y 19.5% eran TLC. El 86.2% eran de Tegucigalpa, 79.3% mujeres, 29.9% y 40.2% trabajaban en laboratorio público y privado respectivamente, 12.6% en institución académica, 3.4% en ONG y 13.8% no laboraba. Del total de inscripciones, 36.4% recibió el taller sobre apicomplexa intestinales, 33.3% el de género *Entamoeba* y 30.3% de malaria. La diferencia de promedios de la calificación global pre-taller y post-taller, en la actividad de malaria (30 inscritos) fue 28.1% (IC95% 20.3-35.8, $p<0.001$); en taller apicomplexa intestinales (36 inscritos), 54.5% (IC95% 47.3-61.8, $p<0.001$); en taller del género *Entamoeba* (33 inscritos), 46.9% (IC95% 37.8-56.1, $p<0.001$). Para las 99 inscripciones, las diferencias de promedios de la nota global, según el nivel académico (80 universitario versus 19 técnico), en pre-taller fue 10.7 (IC95% 0.4-20.7, $p<0.04$) y en post-taller fue 20.3 (IC95% 8.6-32.0, $p<0.01$). **Lecciones aprendidas:** Las redes sociales son un buen medio de promoción de actividades de educación continua y de respuesta de participantes. Hubo mayor preferencia por el sábado. Las prácticas laborales constituyen la principal fortaleza de estas actividades.

14TL EXPERIENCIA SOBRE LA VIGILANCIA DE *Candida auris* EN EL HOSPITAL ESCUELA UNIVERSITARIO, TEGUCIGALPA, PERIODO OCTUBRE 2016 A AGOSTO 2017. Sandra Montoya, MSc. en Epidemiología y Microbióloga Química Clínica. Laboratorio de Micología, Hospital Escuela; Tegucigalpa, Honduras.

Antecedentes: *Candida auris* es una levadura multiresistente emergente de reciente aparición y agente nosocomial con altas tasas de mortalidad debido a que causan infecciones invasivas graves, y alta falla terapéutica. Se describió por primera vez en el 2009 en Japón, y el primer reporte de infección hematológica se realizó en el 2011 en Corea del Sur. Se desconoce la causa por la que *Candida auris* ha emergido en países tan distantes y diferentes. **Descripción de la experiencia:** Con la asesoría de CDC (Centro de Control y Prevención de Enfermedades de Estados Unidos), el Hospital Escuela Universitario (HEU) inició la vigilancia de *Candida auris* en octubre del 2016 y hasta agosto de 2017, se logró procesar 1,117 aislamientos de levaduras de las unidades de cuidados intensivos (UCI) y de hemocultivos de las diferentes salas de internamiento. Se utiliza el medio de CHROM agar *Candida* enriquecido con medio de Pal's. Por la similitud de las características filogenéticas y perfil isoenzimático de *C. auris* con otras levaduras, se verificaron los aislamientos de *C. haemulonii*, *C. famata*, *C. krusei* y en menor proporción de *C. sake*. Se encontraron 28 aislamientos con características de *C. auris*. Fueron enviadas a CDC en agua destilada esteril a temperatura ambiente siendo analizadas utilizando metodología de ionización por láser en espectrometría de masas y pruebas moleculares MALDI-TOF MS, teniendo como resultados: *C. glabrata* (n=24), *C. krusei* (n=3), *C. kefyr* (n=1), descartándose la presencia de *C. auris*. No obstante, la vigilancia continuará. **Lecciones aprendidas:** Se mantiene activa la vigilancia de *C. auris* en muestras de las diferentes salas del HEU con planes de ampliar la población a estudiar. CDC proporcionó nuevas metodologías y técnicas con el propósito de mejorar la selección de aislamientos sospechosos de *C. auris*. Se recomienda que otros hospitales remitan muestras sospechosas al HEU para ser identificadas.

15TL SÍNDROME DE HIPER IgE AUTOSOMICO RECESIVO: UN REPORTE DE CASO EN EL HOSPITAL ESCUELA UNIVERSITARIO. Lindsay Borjas-Aguilar, MQH Esp. Inmunología Clínica,¹ Marco Tulio Luque, MD especialista en Pediatría/Infectología,² Samuel Isac García, Estudiante 7^{mo} año, Carrera de Medicina.³ ¹Servicio de Inmunología, Departamento de Laboratorio HEU, ²Departamento Pediatría, Servicios de Atención Integral, HEU, ³Facultad de Ciencias Médicas Universidad Nacional Autónoma de Honduras (UNAH), Tegucigalpa, Honduras

Antecedentes: Se han descrito 2 tipos: Síndrome de Hiper IgE Autosómico Dominante (SHIGE-AD) relacionado a alteraciones musculoesqueléticas y Recesivo (SHIGE-AR), con asimetrías faciales y defectos cardíacos. A continuación, se presenta un caso de SHIGE-AR. **Descripción del Caso Clínico:** Paciente masculino, 2 años de edad, procedente de San Isidro, Intibucá, atendido en el centro de salud de la comunidad, tratándolo con acetaminofén. Después de 4 días, presentó edema en el ojo izquierdo. Al no presentar mejoría; es referido al Hospital Enrique Aguilar el 31/01/2017, siendo el motivo de consulta: gingivitis e inflamación periorbitaria y temporal. Presentando fiebre (39°C), abscesos, fistulas en cabeza y cuello. Tenía antecedente de un ingreso por neumonía. El examen de heces mostró 70 huevos de *Ascaris lumbricoides*. Se realizó cirugía para drenar el absceso temporal y fistula cervical lateral izquierda. En cavidad oral presentaba múltiples caries dentales y secreción purulenta en orofaringe y pómulos, comprobándose comunicación entre fístula cervical, región temporal y orbital. En el cultivo se aisló *Peptostreptococcus sp.*, tratándolo con amikacina y oxacilina, pero manteniendo fiebre hasta 40°C durante cinco días. Por lo cual se refirió al Hospital

Escuela Universitario (8/02/2017), presentando dermatitis en brazos, aumento en conteo de eosinófilos, IgE>2000 IU/ml y anemia. Debido a los antecedentes y manifestaciones, se diagnostica clínicamente con SHIGE-AR. Durante el ingreso de 15 días tuvo respuesta favorable al tratamiento, manteniendo esquema antibiótico, con lo cual se da alta debido a la evolución satisfactoria, con revisiones continuas. **Conclusión/Recomendación:** El SHIGE es una Inmunodeficiencia primaria, mostrando infecciones oportunistas recurrentes a temprana edad, al observar dichas características debemos orientarnos e identificarlos, para evitar complicaciones. Es esencial conocer el historial familiar, diagnóstico temprano clínico junto con el molecular, orientando a una profilaxis adecuada, prolongando el tiempo de vida del niño.

16TL PIURIA ESTERIL ASOCIADA CON DIABETES MELLITUS TIPO 2: REPORTE DE UN CASO, HOSPITAL MEDICASA, TEGUCIGALPA, ABRIL 2019. Alexis Francisco Rivas Godoy,¹ Elvia Fabiola Maradiaga Reyes.² ¹Medico especialista en Medicina Interna, Departamento de Medicina Interna, Instituto Hondureño de Seguridad Social (IHSS); Docente del Departamento de Medicina Interna-Prácticas Clínicas Modulares, Universidad Tecnológica Centroamericana (UNITEC); ²Doctor en Medicina y Cirugía, Egresada, Facultad de Ciencias Médicas UNAH; Tegucigalpa.

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 +, 3 o más leucocitos/campo de alto poder, en ausencia de bacterias y urocultivo negativo.

Descripción del caso: Femenina de 85 años, diabética tipo 2 en insulino terapia, evaluada por cuadro diarreico agudo en Hospital Medicasa, En Abril 2019. Examen físico: presión arterial 80/40 mmHg, frecuencia cardíaca 90 lpm, frecuencia respiratoria 18 rpm, afebril, deshidratación moderada, hospitalizada para antibióticoterapia con ceftriaxona. Se evidencia piuria incidental al insertar sonda Foley para cuantificar diuresis. Por pobre respuesta terapéutica se escala cobertura a piperacilina/tazobactam, mostrando mejoría. Se decide egreso con ampicilina/sulbactam sin sondaje vesical. Al cuarto día de egreso, regresó con piuria, sin sepsis. Exámenes laboratoriales: hemoglobina 12.2 g/dl, leucocitos 10,400/mm³, plaquetas 483,000/mm³, creatinina 0.9 mg/dl. Uroanálisis: leucocitos incontables, leucoesterasa (+++), nitritos positivo (+), eritrocitos 46-49/c. Considerando tratamientos previos y urocultivos negativos, se indicó imipenem. Uro-Tomografía: vejiga con engrosamiento mural difuso, hidroureter 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 específica. Los cultivos tisulares de vejiga obtenidos por biopsia fueron negativos por bacterias, hongos y micobacterias. Se egresó con profilaxis antibiótica y sondaje vesical, con evolución satisfactoria. **Conclusiones/Recomendaciones:** Etiológicamente la piuria estéril se divide en infecciosas y no infecciosas. Entre 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 terapéutica 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.

17TL ASPERGILOMA COMO CAUSA DE HEMOPTISIS CRÓNICA EN PACIENTE INMUNOCOMPETENTE, A PROPÓSITO DE UN CASO. Denis Rodríguez, MD, Especialista en Medicina Interna; Instituto Nacional Cardiopulmonar, Servicio de Emergencia; Marlen Cruz, MD, Especialista en Medicina Interna; Hospital Escuela Universitario, Servicio de Endocrinología; Orlando Maldonado, MD, Especialista en Medicina Interna; Instituto Nacional Cardiopulmonar; Tegucigalpa, Honduras.

Antecedentes: Aspergilosis, incluye un espectro de enfermedades ocasionadas por *Aspergillus spp.*, hongo saprófito que alcanza las vías respiratorias por inhalación. La enfermedad pulmonar presenta diferentes síndromes clínicos; aspergiloma constituye la forma más común; se desarrolla en una cavidad pulmonar preexistente comúnmente secuela de tuberculosis, aunque también bronquiectasias, bulas, entre otros, compuesto por hifas, células inflamatorias, fibrina y detritos tisulares. La mayoría de los pacientes son asintomáticos; la hemoptisis está presente en 83-91% de los casos; otros síntomas: tos y disnea. Mortalidad oscila entre 14-30%. **Descripción del caso:** Femenina, 37 años, procedente de Comayagua, ama de casa, sin antecedentes personales patológicos. Ingresó: 12/octubre/2018 en INCP con hemoptisis moderada, sospecha de secuestro pulmonar. Antecedente de 10 años, cuadros de hemoptisis intermitente, sin compromiso hemodinámico, sin disnea, hospitalización en 3 ocasiones (2005, 2007, 2013) en hospitales regionales y clínicas privadas. Tomografía de tórax: colección líquida loculada pulmonar del lóbulo inferior izquierdo sospechando absceso crónico o secuestro pulmonar; broncoscopia y espirometría normal, VIH negativo, estudios microbiológicos negativos (BAAR de esputo, Gene Xpert, cultivos por bacterias). Histopatología (BAAF) infiltrado inflamatorio agudo y crónico, linfocitos, neutrófilos y abundantes eosinófilos. El 16/octubre/2018 se realizó lobectomía inferior izquierda: lóbulo inferior con adherencias múltiples a pared costal, tumoración en segmento posterior, abundante material mucoide similar al aspergiloma. Histopatología (pieza quirúrgica): bronquiectasias múltiples y numerosos aspergilomas, fibrosis con neumonitis intersticial crónica folicular moderada. Cumplió Anfotericina B endovenosa 14 días, egresada con itraconazol vía oral. **Conclusión/Recomendación:** La hemoptisis puede ser la manifestación de gran número de enfermedades. Por tanto, constituye un reto diagnóstico para el clínico, llegando a situaciones en las que el diagnóstico se concreta después de varias hospitalizaciones. En la paciente en cuestión, patología reportó numerosas bronquiectasias, las que pudieron dar cabida al aspergillus, sin embargo, por la alta prevalencia de TB en nuestro medio ésta no puede descartarse.

18TL FUNGEMIA POR CANDIDA FAMATA: UNA LEVADURA ATÍPICA. Clarissa Aguilar Molina, Pediatra Sub-especialista en Oncología;^{1,2} Linda José Turcios², Emmanuel Lorenzana Cerna²; Diana Cruz Anariba². Residente Posgrado de pediatría². ¹Servicio de Hemato-oncología, Hospital Escuela Universitario. ²Hospital Escuela Universitario, Universidad Nacional Autónoma de Honduras.

Antecedentes: la candidiasis es una de las infecciones oportunistas más frecuentes, con una prevalencia de 7.45%. Los agentes causales son levaduras anascosporadas, se han descrito más de 200 especies; *Candida albicans* es la más importante. Sin embargo, existe un número de especies fenotípicamente similares a Candida, pero genéticamente distintas, como *Candida dubliniensis* (famata), que causa infecciones orofaríngeas en pacientes inmunosuprimidos. La candidiasis diseminada constituye una infección multiorgánica, con fiebre, soplos, esplenomegalia, formación de émbolos e incluso candidemia. **Descripción del caso:** femenina de 5 años, antecedentes de anemia aplásica moderada, recibió tratamiento a base de linfoglobulina antitímocito, ameritó múltiples transfusiones y antimicrobianos desde junio del

2018 con ceftriaxone/oxacilina (10 días), cefepime 4 días, (27-31, julio), piperacilina/tazobactam (1-14 agosto), meropenem (29 agosto- 18 de septiembre), y fluconazol (18-27 septiembre); debido a neutropenia severa febril sin aislamientos en hemocultivos, manteniendo neutrófilos totales por debajo de 100 células, por alrededor de un mes. El 18 de septiembre presentó datos de sepsis: temperatura 39°C, FC 165 FR 38, P/A 87/45mmHg, PAM 64; diuresis de 1.2ml/kg/hora, pulsos saltones, llenado capilar inmediato, requiriendo cuidados intensivos para manejo del choque. Al policultivarse, se aisló candida famata en hemocultivo y fungomas en pulmones y vísceras. **Conclusión/Recomendaciones:** el inicio oportuno de la terapia antimicótica apropiada es esencial para el control y el pronóstico de las infecciones invasivas por Candida. El diagnóstico temprano de la candidiasis sistémica sigue siendo un desafío y algunos sistemas de puntuación, como el "Candida score" podrían ayudar a los médicos a diferenciar a los pacientes que se beneficiarían del tratamiento antifúngico temprano de aquellos para quienes la candidiasis invasiva sistémica es muchos menos probable.

19TL TOXOPLASMOSIS OCULAR EN UN PACIENTE ADULTO. Alejandra Ramírez, MD; Clínica Cristiana Cuerpo de Cristo.

Antecedentes: La toxoplasmosis ocular es una enfermedad producida por el toxoplasma gondii, considerada una zoonosis. Puede presentarse como una infección aguda en personas sanas, toxoplasmosis congénita e infecciones graves en el paciente inmunocomprometido; se transmite por vía oral, transplacentaria y por trasplantes de órganos de donantes seropositivos a receptores seronegativos. Puede involucrar varias partes del ojo produciendo vasculitis, vitritis, coroiditis y uveítis anterior; ocasionando disminución de la visión. Esta enfermedad ocular en la mayoría de los casos pasa desapercibida debido a que los síntomas son inespecíficos, pudiendo causar lesiones graves en la retina y como resultado de esto ceguera en los pacientes que no tienen un diagnóstico y tratamiento oportuno **Descripción del caso:** Paciente masculino de 37 años, labrador, se presentó el 1/2/19 con historia de sensación "flotante" en ojo derecho, 2 meses de evolución, negó fosfenos, trauma, dolor. Agudeza Visual: OD (ojo derecho): 20/20 OI (ojo izquierdo): 20/25. Fondo de ojo: OD: cicatriz en retina con lesión adyacente color blanquecina (área de reactivación) nasal a nervio óptico, flotante sobre la cicatriz. OI: cicatriz en retina, nasal a nervio óptico, no se observaron áreas de reactivación. Diagnóstico: se realizó serología (IgG e IgM) resultando positivo la IgG para toxoplasmosis. Para su tratamiento y posterior control el paciente fue referido al servicio de Oftalmología del Hospital San Felipe. **Conclusiones/recomendaciones:** el médico general debe pensar en la posibilidad de toxoplasmosis ocular ante manifestaciones clínicas como en este caso, por lo cual es indispensable realizar el fondo de ojo de manera adecuada en el consultorio, para identificar lesiones que hagan sospechar esta patología. Se recomienda realización de campañas de educación enfocadas a prevenir la enfermedad en la población en general, así como

II CONGRESO NACIONAL DE ENFERMEDADES INFECCIOSAS

El Cambio Climático y su Influencia en la Salud Humana

Hotel Clarion, Tegucigalpa, Honduras

20-22 de junio de 2019

INDICE POR AUTOR

Aguilar C	10,18TL	Luque MT	23C;9,10,11,15TL
Aguilar K	12TL	Maldonado O	17TL
Alger J	8,10,28C;1,2,6,13TL	Maradiaga EF	16TL
Alvarado T	4,16,25,31C	Maradiaga-Montoya MA	10TL
Antunez HS	10,11TL	Martínez E	3TL
Araujo S	8TL	Martinez PM	9TL
Barahona R	5TL	Mejía MR	8TL
Bobadilla L	5TL	Melendez M	8TL
Borjas-Aguilar L	15TL	Moncada W	3TL
Bu Figueroa E	3,19,22C	Montoya S	14TL
Callejas AM	9TL	Ochoa F	4TL
Castejón OA	7TL	Palou EY	14C
Castro GK	8TL	Ramirez A	19TL
Cruz D	18TL	Rivas AF	16TL
Cruz Joya M	3TL	Rivera S	4TL
Cruz M	17TL	Rodriguez D	17TL
Degrandes BJ	3TL	Rodriguez G	10TL
Erazo G	3TL	Romero C	4TL
Fajardo G	5TL	Sauceda D	4TL
Fernandez E	12TL	Sierra MA	9TL
Flores F	4TL	Soto RJ	1C;6,8TL
García JA	1,2,6,13TL	Thiebaud L	11TL
García SI	15TL	Turcios LJ	18TL
Gomez A	12TL	Valenzuela R	1TL
Gomez O	6C	Varela D	17C
Gutiérrez JM	1TL	Varela DM	9TL
Kaminsky RG	13TL	Vasquez JA	11TL
Lagos TP	7TL	Vides C	1TL
Lara JA	8TL	Zelaya G	5TL
Lorenzana E	18TL	Zúniga C	5TL
Lorenzana I	24C		

II CONGRESO NACIONAL DE ENFERMEDADES INFECCIOSAS

El Cambio Climático y su Influencia en la Salud Humana

Hotel Clarion, Tegucigalpa, Honduras

20-22 de junio de 2019

INDICE POR TEMA

Apicomplexa intestinales	6TL	Infeccion asociada a diálisis	4TL
Arbovirosis	14C	peritoneal	
Aspergiloma	17TL	Leptospirosis	16C
Babesiosis	10C	Malaria	8C
Cambio climático	1C	Mordedura de serpiente	1TL
Candidiasis	14,18TL	Parotiditis	25C
Educación continua	13TL	Piuria estéril	16TL
Encefalitis virales	4C	Resistencia bacteriana	6C
Enfermedades febriles	23,24C	Sepsis	3TL
Enfermedades transmitidas por roedores	19C	Síndrome de Ramsay Hunt	7TL
Enfermedades vectoriales	3C	Síndrome Hiper IgE	15TL
Erhlichiosis	17C	Tosferina	26C
Estrongiloidiasis	2TL	Toxoplasmosis	19TL
Fusariosis	12TL	Tuberculosis	5TL
Hepatitis virales	22C	Vacunación	31C
Histoplasmosis	10,11TL	Zika	28C; 8,9TL