



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

Revista MEDICA Hondureña

ISSN 0375-1112
ISSN 1995-7068

Vol. 86 (Suplemento No. 1)
2018 pp. S1-90



LXI Congreso Médico Nacional
Santa Rosa de Copán
Atención Primaria en Salud
Dr. Arnulfo Bueso Pineda
11 al 14 de Julio 2018



Atención Primaria en Salud
LXI Congreso Médico Nacional
Santa Rosa de Copán 2018





@comenac2018



comenac2018.com



Revista MEDICA Hondureña

ISSN 0375-1112 / ISSN 1995-7068

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

**Vol. 86 (Suplemento No.1)
2018 pp. S1-90**

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

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

CONSEJO EDITORIAL 2018-2020

CUERPO EDITORIAL

DIRECTOR

Dr. Heriberto Rodríguez Gudiel

EDITOR ADMINISTRATIVO

Dra. Fanny Navas León, FACS

SECRETARIA

Dra. Maura Carolina Bustillo

COMITÉ EDITORIAL

Dra. Ana Ligia Chinchilla
Dra. Rosa María Duarte
Dra. Xenia J. Velásquez
Dra. Jackeline Alger, PhD

EDITORES ASOCIADOS

Dra. Martha Cecilia García
Dr. José R. Lizardo
Dra. Edna Maradiaga
Dr. Nicolás Sabillón
Dr. Iván Espinoza Salvado

COMITÉ ASESOR INTERNACIONAL

Dr. Hebert Stegemann
Hospital Vargas de Caracas, Venezuela

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

© 2009. Todos los derechos reservados. A excepción de propósitos de investigación o estudio privado, crítica o revisión, los contenidos no pueden ser reproducidos por ningún medio impreso ni electrónico sin permiso de la Revista Médica Hondureña.

La Dirección de la Revista Médica Hondureña hace los máximos esfuerzos para garantizar la seriedad científica del contenido, la Revista, el Colegio Médico de Honduras y la Casa Editorial no se responsabilizan por errores o consecuencias relacionadas con el uso de la información contenida en esta revista. Las opiniones expresadas en los artículos publicados son responsabilidad de los autores y no necesariamente reflejan los criterios de la Revista o del Colegio Médico de Honduras. Ninguna publicidad comercial publicada conlleva una recomendación o aprobación por parte de la Revista o del Colegio Médico de Honduras.

PROGRAMA CIENTÍFICO Y RESÚMENES

LXI CONGRESO MÉDICO NACIONAL

Dr. Arnulfo Bueso Pineda

ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD (APS): Logros y Desafíos para el Siglo XXI

**Santa Rosa de Copán, Copán
11 al 14 de Julio de 2018**

CONTENIDO

ORGANIZACIÓN DEL CONGRESO

Junta Directiva del Colegio Médico de Honduras.....	5
Comité Organizador del LXI Congreso Médico Nacional.....	6
Comité Científico del LXI Congreso Médico Nacional.....	7

BIENVENIDA

Mensaje de la Secretaria de Asuntos Educativos y Culturales del Colegio Médico de Honduras	8
Mensaje de Bienvenida de la Presidenta del Comité Organizador	10
Mensaje de Bienvenida de la Coordinadora del Comité Científico	11
Palabras de Inauguración de la Presidenta del Colegio Médico de Honduras con motivo del LXI Congreso Médico Nacional	12
Reseña Biográfica del Dr. Arnulfo Bueso Pineda	13

PROGRAMA CIENTÍFICO

Cursos Pre-Congreso.....	14
Conferencias y Trabajo Libres Presentación Oral.....	20
Trabajos Libres Presentación Cartel	32

PROGRAMACIÓN SOCIO-CULTURAL

Programa de Ceremonia Inaugural	34
Programa Socio-Cultural	35
Programa de Ceremonia de Clausura.....	36

RESÚMENES

Resúmenes de conferencias magistrales.....	37
Resúmenes de trabajos libres.....	53

ÍNDICE POR AUTOR	80
------------------------	----

INFORMACIÓN SOBRE EL LXII CONGRESO MÉDICO NACIONAL 2019	83
---	----

INSTRUCCIONES PARA LA PREPARACIÓN DE RESÚMENES CONGRESO MÉDICO NACIONAL AÑO 2019	84
--	----

PATROCINADORES.....	90
---------------------	----

ORGANISMO DE GOBIERNO DEL COLEGIO MÉDICO DE HONDURAS (CMH)

JUNTA DIRECTIVA PERIODO 2018-2020



De izquierda a derecha

- | | |
|-------------------------------------|---|
| 1. Dra. Ligia Ramos | Fiscal |
| 2. Dra. Rosa María Duarte | Secretaria de Actas y Correspondencia. |
| 3. Dra. Fanny Navas León, FACS | Secretaria de Asuntos Educativos y Culturales |
| 4. Dra. Suyapa María Figueroa E. | Presidenta CMH |
| 5. Dr. César Ponce (atrás) | Vocal |
| 6. Dr. Samuel Santos | Vice-Presidente |
| 7. Dra. Gladys Argentina Ordóñez E. | Secretaria de Colegiaciones |
| 8. Dra. Suyapa Prudot | Secretaria de Finanzas |
| 9. Dr. Obdulio Rodezno | Secretario de Acción Social y Laboral |

COMITÉ ORGANIZADOR DEL LXI CONGRESO MÉDICO NACIONAL



De Izquierda a Derecha

Comité Logística:	Da. Karina Rodríguez
Comité de Publicidad:	Dra. Jennifer Tábora
Presidenta:	Dra. Karla P. Escolán R.
Comité Socio-Cultural:	Dra. Liliam Romero
Trabajos Libres	Dr. Francisco A. Ramírez
Secretaria:	Dra. Jeimy Munguía
Comité Científico:	Dra. Alina Lanza
	Dra. Carolina Perdomo (Ausente)
Comité de Internado Rotatorio:	Dra. Marith López
Tesorero:	Dr. José María Aguilar (Ausente)

COMITÉ CIENTÍFICO DEL LXI CONGRESO MÉDICO NACIONAL



COMITÉ CIENTÍFICO DE IZQUIERDA A DERECHA

Dr. Bladimir Irías
Dra. Alina Lanza Consuegra (Coordinadora)
Dr. Francisco Ramírez
Dra. Aurora López
Dr. Engels Sandoval
Dra. Martha Ayes
Dr. Oscar Alvarenga
Dra. Claudia Calderón
Dr. Lenin Paz
Dra. Carolina Perdomo (Coordinadora) (Ausente)
Dr. Heriberto Osorio

Comité de Logística

Dr. Didier Abner López
Dr. Juan Alfredo Parodi
Dra. Yolanda Gisselle Arguello
Dr. Osman Idail Flores
Dra. Digna Marcela Alvarado
Dra. Claudia Ester Tábora
Dra. Yanira Elizabeth Tábora
Dra. Yasmin Catalina Chávez
Dra. Rosa Berenice Delcid
Dra. Karla Denisse Reyes
Dra. Dora Carolina Núñez
Dra. Melissa Gissel Garay
Dra. Jacky Artemisa Viana
Dra. Karina Yamileth Rodríguez (Coordinadora)

Comité de Internado Rotatorio

Dr. Fausto Cruz
Dra. Elizabeth Gutiérrez
Dra. Ana Mirian Chinchilla
Dra. Marith Ivonee López (Coordinadora)

Comité de Publicidad

Dra. Jennifer Gissela Tábora
Dra. Iveth Patricia Escoto

Comité Sociocultural Capítulo Maya

Dra. Cindy Francell Hernández
Dr. German Francisco Bárcenas
Dra. Marith Ivonee López
Dra. Jeimy Carolina Munguía
Dra. Marlyn Navarro
Dra. Melissa Garay
Dra. Liliam Romero (Coordinadora)

MENSAJE DE LA SECRETARIA DE ASUNTOS EDUCATIVOS Y CULTURALES DEL COLEGIO MÉDICO DE HONDURAS



Es un honor como presidente del Centro Nacional de Educación Médica Continua (CENEMEC) y Secretaria de Asuntos Educativos y Culturales del Colegio Médico de Honduras acompañar a la Junta Directiva y al Comité Organizador en el LXI Congreso Médico Nacional, Dr. Arnulfo Bueso Pineda. Este año el tema central de este magno evento científico de nuestra institución, Atención Primaria en Salud, coincide con el 40 aniversario de la Conferencia Internacional de Atención Primaria en Salud. La Declaración de Alma Ata de 1978, tenía como objetivo promover y proteger la salud de la población en el mundo, considerando la atención primaria de salud como “un reflejo y una consecuencia de las condiciones económicas y de las características socioculturales y políticas del país y de sus comunidades”.

Las estadísticas indican que en Honduras la población asciende a más de 9 millones de personas, con una esperanza de vida al nacer promedio de aproximadamente 75 años y un promedio de escolaridad de 7.8 años. El estudio sobre la carga mundial de morbilidad de la OMS realizado en el 2016, nos sitúa en el lugar 135 de 195. Publicaciones de ese mismo organismo indican que el gasto per cápita en salud en el país es de \$400.00 dólares al año. En ese contexto la Atención Primaria en Salud enfrenta grandes retos, los cuales se acentúan aún más de cara a la situación actual

que atraviesa el sistema de salud a nivel nacional para alcanzar los objetivos de Alma Ata o los más recientes Objetivos de Desarrollo Sostenible. El enfoque tradicional de la atención en salud aún vigente debe orientarse a enfatizar la prevención y la rehabilitación en las comunidades, tal como está contemplado en el Plan Nacional de Salud. No obstante, la tendencia actual es al abandono de los programas de prevención otrora existentes que lejos de fortalecer la Atención Primaria en Salud, la vuelve vulnerable.

El Centro Nacional de Educación Médica Continua con el objetivo de ampliar el alcance y acceso a la educación médica continua a nivel nacional, está fortaleciendo sus recursos y herramientas de información para brindar mayores oportunidades de acceso a los médicos para la actualización continua de sus conocimientos a través de las tecnología de la información y la comunicación, contribuyendo de esta manera a la finalidad primordial de poner las mejores prácticas clínicas al servicio de la comunidad. Esperamos con ello contribuir a la mejora de la Atención Primaria en Salud y así como gremio sigamos colaborando desde nuestro quehacer al bienestar de la población. Por otra parte, no cabe duda que elevar el nivel educativo de la población debe seguir siendo una prioridad en el país, lo cual sin duda elevaría el nivel de exigencia de la población en la calidad de servicios que actualmente recibe. En el sector salud para mejorar la calidad de estos servicios se requiere un mayor nivel de rectoría de la gestión de los establecimientos de salud y una mejora de las condiciones en que se atiende a la población en todos los niveles del sistema.

Este Congreso Médico Nacional con énfasis en la Atención Primaria en Salud abarca en esta ocasión temas de interés en el abordaje y manejo de condiciones frecuentes en la atención primaria en salud de manera magistral e incluye un selecto grupo de trabajos científicos que abordan la temática desde diferentes ángulos. Felicito la ardua labor realizada por el Comité Organizador, extensiva a los subcomités de apoyo y al Consejo Editorial de la Revista Médica Hondureña, para asegurar el éxito de este magno evento y la logística prevista para brindar un intercambio de alta calidad científica, en un entorno de fraternidad y amistad con motivo de conmemorarse el 30 aniversario del Internado Rotatorio en Santa Rosa de Copán. Esta oportunidad permite el reencuentro no solo del grupo de médicos que a lo largo de estos 30 años han sido parte de la historia de la medicina de esta hermosa ciudad, sino de todos los que nos daremos cita en la Sultana de Occidente para disfrutar, además de la calidad científica del evento, de la calidez de su gente y sus tradiciones, ofreciéndonos la oportunidad de encontrarnos nuevamente con los amigos forjados a lo largo de los años de estudio y/o trabajo. Aprovecho la oportunidad para invitarles al próximo encuentro en el Congreso Médico Nacional que tendrá lugar en San Pedro Sula en el año 2019.

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

MENSAJE DE BIENVENIDA DE LA PRESIDENTA DEL COMITÉ ORGANIZADOR

Es un honor y orgullo para el Comité Organizador del Congreso Médico Nacional 2018 y particularmente en mi carácter de Presidenta el compartir con ustedes después de dieciséis meses de arduo trabajo este magno evento, el cual estamos seguros será de enorme contribución a todo el gremio médico (docentes, investigadores, médicos generales, especialistas, gestores) y otros profesionales afines al impartir temas muy variados por notables conferencistas internacionales y nacionales de las diferentes disciplinas de la ciencia de la Medicina con el tema: "Atención Primaria en Salud" como eje central de los sistemas de salud.

Nuestro país ha asumido el compromiso de renovar dicha estrategia para mejorar la prestación de servicios de salud, teniendo muchos logros, pero también desafíos por delante. Entre éstos: dotar al sistema de salud con talento humano en número suficiente y capacitado, superar la fragmentación-segmentación de éste, garantizar la sostenibilidad financiera, mejorar la gobernanza, la calidad de la atención y el sistema de información, ampliar las coberturas, y sobre todo prepararse para afrontar las consecuencias del envejecimiento poblacional y el cambio del perfil epidemiológico aumentando la capacidad resolutive de los centros de atención pública. Con el Congreso Médico Nacional 2018 pretendemos brindar una visión integral de los avances y retos actuales y futuros de la inclusión de la Atención Primaria en Salud. Por tercera vez nuestra ciudad, Santa Rosa de Copán, Cuna de la República, acoge este evento y los recibe a todos con un abrazo fraterno. ¡Bienvenidos y gracias por contribuir al fomento científico!. En esta ocasión el galardonado es nuestro colega y amigo doctor Arnulfo Bueso Pineda, quien goza de una hoja de vida meritoria y por qué no decirlo, envidiable, ya que después de medio siglo de ejercicio profesional ha prodigado bienestar a muchas personas y en la comunidad en general. Fue en su período como Director del Hospital de Occidente que se da origen al Internado Rotatorio en dicha institución, celebrándose en 2018 su trigésimo aniversario, junto con la formación de aproximadamente 1500 médicos hasta la fecha, que se han educado y preparado por docentes ad-honorem convirtiéndose en destacados médicos tanto a nivel nacional como internacional. Por este motivo y aun hoy el Internado Rotatorio en el Hospital de Occidente sigue considerándose uno de los mejores en el país.



El Comité Organizador acarrea el compromiso de hacer agradable la estadía de todos, la posibilidad de que nuestro quehacer sea armonioso y al final todos recordemos con alegría lo vivido; esto ha implicado para sus integrantes pasar días y noches con el pensamiento en el éxito y el haber experimentado emociones a veces estresantes. Agradecidos con la colaboración incondicional de la Directiva del Colegio Médico de Honduras, de los conferencistas, del personal de apoyo técnico, de los medios de comunicación social, patrocinadores y todo el gremio médico. Asimismo, hemos ratificado el compromiso franco de las comisiones que organizan este evento: Científico, Logística, Publicidad, Sociocultural, Internado Rotatorio, y el área secretarial y financiera; todos con un esfuerzo común que nos permite decir desde hoy que hemos llegado al final con éxito.

Decir "gracias" es muy poco para tanto esfuerzo, pero la satisfacción del deber cumplido quedará en las páginas de la Historia Nacional. Bienvenidos a nuestra bella Santa Rosa, disfruten de su hospitalidad y encanto, y comprendamos que todos somos hermanos.

Salud para todos,

Dra. Karla Patricia Escolán Rodezno
Presidenta
Congreso Médico Nacional 2018

MENSAJE DE BIENVENIDA DE LA COORDINADORA DEL COMITÉ CIENTÍFICO



Estimados colegas y amigos:

En nombre del Comité Científico es para mí un honor ofrecer palabras de bienvenida a nuestra bella ciudad, sede de nuestro LXI Congreso Médico Nacional 2018, Atención Primaria en Salud: Logros y desafíos del siglo XXI “Dr. Arnulfo Bueso Pineda”, así mismo con la finalidad de conmemorar los 30 años de Docencia en el internado rotatorio en el Hospital de Occidente.

Nuestros sistemas de salud, fragmentados y segmentados, conllevan intrínsecamente inequidad, injusticia y segregación poblacional que no reflejan desde ninguna perspectiva, el derecho a la salud, ni la salud como un bien público, como se define en algunos de nuestros marcos legales de país o de región. Por ello, siguiendo el ejemplo de otros países del continente, el Instituto Hondureño de Seguridad Social, la Secretaría de Salud y la Universidad Nacional Autónoma de Honduras han venido impulsando un proceso de reforma en el sector salud para mejorar sus indicadores, y han tenido a bien reorientar la prestación de los servicios de salud con base en la estrategia de Atención Primaria en Salud (APS).

Esta se enfoca sobre todo el conjunto del Sistema de Salud incluyendo los sectores públicos, privados con fines de lucro y sin ellos, siendo aplicable a todos los países. Igualmente, descarta la idea de que la APS sea definida por tipos específicos de personal de salud, puesto que los equipos que trabajan en la APS deben de definirse de acuerdo con recursos disponibles, preferencias culturales y la evidencia. Así, cada país debe desarrollar su propia estrategia para la renovación de la APS, obedeciendo a sus recursos, circunstancias políticas, capacidad administrativa y a su propio Desarrollo Nacional de Salud.

Un sistema basado en APS implica un enfoque amplio construido sobre la base de las lecciones aprendidas y la identificación de valores, principios y elementos que son los componentes organizacionales y funcionales que permiten organizar las políticas, los programas y los servicios. El modelo de APS presenta y propone una serie de acciones participativas e integrales donde participan los técnicos y profesionales en equipos de trabajo para la realización de acciones de promoción y prevención a nivel de la familia, para garantizar una atención médica de calidad e integral con soporte especializado en la unidad de salud correspondiente.

Las experiencias acumuladas en los últimos 30 años demuestran que APS es la mejor estrategia para avanzar en la mejora de la salud y el desarrollo humano. Su proximidad a la comunidad le confiere condiciones idóneas para interactuar con la población, lo que acentúa su capacidad para identificar las necesidades en salud de los individuos, familias y espacios poblacionales, así como para organizar de forma efectiva la respuesta de los servicios de salud. Existen antecedentes en América Latina sobre el proceso de construcción de los equipos de APS en Chile, Costa Rica, Cuba, Canadá, Ecuador, Perú, Colombia y Brasil, tomando como referencia los modelos de atención de gestión y de financiación y las políticas de salud, con el mejoramiento de los indicadores de salud. Así que lo que nos queda ahora, la gran tarea, es responder:

¿Cuáles son nuestros grandes desafíos, primero como médicos de una institución, luego como país y en forma grande como región?

¿A qué estamos dispuestos a apostar como médicos, en un proceso complejo pero necesario, para lograr enfrentar la fragmentación y la segmentación de nuestros sistemas de salud?

¿Hasta dónde estamos dispuestos a ceder en nuestros marcos regulatorios, en nuestros recursos estructurales y humanos, por la entrega de un mejor servicio, de la mejor calidad, con equidad a nuestras poblaciones?

¿Estamos dispuestos a ser los líderes de un proceso con un alto nivel de compromiso, pero que al ser exitoso redunde en beneficios para todo un país? Y lo que es más, ¿para toda una población?

La tarea es grande; las respuestas no son fáciles ni están en un recetario de cocina; lo que ha sido exitoso para unos puede no serlo para otros, pero a ningún país lo exonera del compromiso de intentar.

Dentro de los objetivos de nuestro Congreso se encuentra generar un espacio para reflexionar y compartir experiencias y resultados relacionados con la implementación de APS a nivel nacional y su inserción como política de Estado en las distintas áreas de la salud, así como en la formación del recurso humano.

Somos privilegiados de hacer de la Medicina parte fundamental de nuestra vida y tener la oportunidad de ser agentes de cambio en donde nos encontremos. Cito y comparto lo siguiente: “No esperes llegar a ser grande para ser grande”.

A todos nuestros colegas y amigos se les reitera que se les brindará un contenido de alta calidad y esperamos que sea del provecho y de disfrute para cada uno de los asistentes de este magno evento.

LE DAMOS LA MÁS CORDIAL BIENVENIDA A NUESTRO CONGRESO MÉDICO NACIONAL 2018, SANTA ROSA DE COPÁN.

Dra. Alina Lanza Consuegra

Coordinadora Comité Científico

PALABRAS DE INAUGURACIÓN DE LA PRESIDENTA DEL COLEGIO MÉDICO DE HONDURAS CON MOTIVO DEL LXI CONGRESO MÉDICO NACIONAL *DR. ARNULFO BUESO PINEDA*



Estimadas y estimados colegas:

Es preciso el momento para abordar el tema de la Atención Primaria en Salud, el corazón del sistema nacional de salud, el núcleo del desarrollo social y económico de nuestras comunidades. Cuando el gobierno legisla para desentenderse de su responsabilidad con los individuos y las familias, es un honor rendir homenaje al *Dr. Arnulfo Bueso Pineda*, galeno ejemplar, médico salubrista, quien dedicó su vida a escribir la historia de la medicina hondureña, a soñar, fundar y administrar hospitales.

El Dr. Arnulfo Bueso Pineda, publicó un interesante libro titulado “Hospital de Occidente: una Institución Centenaria”, obra abundante en datos acerca de aquel centro asistencial de su ciudad natal, Santa Rosa de Copán, a la cual ha enaltecido con ese documento histórico.

Según la Organización Mundial de la Salud – OMS, la asistencia sanitaria, debe ser puesta al alcance de todos los miembros de la comunidad mediante su plena participación y a un costo que la comunidad y el país puedan pagar. Pilares básicos de la salud pública que el *Dr. Bueso* ha defendido y elevado más allá de la quimera, con acciones concretas a lo largo de su vida, para fortalecer el Sistema de Salud Pública de nuestro país.

En nombre de la Junta Directiva del Colegio Médico de Honduras, que presido por segundo período consecutivo, les saludo cariñosamente, para dar inicio una vez más a nuestro Congreso Médico Nacional, esta vez desde la hermosa Sultana de Occidente.

Aprovechemos este espacio privilegiado para el compartimento y la actualización profesional, recordando que la Conferencia Internacional de Atención Primaria de Salud, reunida en Alma-Ata el 12 de septiembre de 1978, expresó la necesidad de una acción urgente por parte de todos los gobiernos, profesionales sanitarios e implicados en el desarrollo y por parte de la comunidad mundial para proteger y promover la salud para todas las personas del mundo.

¡POR UNA ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD ACCESIBLE Y DE CALIDAD!
Colegio Médico de Honduras – CMH

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

DR. ARNULFO BUESO PINEDA

RESEÑA BIOGRÁFICA

El Doctor Arnulfo Bueso Pineda nació en la ciudad de Santa Rosa de Copán, cuna de la República, el 5 de agosto de 1936, a manos de una partera empírica no adiestrada. Don Pío Arnulfo Bueso Dubón fue su padre y Doña Rubenia Pineda Rendón su madre; Raúl Gilberto, Ana Luisa, y José Rolando fueron sus hermanos.

Cursó el kínder y primer grado en el Instituto “María Auxiliadora”, el resto de la primaria en la escuela de varones “Jerónimo J. Reina” y la secundaria en el Instituto Departamental “Álvaro Contreras”, obteniendo los títulos de Maestro de Educación Primaria y Bachiller en Ciencias y Letras. Inició estudios universitarios en 1957 en la Universidad Nacional Autónoma de Honduras, donde obtuvo el título de Médico y Cirujano el 6 de octubre de 1965. En los años sucesivos continúa su preparación académica: obtuvo el título de Máster en Salud Pública (Universidad Central de Caracas, Venezuela, 1966); asimismo, recibió formación en: Biología de la Reproducción Humana (Escuela de Medicina Johns Hopkins, Estados Unidos, 1977), Curso Avanzado de Planificación y Gerencia (Harvard University, Boston, Massachusetts, Estados Unidos, 1981) y Técnicas de Planificación Familiar (Monterrey, México, 1977). A lo largo de su amplia trayectoria profesional ha ostentado múltiples cargos importantes: Director General de Salud Pública (1984-1985), Subsecretario de Estado en el Despacho de Salud (1985-1986), Director del Hospital de Occidente (1987-1995), Jefe del Departamento Médico de Teletón, entre otros. El “Doctor Fito” como cariñosamente se le conoce ha incursionado también en el ámbito de la política, siendo alcalde del municipio de Santa Rosa de Copán en el periodo 1971-1974.



En 1968 contrajo nupcias con la Señorita Mirna Bessy Ardón Erazo en la ciudad de Santa Rosa de Copán, procreando cinco hijos: Gerardo Arnulfo, Luis Fernando, Carlos Roberto, Raúl Emilio, y Leonardo Rafael. Durante su ejercicio en cargos de Salud Pública escribió múltiples documentos para docencia, estatutos y reglamentos de instituciones, amén de artículos en sus diferentes participaciones de eventos nacionales e internacionales. Ha sido también un colaborador permanente de la Revista Médica Hondureña a través de sus múltiples publicaciones, siendo parte del editorial de la última revista del año 2000. Escribió el libro “Hospital de Occidente como Institución Centenaria”, de mucho provecho para estudiantes de Medicina y Enfermería, y un texto aún inédito: “Santa Rosa de Copán Monumental”.

Merced al trabajo desempeñado y a sus méritos, los Centros de Salud de tres comunidades de Occidente llevan su nombre: San Andrés, Lempira; Nueva Unión-Barrancas, Florida, Copán; y Vega Redonda, Dolores, Copán. También prodiga una formidable huella al ser el fundador de la Asociación Médica de Copán en 1967, y más recientemente, fundador y primer presidente de la Asociación de Médicos Jubilados de Occidente, en septiembre de 2014. Actualmente como médico jubilado se mantiene activo en su quehacer privado. A través de toda su trayectoria nos deja un inmenso legado: su humanismo, honorabilidad, rectitud, y su elevada escala de valores, principios y virtudes.

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

ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD: LOGROS Y DESAFÍOS DEL SIGLO XXI

PROGRAMA CIENTÍFICO DEL LXI CONGRESO MÉDICO
NACIONAL, SANTA ROSA DE COPÁN 2018

CURSO PRE-CONGRESO: ÉTICA MÉDICA

MIÉRCOLES 11 DE JULIO, 2018

Sociedad Copaneca de Obreros

MODERADORES		
Dra. Valeska Cardona		
Dr. Ezequiel Morales		
HORA	TEMA	EXPOSITOR
8:00-8:10	Inauguración	Dra. Suyapa Figueroa Presidenta Colegio Médico de Honduras
8:10-8:40	Relación Médico-Paciente	Dr. Gaspar Rodríguez
8:40- 9:10	Consentimiento Informado	Dra. Karin Clare
9:10-9:40	Ética en la Educación	Dr. Ángel Cruz
9:40-10:20	El Derecho Humano a la Salud	Dra. Carolina Fortín
10:20-10:50	Aspectos Médico Legales en la Emisión de Certificados de Incapacidad Laboral Temporal	Dra. Alma Reyes
10:50-11:00	Preguntas y Respuestas	
11:00-11:20	Refrigerio	
11:20-11:50	Ética en la Práctica Médica	Dra. Karin Clare
11:50-12:20	Responsabilidad Profesional	Dr. Ángel Cruz
12.20-12:50	Secreto Médico	Dr. Gaspar Rodríguez
12:50-13:20	Seguridad del Paciente	Dra. Carolina Fortín
13:20-13:50	Problemas Legales que Genera la Administración de Servicios de Salud	Dra. Alma Reyes
13:50-14:00	Preguntas y Respuestas	

**PROGRAMA CIENTÍFICO DEL LXI CONGRESO MÉDICO NACIONAL
SANTA ROSA DE COPÁN 2018**

CURSO PRE-CONGRESO

CURSO PRE-CONGRESO: ESCRITURA Y PUBLICACIÓN DE ARTÍCULOS BIOMÉDICOS

MIÉRCOLES 11 DE JULIO, 2018

Casino Copaneco

MODERADORES Jackeline Alger, MD, PhD; Dr. Heriberto Rodríguez Gudiel		
HORA	TEMA	EXPOSITOR
8:00- 8:10	Bienvenida Objetivos del curso	Dra. Fanny Navas León, FACS, Secretaria de Asuntos Educativos y Culturales
8:10- 8:30	Reseña Histórica de la RMH	Dr. Heriberto Rodríguez Gudiel, Consejo Editorial RMH
8:30- 9:10	Empezando y Estructurando su Artículo Resultados Cuadros y Figuras.	Dra. Rosa María Duarte, Consejo Editorial RMH
9:10 -9:40	Un Buen Título	Dra. Maura Carolina Bustillo, Consejo Editorial RMH
9:40-10:10	Materiales, Sujetos y Métodos	Dra. Jackeline Alger, Consejo Editorial RMH
10:10- 10:30	Conflictos de Interés y Consideraciones Éticas para Autores y Editores	Dra. Ana Ligia Chinchilla Consejo Editorial RMH
10:30-11:00	Refrigerio	
11:00-11:30	Discusión	Dr. Heriberto Rodríguez Gudiel, Consejo Editorial RMH
11:30-12:00	Resumen Agradecimientos	Dra. Rosa María Duarte, Consejo Editorial RMH
12:00-12:30	Revistas Depredadoras.	Dra. Ana Ligia Chinchilla, Consejo Editorial RMH
12:30-14:00	Recursos de Información (Red EQUATOR, The Global Health Network, National Library of Medicine, Autor Aid, otros)	Dra. Jackeline Alger, Consejo Editorial RMH
14:00-14:30	Preguntas y respuestas	
14:30-15:00	Clausura	Dr. Heriberto Rodríguez Gudiel. Consejo Editorial RMH Dra. Fanny Navas León, FACS, Secretaria de Asuntos Educativos y Culturales

**PROGRAMA CIENTÍFICO DEL LXI CONGRESO MÉDICO NACIONAL
SANTA ROSA DE COPÁN 2018**

CURSOS PRE-CONGRESO

**LOGROS Y DESAFÍOS EN ESTRATEGIAS DE IMPLEMENTACIÓN DE APS EN HONDURAS
Y LA FORMACIÓN EN MEDICINA ORIENTADA HACIA APS**

MIÉRCOLES 11 DE JULIO, 2018

Hotel Plaza Alicia: Salón Excel

MODERADORES		EXPOSITOR
Dr. Engels Sandoval Dr. José Pintor Dr. Carlos Claudino		
HORA	CONFERENCIA	
13:30-14:00	Historia de la Implementación de la Estrategia de APS en Honduras	Dr. Carlos Godoy
14:00-14:30	Herramientas Informáticas para la Implementación de la Estrategia de APS en Honduras	Dr. Fernando Ponce
14:30-15:00	La formación del Recurso Humano en Medicina en la Implementación de la Estrategia de APS	Dr. Jorge Valle
15:00-15:15	Refrigerio	
15:15-15:45	Logros y Desafíos en la Implementación de la Estrategia de APS en la SESAL	Dr. Alcides Martínez
15:45-16:15	Logros y desafíos en la Implementación de la Estrategia de APS en el IHSS	Dr. Kenneth Bustillo
16:15-16:45	Experiencia Primer Centro de Implementación de la Estrategia de APS	Dr. Luis Ordóñez
16:45-17:15	Socialización de una Propuesta de APS	Dra. Dora Cubas
17:15-17:30	Preguntas y Respuestas	

**PROGRAMA CIENTÍFICO DEL LXI CONGRESO MÉDICO NACIONAL
SANTA ROSA DE COPÁN 2018**

CURSOS PRE-CONGRESO

PRE-CONGRESO: ACTUALIZACIÓN EN DIABETES Y NUEVAS PERSPECTIVAS DE TRATAMIENTO

MIÉRCOLES 11 DE JULIO, 2018

Hotel Casa Real: Salón Los Pinos

MODERADORAS		
Dr. Emma Tejeda		
Dra. Mirna Turcios		
HORA	CONFERENCIA	EXPOSITOR
7:30-8:15	Inscripción	
8:15-8:30	Bienvenida Objetivos	Dr. César Ponce
8:30-9:30	Criterios Diagnósticos de DM y Clasificación de Casos Clínicos	Dra. Dinora Rosales
9:30-10:00	Manejo de Diabetes Mellitus Gestacional	Dra. Karen Fúnez
10:00-10:30	Diabetes Mellitus en el Niño y Adolescente (Tipo 1 y 2), Casos Clínicos	Dra. Lesby Espinoza
10:30-10:45	Refrigerio	
10:45-11:30	Manejo de DM tipo 2 de Diagnóstico Reciente, Opciones Terapéuticas según Guías, Casos Clínicos	Dr. Gerson Andino
11:30-12:15	Falla Terapéutica Secundaria a Antidiabéticos Orales en DM tipo 2	Dr. César Ponce
12:15-12:45	Manejo de DM tipo 2 en Poblaciones Especiales	Dr. Juan Carlos Canales
12:45-13:15	Almuerzo	
13:15-14:00	Manejo de Crisis Hiperglicémicas en Niños y Adolescentes. Casos Clínicos	Dra. Anaí Núñez
14:00-16:00	Taller de Insulinas	Dra. Lesby Espinoza Dra. Anaí Núñez Dr. Cesar Ponce
16:00-16:30	Preguntas y respuestas	

**PROGRAMA CIENTÍFICO DEL LXI CONGRESO MÉDICO NACIONAL
SANTA ROSA DE COPÁN 2018**

CURSOS PRE-CONGRESO

PRE-CONGRESO: RADIOLOGÍA

MIÉRCOLES 11 DE JULIO, 2018

Hotel Plaza Alicia: Salón La Terraza

MODERADORES		
	Dra. Marlyn Navarro	
	Dra. Aurora López	
HORA	CONFERENCIA	EXPOSITOR
13:30-14:00	Dolor Abdominal Agudo Indicaciones (Adecuadas) de Estudio por Radiología e Imágenes	Dr. Didier Robles
14:00-15:00	Radiografía De Tórax: Lectura y Patologías Frecuentes	Dr. Jorge Almendárez
15:00- 15:15	Refrigerio	
15:15-16:00	Cefaleas en Adultos y Niños: Causas más Frecuentes, Diagnóstico por Imagen y Estudios Prioritarios	Dra. Jeaneth Bú
16:00-16:30	Discusión de Casos Clínicos	Todos los Expositores
16:30-17:15	Mamografía como Método de Tamizaje y Estudios Complementarios (Actualizaciones de BI-RADS)	Dra. Ana Betanco
17:15 -17:30	Preguntas y Respuestas	

**PROGRAMA CIENTÍFICO DEL LXI CONGRESO MÉDICO NACIONAL
SANTA ROSA DE COPÁN 2018**

CURSOS PRE-CONGRESO

CURSO PRE-CONGRESO: SOPORTE VITAL BÁSICO (BLS)

MIÉRCOLES 11 DE JULIO, 2018

CAMO-HONDURAS

Academia de Excelencia Profesional, Sector Sorosca. Santa Rosa de Copán

MODERADORES	PERSONAL DE CAMO	TEMA
HORA		
08:00		Introducción
08:15		Descripción del Curso y Actualización Científica de las Guías de la AHA de 2015-2020 para RCP y ACE
08:30		Fundamentos de SVB en Adultos. Compresiones y Ventilaciones
09:30		Vía Aérea y Ventilación
10:00		Refrigerio
10:15		Desfibrilación
10:45		Uso del DEA
11:10		RCP en Niños
11:20		RCP en Lactantes
12:00		Almuerzo
12:30		RCP con Dispositivo Avanzado de la Vía Aérea
13:00		Obstrucción de Vía Aérea en Adultos
13:30		Obstrucción de Vía Aérea en Lactante Consciente
14:00		Obstrucción de Vía Aérea en Lactante Inconsciente
14:30		Examen Práctico
15:00		Examen Escrito
16:00		Recuperación
16:30		Finalización de Curso

ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD: LOGROS Y DESAFÍOS DEL SIGLO XXI

PROGRAMA CIENTÍFICO DEL LXI CONGRESO MÉDICO NACIONAL SANTA ROSA DE COPÁN 2018

C (Conferencia) CS (Conferencia Simposio) TL (Trabajo Libre)

JUEVES 12 DE JULIO DEL 2018

SALÓN A: CAPÍTULO DE ABOGADOS

CONFERENCIAS Y TRABAJOS LIBRES

HORA	CÓDIGO	TEMA	EXPOSITOR
Moderadores: Dra. Angélica García Dr. Juan R. Valenzuela Dr. Heriberto Osorio			
8:00-8:25	1C	Neumonías: Lo que debemos saber	Dr. Julio Ortega
8:25- 8:50	2C	Cáncer de Piel en Atención Primaria en Salud	Dra. Judith Pineda
8:50-9:15	3C	Asma Bronquial en Pediatría: manteniéndose al día	Dr. Julio Ortega
9:15- 9:30	1TL	Caracterización Clínico-Epidemiológica en Pacientes Garífunas con VIH, Hospital Nacional, Dr. Mario Catarino Rivas	Dra. Silvia Montes
9:30 -9:45	2TL	Experiencia Exitosa en APS: Logros de Reducción de Embarazo Adolescente en 4 años del "Servicio de Salud Integral de Atención al Adolescente" en el Instituto Álvaro Contreras de Copán	Dr. Francisco Ramírez
9.45-10:00		Preguntas y Respuestas	
10:00-10:20		Refrigerio	

Moderadores: Dr. Heriberto Osorio Dra. Angélica García Dr. Julio Ortega			
10:20-10:45	4C	Abordaje de Insuficiencia Respiratoria Aguda en el Paciente Adulto	Dr. Pablo Toro
10:45-11:10	5C	Dermatitis Atópica: abordaje diagnóstico y terapéutico	Dra. Verónica Meléndez
11:10-11:35	6C	Manejo de Crisis Asmática en el Paciente Adulto	Dr. Pablo Toro
11:35-11:50	3TL	Metástasis de columna lumbar como diagnóstico diferencial del mal de Pott	Dra. Karen Luján
11:50- 12:05	4TL	Características Clínico-Epidemiológicas de los Pacientes Adultos con Sospecha de Dengue que Asisten al CIS San Benito, Tegucigalpa, Honduras, abril-julio 2017	Dra. Amelia Rodas
12:05-12:20		Preguntas y Respuestas	
12:20-13:00		Almuerzo	
Moderadores: Dra. Bessy Cruz Dr. Gabriel Cardona Dr. Carlos Padilla			
13:00- 13:25	7C	Uso Racional del Laboratorio para la Clínica de Inmunología y Alergia desde la Perspectiva del Médico General	Dr. Jorge Fernández
13:25- 13:50	8C	Dermatitis Alérgica por Contacto: Abordaje Regional	Dra. Verónica Meléndez
13:50- 14:15	9C	Bases Biológicas y Clínicas de la Alergia	Dr. Jorge Fernández
14:15- 14:30	5TL	Validación de la Escala de Depresión de Yesavage (versión 30 ítems) en Adultos Mayores Hondureños	Dr. Idixi Garmendia
14:30-14:45	6TL	Conocimientos, Actitudes, Prácticas y Aplicación de las Normas de Bioseguridad en la Prevención de Accidentes por Exposición a Sangre y Fluidos Corporales en el Personal que Labora en las Salas de Medicina del Hospital de Especialidades San Felipe, 2017-2018	Dr. Wilmer Quintanilla
14:45-15:00	7TL	Comparación de Estrés y Dependencia a la Nicotina en Estudiantes de la Facultad de Ciencias de la Salud, Unitec, 2017	Dra. Orfilia Moncada
15:00-15:15		Preguntas y Respuestas	

**PROGRAMA CIENTÍFICO DEL LXI CONGRESO MÉDICO NACIONAL
SANTA ROSA DE COPÁN 2018**

C (Conferencia) CS (Conferencia Simposio) TL (Trabajo Libre)

JUEVES 12 DE JULIO DEL 2018

SALÓN B: Auditorio CUROC

HORA	CÓDIGO	TEMA	EXPOSITOR
Moderadores: Dr. Josué Villanueva Dra. Claudia Montoya Dr. Ezequiel Morales			
8:00-8:25	10C	Prevención en Salud Visual	Dr. Marco Robles
8:25- 8:50	11C	Importancia de la Tipificación del VPH y Cáncer de Cérvix	Dr. José Manuel Palomo
8:50-9:15	12C	Control Prenatal: Discordancia altura de fondo uterino y edad gestacional	Dra. Wendy Cárcamo
9:15- 9:30	8TL	Nuevas Infecciones VIH Pediátricas en el Hospital Nacional Dr. Mario Catarino Rivas, 2015-2017	Dra. Karen Erazo
9:30 - 9:45	9TL	Perfil Clínico-Epidemiológico de los Derechohabientes con Tuberculosis del IHSS, Tegucigalpa, 2011-2016	Dra. Delmy Castillo
9:45-10:00	Preguntas y Respuestas		
10:00-10:20	Refrigerio		

Moderadores: Dra. Claudia Montoya			
Dr. Melvin Ortega			
Dr. Ezequiel Morales			
10:20-10:45	13C	Avances en Cáncer de Mama	Dr. José Manuel Palomo
10:45- 11:10	14C	Ultrasonido en el Primer Trimestre del Embarazo	Dra. Wendy Cárcamo
11:10- 11:35	15C	Globesidad: una vista metabólico-molecular	Dr. Tirzo I. Godoy
11:35-11:50	10TL	Síndrome Poliglandular Autoinmune Tipo IIIC: Reporte de Caso	Dr. Ramón Maradiaga
11:50-12:05	11TL	Estudio de Cohorte sobre la Infección por Virus de Zika en Mujeres Embarazadas en Honduras	Dra. Jackeline Alger
12:05-12:20	Preguntas y Respuestas		
12:20-13:00	Almuerzo		
Moderadores: Dra. Yasmín Chávez			
Dr. Carlos Orellana			
13:00- 13:25	16C	“Parece, pero no es”	Dra. Judith Pineda
13:25- 13:50	17C	Transporte de Paciente Pediátrico Críticamente Enfermo	Dra. Scheybi Miralda
13:50- 14:15	18C	Fundamentos Legales de los Médicos Practicantes ante la Iatrogenia, Negligencia y Error Médico	Dr. Álvaro Julián Fúnez
14:15- 14:30	12TL	Hemorragia Subaracnoidea Perimesencefálica en Paciente con Nefropatía Crónica: reporte de caso	Dra. Fanny Herrera
14:30-14:45	13TL	Automedicación con Antiinflamatorios no Esteroides en el Centro Policlínico Vicente Fernández, Santa Rosa de Copán, Honduras 2017	Dra. Victoria Córdova
14:45-15:00	14TL	Cobertura de los Servicios Médicos y su Relación con la Evolución de la Mortalidad Materna, Infantil y Pre-escolar en el Municipio de Danlí, Honduras, 2006-2017	Dr. Lorenzo Pavón
15:00-15:15	Preguntas y Respuestas		

**PROGRAMA CIENTÍFICO DEL LXI CONGRESO MÉDICO NACIONAL
SANTA ROSA DE COPÁN 2018**

C (Conferencia) CS (Conferencia Simposio) TL (Trabajo Libre)

JUEVES 12 DE JULIO DEL 2018

Gran Hotel Plaza: Salón Principal

HORA	CÓDIGO	TEMA	EXPOSITOR
Moderadores: Dr. Francisco Ramírez Dr. Edwing García			
13:00-15:00	1CS	SIMPOSIO: ADOLESCENCIA Y SUS CONFLICTOS EN EL SIGLO XXI Análisis de la Violencia de Género en Adolescentes Riesgos y Beneficios de las Tecnologías de Información y Comunicación (TICs) en los Adolescentes: una propuesta de abordaje Factores de Protección en Adolescentes: empatía y resolución de conflictos	Dra. Holly Argentina Palacios Guifarro Dr. José Luis Cruz Flores Dra. Zeni Evelyn Duarte Ramos

**PROGRAMA CIENTÍFICO DEL LXI CONGRESO MÉDICO NACIONAL
SANTA ROSA DE COPÁN 2018**

C (Conferencia) CS (Conferencia Simposio) TL (Trabajo Libre)

JUEVES 12 DE JULIO DEL 2018

Gran Hotel Plaza: Salón Colonial

HORA	CÓDIGO	TEMA	EXPOSITOR
Moderadores: Dr. Nelson Penman Dr. Bladimir Irías Dr. Rodolfo Orellana			
13:00-14:00	19C	Avances y Desafíos en el Control, Eliminación y Erradicación de las Enfermedades Prevenibles por Vacunación en Honduras. PAI	Dra. Ida Berenice Molina
14:00-15:25	2CS	Evaluación Integral del Pie Diabético	Dr. Lennin Paz Dr. Melvin Castillo
15:25-15:40		Preguntas y Respuestas	

**PROGRAMA CIENTÍFICO DEL LXI CONGRESO MÉDICO NACIONAL
SANTA ROSA DE COPÁN 2018**

C (Conferencia) CS (Conferencia Simposio) TL (Trabajo Libre)

VIERNES 13 DE JULIO DEL 2018

SALÓN A: Capítulo de Abogados

HORA	CÓDIGO	TEMA	EXPOSITOR
Moderadores: Dr. Rigoberto del Cid Dr. Pablo Toro Dr. Lester Coello			
8:00-9:45	3CS	SIMPOSIO: ATENCIÓN PRIMARIA EN EPILEPSIA: TIEMPO DE AVANZAR Estatus Epiléptico: lo que todo médico debe saber Epilepsia Refractaria: qué es y cómo manejarla Cirugía de Epilepsia: una opción de Tratamiento que todo Médico debe conocer Qué hay de Nuevo en Epilepsia: avances y retos	Dr. Harlis Estrada Dra. Sofía Alejandra Dubón Dr. Rafael Aguilar Dra. Reyna Durón
9:45-10:00		Preguntas y Respuestas	
10:00-10:20		Refrigerio	
Moderadores: Dr. Juan C. Cardona Dr. Rigoberto del Cid Dr. Roberto Ventura			
10:20- 10:45	20C	Cirugía Metabólica en el Paciente con DM 2	Dr. Roberto Esquivel
10:45-11:10	21C	Telemedicina: experiencia de nuevos modelos de enseñanza en salud	Dra. Reyna Durón
11:10- 11:35	22C	Hepatitis C: un cambio de paradigma	Dr. Tito Alvarado
11:35- 11:50	15TL	Glomerulonefritis Aguda Postinfecciosa en Masculino de 11 años: reporte de caso	Dra. Joseline Ortiz
11:50-12:05	16TL	Hepatitis Autoinmune en Femenina de 13 años: reporte de caso	Dr. Denis Espinal
12:05-12:20		Preguntas y Respuestas	
12:20-13:00	Almuerzo		

Moderadores: Dr. Carlos Moreno Dra. Claudia Calderón Dra. Lesly Cerrato			
13:00- 14:15	4CS	<p>SIMPOSIO: DIAGNÓSTICO OPORTUNO DE CÁNCERES FRECUENTES EN HONDURAS, MEDIANTE ESTUDIOS CONVENCIONALES Y MÍNIMAMENTE INVASIVOS.</p> <p>Indicación de Biopsia en Lesiones Palpables y no Palpables para el Diagnóstico de Cáncer de Mama</p> <p>Diagnóstico Oportuno de Cáncer de Próstata con Biopsias de Aguja Gruesa y RTUP</p> <p>Utilidad de la BAAF en la Detección Temprana del Cáncer de Tiroides. Sistema Bethesda</p> <p>Reporte de Citología Cervical según Bethesda, lo que el Clínico debe de Saber</p>	<p>Dra. Yeri Suyapa Jiménez</p> <p>Dra. Flor de Azalea Girón</p> <p>Dr. César Durán</p> <p>Dr. Adoni J. Duarte</p>
14:15-14: 30	17TL	Tuberculosis Vertebral Primaria: reporte de caso. Hospital de Especialidades San Felipe, Tegucigalpa, Honduras	Dr. Juan Flores
14:30-14:45	18TL	Proyecto de Salud Familiar del Campesino de Valle	Dr. Néstor Yanes
14:45- 15:00	19TL	Dermatopolimiositis en Paciente Adolescente: reporte de caso	Dr. Allan Izaguirre
15:00-15:15		Preguntas y Respuestas	

**PROGRAMA CIENTÍFICO DEL LXI CONGRESO MÉDICO NACIONAL
SANTA ROSA DE COPÁN 2018**

C (Conferencia) CS (Conferencia Simposio) TL (Trabajo Libre)

VIERNES 13 DE JULIO DEL 2018

SALÓN B: Auditorio CUROC

HORA		TEMA	EXPOSITOR
Moderadores: Dr. Roberto Ventura Dra. Alicia Villatoro Dr. Tirzo Godoy			
8:00-8:25	23C	Abordaje de las Demencias en Atención Primaria en Salud	Dr. Edwing García
8:25- 8:50	24C	Crisis Hipertensiva	Dra. Johana Bermúdez
8:50-9:15	25C	Fiebre Amarilla: una amenaza en potencia	Dr. Tito Alvarado
9:15- 9:30	20TL	Caracterización Clínico-Epidemiológica de la Incidencia de Tuberculosis en Niños de la Región Sanitaria Metropolitana del Distrito Central en el 2016	Dra. Ada García
9:30 - 9:45	21TL	Arteritis de Takayasu: Presentación de Caso	Dra. Laura Reyes
9:45-10:00	Preguntas y Respuestas		
10:00-10:20	Refrigerio		
Moderadores: Dr. Osly Vásquez Dr. Ricardo Portillo Dr. César Ponce			
10:20-10:45	26C	Síndrome Febril en Paciente VIH+	Dr. Oscar Alvarenga
10:45- 11:10	27C	Detección y Tratamiento Integral del Síndrome Metabólico	Dra. Johana Bermúdez
11:10-11: 35	28C	Trauma Cráneo Encefálico: "La Hora de Oro"	Dr. Roberto Álvarez
11:35-11:50	22TL	Programa de Atención Primaria de Salud Municipio de El Nispero, Santa Bárbara, Honduras	Dr. José Mejía
11:50- 12:05	23TL	Infección por Virus de Papiloma Humano de Alto Riesgo Oncogénico Mediante la Prueba Care HPV, en Mujeres Atendidas en Unidades de Salud del Departamento de Copán, Honduras	Dr. Eduardo Membreño
12:05-12:20	Preguntas y Respuestas		
12:20-13:00	Almuerzo		
Moderadores: Dr. Francisco Ramírez Dr. Elías Euceda Dr. Juan Cardona			
13:00- 13:25	29C	Abordaje del Paciente Suicida en Atención Primaria	Dr. Octavio López
13:25- 13:50	30C	Osteomielitis y Artritis Séptica	Dr. Vernon Hernández
13:50- 14:15	31C	Vertebroplastia con Balón, un tratamiento moderno y mínimamente invasivo para fracturas vertebrales: experiencia en Hospital de Occidente	Dr. Roberto Álvarez
14:15- 14:30	24TL	Pitiriasis Rosada de Gibert: variante atípica	Dr. Edil Argueta
14:30-14:45	25TL	Infecciones en Pacientes Oncológicos Hospitalizados: caracterización sociodemográfica y factores asociados	Dr. Oscar Alvarenga
14:45-15:00	26TL	Atención Primaria en Salud: el principal escenario de la educación médica en la Amazonia brasileña	Dra. Zonia Reyes (Brasil)
15:00-15:15	Preguntas y Respuestas		

**PROGRAMA CIENTIFICO DEL LXI CONGRESO MEDICO NACIONAL
SANTA ROSA DE COPÁN 2018**

C (Conferencia) CS (Conferencia Simposio) TL (Trabajo Libre)

VIERNES 13 DE JULIO DEL 2018

Gran Hotel Plaza: Salón Plaza Colonial

Moderador: Dr. Eleazar Montalván			
HORA	CÓDIGO	TEMA	EXPOSITOR
13:00-15:30	32C	CONFERENCIA ESPECIAL 30 años de investigación clínica de Cáncer Gástrico en el Occidente de Honduras: pasado, presente y futuro	Dr. Ricardo Domínguez Dr. Eleazar Montalván Dra. Aída Rodríguez Dra. Lucia Domínguez
15:30- 15:45		Preguntas y Respuestas	
Moderadores: Dra. Vesna Valladares Dr. Carlos Claudino Dr. Carlos Rivera			
13:00-13:15	27TL	Implementación de la Atención Primaria en Brasil: una combinación de logros y desafíos	Dra. Zonia Reyes (Brasil)
13:15-13:30	28TL	Estudio Comparativo entre Terapia Triple versus Terapia Cuádruple con Bismuto para Erradicación de <i>H. pylori</i> en Población Hondureña Mayor de 20 años que acude a Consulta de Gastroenterología en Hospital del Valle SPS	Dra. Ivania Hernández
13:30-13:45	29TL	Experiencia Clínica en Hemangiomas Infantiles con Uso de Betabloqueantes Tópicos	Dra. Iris Álvarez
13:45-14:00	30TL	Oftalmopatía de Graves severa: cuando la visión está en riesgo	Dr. Luis Rodríguez
14:00-14:15	31TL	Prevalencia de Depresión y Ansiedad en el Contexto de la Epidemia por Zika en Mujeres Embarazadas que viven en las Zonas de Influencia de Unidades de Salud Atendidas por los Médicos en Servicio Social (MSS), Honduras, 2016-2017	Dr. Manuel Sierra
14:15-14:30		Preguntas y Respuestas	

**PROGRAMA CIENTÍFICO DEL LXI CONGRESO MÉDICO NACIONAL
SANTA ROSA DE COPÁN 2018**

C (Conferencia) CS (Conferencia Simposio) TL (Trabajo Libre)

VIERNES 13 DE JULIO DEL 2018

Gran Hotel Plaza: Salón Plaza Centenario

HORA	TEMA	EXPOSITOR
Moderadores: Dra. Reyna Durón Dra. Sandra Figueroa Dr. Roberto Esquivel		
13:00-13:15	32TL Experiencia Educativa de Intervención Nutricional en Pacientes con Diabetes Mellitus Atendidos en el Centro Modelo de Capacitación y Atención Integral en Diabetes, Hospital Escuela Universitario, diciembre 2017-marzo 2018. Tegucigalpa, Honduras	Dra. Daniella Urbina
13:15-13:30	33TL Impacto de la Reanimación Cardiopulmonar en los Servicios de Urgencia a través de Fundación CAMO Honduras, 2002-2017	Dra. Natalie Munguía
13:30-13:45	34TL Balón Intragástrico para el Tratamiento de la obesidad: primera experiencia en población hondureña	Dr. Ariel Lezama
13:45-14:00	35TL Prevalencia de Síndrome Metabólico en la Población Adulta de 45 a 75 años en el Departamento de Copán, Honduras, noviembre 2016 a enero 2017.	Dra. Karla Duarte
14:00-14:15	36TL Dermografismo Mixto o Bifásico: Expresión Positiva de Urticaria Atópica	Dr. Vladimir Guzmeli
14:15-14:30	Preguntas y Repuestas	

**PROGRAMA CIENTÍFICO DEL LXI CONGRESO MÉDICO NACIONAL
SANTA ROSA DE COPÁN 2018**

C (Conferencia) CS (Conferencia Simposio) TL (Trabajo Libre)

SÁBADO 14 DE JULIO DEL 2018

SALÓN A: Capítulo de Abogados

HORA	CÓDIGO	TEMA	EXPOSITOR
Moderadores: Dra. Claudia Calix Dr. Oscar Alvarenga Dra. Emma Tejeda			
8:00-8:25	33C	Obesidad Infantil	Dr. Guillermo Villatoro
8:25- 8:50	34C	Pie Diabético y su Manejo Ortésico	Dra. Melissa Mejía
8:50-9:15	35C	Talla Baja en Pediatría: Abordaje desde APS	Dr. Guillermo Villatoro
9:15- 9:40	36C	Hipoglucemiantes Orales en Diabetes Mellitus tipo 2: terapias nuevas y sus beneficios	Dra. Alejandra Ramos
9:40-10:00		Preguntas y Respuestas	
10:00-10:30		Refrigerio	
Moderadores: Dr. Juan C. Cardona Dra. Martha Ayes Dr. Oscar Alvarenga			
10:30 - 12:35	1CMR	MESA REDONDA “NÓDULO Y CÁNCER DE TIROIDES”	
		Introducción	Dra. Alejandra Ramos
		Diagnóstico por Imagen	Dr. Carlos Rivera
		Diagnóstico Citológico	Dra. Mazlova Toledo
		Evaluación Preoperatoria Laboratorial	Dra. Alejandra Ramos
		Evolución Preoperatoria Ultrasonográfica	Dr. Carlos Rivera
		Abordaje Quirúrgico	Dr. Roberto Esquivel
		Complicaciones Quirúrgicas	Dr. Roberto Esquivel
		Diagnóstico Histológico y Estadificación	Dra. Mazlova Toledo
		Tratamiento Postquirúrgico	Dra. Alejandra Ramos
		Seguimiento Clínico, Quirúrgico y Radiológico	Todos los expositores
12:35-12:50		CLAUSURA	

**PROGRAMA CIENTÍFICO DEL LXI CONGRESO MÉDICO NACIONAL
SANTA ROSA DE COPÁN 2018**

C (Conferencia) CS (Conferencia Simposio) TL (Trabajo Libre)

SÁBADO 14 DE JULIO DEL 2018

SALÓN B: Auditorio CUROC

Moderadores: Dra. Sandra Figueroa Dra. Nancy Rivera Dra. Marcela Alvarado			
8:00-8:25	37C	Actualización sobre Bacteriuria Asintomática en Ginecología	Dr. Kristian Navarro
8:25- 8:50	38C	Consejería en Enfermedades de Transmisión Sexual. Sistema de Salud Descentralizado en Honduras	Dr. Marlon Estrada
8:50-9:15	39C	Revisión Clínica de la Paciente Ginecológica	Dr. Kristian Navarro
9:15- 9:40	40C	Trastornos de la Voz	Lic. José Castro
9:40-10:00		Preguntas y Respuestas	
10:00-10:30		Refrigerio	
Moderadores: Dra. Marcela Alvarado Dr. Lennin Paz Dr. Darwin Maldonado			
10:30-10:55	41C	Uso de la Endoscopia en Neurocirugía	Dr. Osly Vásquez
10:55-11:20	42C	Trastornos Auditivos por Alto Niveles de Presión Sonora	Lic. José Castro
11:20-11:45	43C	Malformaciones Osteoarticulares más Frecuentes y cómo resolverlas	Dr. José B. Avilés
11:45-12:10	44C	Alta Prevalencia de Discapacidad en Honduras	Dra. Melissa Mejía
12:10-12:35	45C	Uso de Factores de Crecimiento en Lesiones Deportivas	Dr. José B. Avilés

**PROGRAMA CIENTÍFICO DEL LXI CONGRESO MÉDICO NACIONAL
SANTA ROSA DE COPÁN 2018**

TRABAJOS LIBRES

PRESENTACIÓN DE CARTEL

SE EXHIBIRÁN LOS DÍAS JUEVES 12 AL SÁBADO 14 DE JULIO 2018

CUROC Y COLEGIO DE ABOGADOS

CÓDIGO	TÍTULO	EXPOSITOR
37TL	Presentación Atípica de Cetoacidosis Diabética en Paciente Debutante con Tumor Hipofisiario Cosecretor de Prolactina y Hormona de Crecimiento	Dr. Luis Rodríguez
38TL	Glioblastoma Multiforme Variante de Células Gigantes: reporte de caso	Dr. Allan Izaguirre
39TL	Síndrome de Embriopatía Diabética: reporte de caso	Dr. Allan Izaguirre
40TL	Síndrome Metabólico y Estilos de Vida en Estudiantes de Medicina UNAH 2017	Dra. Gabrielle Saucedo
41TL	Medidas de Afrontamiento Espiritual, Apoyo Social y Estilos de Vida, en Adultos Mayores del Servicio de Geriatría	Dr. Gabriela Amaya
42TL	Determinantes de Infección Puerperal en Pacientes del Hospital Materno Infantil, Honduras, enero a junio del 2017	Dr. Leonardo Medina
43TL	Triple Tumor Sincrónico en Esófago, Tiroides y Ovario: reporte de un caso, Hospital de Especialidades San Felipe	Dr. Marco Urquía
44TL	Trombosis Séptica Puerperal Masiva: informe de un caso	Dra. Alejandra Sosa
45TL	Antecedente de Preparación Preconcepcional y Prevalencia de Anemia en Embarazadas en Azacualpa Valle, Honduras julio 2016	Dr. Dalton Norwood
46TL	Caracterización de los Pacientes con Diabetes Mellitus Tipo 2 e Hipertensión Arterial que Acuden a la Consulta Externa de Endocrinología del Hospital Escuela Universitario. Agosto a diciembre del 2017	Dr. Elvin Videa
47TL	Neurofibromatosis Tipo 1 en una Niña de 6 años: reporte de caso	Dr. Iveth Amador
48TL	Desarrollo y Evaluación de una Infusión de Té Rojo (<i>Camellia sinensis</i>) con Mora (<i>Rubus ulmifolius</i>) enriquecido con β -glucanos para el Control de Glicemia en Personas Diabéticas	Dr. Adriana Dilorio
49TL	Perfil Clínico-Metabólico de Pacientes con Hipotiroidismo en Institución Privada durante 2015-2017	Dr. Ramón Maradiaga
50TL	Construcción de Escenarios Futuribles para Mortalidad Materna, Infantil y Preescolar en Danlí, Honduras Basado en Evidencia de Casos	Dr. Lorenzo Pavón
51TL	Hipermelanosis Antecubital Atópica: sutil signo clínico de atopia	Dr. José Díaz
52TL	Caracterización de los Casos de Suicidios, Registrados por el Instituto de Ciencias Forenses de Tegucigalpa, Honduras en el período de enero 2015 - junio 2017	Dr. Gladis Palacios

**PROGRAMA CIENTÍFICO DEL LXI CONGRESO MÉDICO NACIONAL
SANTA ROSA DE COPÁN 2018**

TRABAJOS LIBRES

PRESENTACIÓN DE CARTEL

SE EXHIBIRÁN LOS DÍAS JUEVES 12 AL SÁBADO 14 DE JULIO 2018

SALONES DEL COLEGIO DE ABOGADOS Y CUROC

CÓDIGO	TÍTULO	EXPOSITOR
53TL	Síndrome de Fomo y Síndrome de Phubbing: trastornos de adicción a internet	Dr. Edil Argueta
54TL	Score de Trauma Revisado como Pronóstico de Mortalidad en el Hospital Roatán	Dr. Nuvy Agurcia
55TL	Caracterización del Cáncer Gástrico atendido en el Hospital Evangélico Servicio de Salud Digestiva, Siguatepeque 1988-2017	Dr. Cristian Álvarez
56TL	Opinión de Pobladores de Dos Municipios de Guaimaca sobre sus Condiciones de Vida, Parámetros de Necesidades Básicas Insatisfechas y Desempeño de Autoridades Municipales	Dr. Evelin Álvarez
57TL	Cromatografía Líquida de Alta Presión Versus Electroforesis de Hemoglobina en Diagnóstico de Anemia Drepanocítica	Dr. José Arita
58TL	El Papel del Asesor de Trabajos de Investigación: Experiencia en la Facultad de Ciencias Médicas UNAH	Dr. Albert Estrada
59TL	Infección por <i>Morganella morganii</i> en Paciente Postransplantado de Riñón: reporte de caso y revisión de literatura	Dr. Oscar Castejón
60TL	Estilos de Vida en Personas con Diabetes Mellitus Tipo 2 que asistieron al Círculo de Diabetes en Establecimiento de Salud, Santa Cruz, Minas de Oro, Comayagua, Honduras. marzo 2017 y marzo 2018	Dra. Mayra Montes
61TL	Actividades de Educación Continua: Experiencia de la Asociación Hondureña de Parasitología, Tegucigalpa, 2010-2017	Dra. Jackeline Alger
62TL	Enfermedad Celíaca y Nutrición Alternativa: una dieta libre de gluten	Dra. Ana Gálvez

PROGRAMA DE LA CEREMONIA INAUGURAL

Programa Ceremonia de Inauguración y Coctel de Bienvenida

Miércoles 11 de Julio

Maestro de Ceremonia: Dr. German Bárcenas.

Conformación de la mesa principal

- a) Presidenta del Colegio Médico de Honduras
- b) Alcalde Municipal
- c) Delegada Médica
- d) Médico a quien se rinde homenaje
- e) Presidenta del Comité Organizador
- f) Rector de la Universidad Nacional Autónoma CUROC
- g) Presidenta del Comité Científico

Actos protocolarios

1. Bienvenida a todos los asistentes por Doctor Bárcenas
2. Invocación a Dios por Dra. Marith López
3. Himno Nacional
4. Himno a Santa Rosa
5. Inauguración del Congreso Médico 2018 Dra. Suyapa Figueroa.
6. Bienvenida y Presentación de la reseña biográfica del Dr. Arnulfo Bueso y Video por la Presidenta COMENAC 2018
7. Palabras del Doctor Rubén Francisco García Martínez
8. Reconocimiento de los Masones
9. Entrega de reconocimiento a Dr. Arnulfo Bueso Pineda por Dra. Suyapa Figueroa.
10. Palabras del Doctor Arnulfo Bueso
11. Degustación de Comida Típica
12. Concierto de Jazz
13. Juegos pirotécnicos
14. Coctel de Bienvenida

PROGRAMA SOCIOCULTURAL COMENAC 2018

FECHA Y HORA	ACTIVIDAD	LUGAR
Miércoles 11 de julio		
7.30 p.m. - 12:00 m.d.	Ceremonia de Inauguración y Coctel de Bienvenida	Casino Copaneco
8:00 a.m. -6:00p.m.	Exposición y Ventas de Artesanía y Comida Típica	Parque Central, Monumento a la Madre, Copán Galel
Jueves 12 de julio		
8:00 a.m. -6:00p.m.	Exposición y Ventas de Artesanía y Comida Típica	Parque Central, Monumento a la Madre, Copán Galel
3:00 p.m. -6:00 p.m.	Café de las Velas	Cuarta avenida
5:00 p.m. -6:00 p.m.	Show de Barismo GELENCA Show de Infusiones de Café	El Cerrito
6:00 p.m. -8:00p.m.	Noche de Faroles	El Cerrito
6:00 p.m. -7:00p.m.	Concierto de Voces Copanecas	El Cerrito
7:15 p.m. -7:30 p.m.	Juegos Pirotécnicos	El Cerrito
8:00p.m. -4:00 a.m.	FIESTA POST TURNO	AGAC
Viernes 13 de julio		
7:00 a.m. – 9:00 a.m.	Senderismo	Micro- Cuenca La Hondura
8:00 a.m. -6:00p.m.	Exposición y Ventas de Artesanía y Comida Típica	Parque Central, Monumento a la Madre, Copán Galel
2:30 p-m- 6:00 p.m.	Campeonato de Futbolito	Gimnasio Municipal
4:00 p.m. -6:00 p.m.	Exposición de Carros Clásicos y Antiguos	El Cerrito
4:00 p.m. -6:00 p.m.	Danzas Folkloricas	Monumento a la Madre, Copán Galel
6:30 p.m.- 7:00 p.m.	Juego de Pelota Maya UPNFM	Monumento a la Madre, Copán Galel
8:00 p.m. -3:00a.m.	FIESTA MUNDIAL	Casino Copaneco Y Sociedad de Obre-ros
Sábado 14 de julio		
7:00 a.m. – 9:00 a.m.	Senderismo	Mirador Colibrí
7:00 a.m. – 9:00 a.m.	Ciclismo	El Cerrito hacia Aldea Callejones
8:00 a.m. – 12:00 p.m.	Finca Rural Seis Valles	Finca Rural Seis Valles
8:00 a.m. – 12:00 p.m.	River Tubing	Rio Higuito

Programa Fiesta Post Turno

Jueves 12 de julio

Horario de 8:00 p. m. a 4:00 a.m.

Local AGAC

Vestuario Tema: Scrubs o Casual

Grupo Musical: OSMOSIS y Discomóvil

1. Bienvenida Dra. Liliam Romero
2. Presentación del video alusivo al internado por Dr. Fausto Cruz
3. Reconocimiento a los docentes del Hospital de Occidente por Comité Docente Dra. Marith López
4. Participación de médicos con habilidades artísticas
5. Apertura de la Fiesta Dra. Liliam Romero y agradecimiento a Henie Pharma
6. Osmosis
7. Evento Sorpresa

Programa Fiesta Mundial

Viernes 13 de julio

Horario de 8:00 p. m. a 3:00 a.m.

Local: Casino Copaneco y Sociedad Copaneca de Obreros

Vestuario Tema: Camisa favorita de su Equipo y Casual

Grupo Musical: Gran Banda y Discomóvil

1. Bienvenida Dra. Marlyn Navarro
2. Inauguración de la fiesta
3. Gran Banda 9:00 p.m. – 2:00a.m.
4. Batucada
5. Rifas de Balones de Fútbol

Programa Ceremonia de Clausura

Sábado 14 de julio

Horario de 12:30 p.m. a 1:00 p.m.

Local: Capítulo de Abogados

1. Palabras de Clausura del COMENAC 2018
2. Premiación de Trabajos Libres y Posters
3. Juramentación de Nueva Junta Directiva COMENAC 2019
4. Presentación de Video Promocional
5. Danzas folklóricas
6. Concierto de guitarra

RESÚMENES CONFERENCIAS MAGISTRALES

1C. NEUMONÍAS: LO QUE DEBEMOS SABER. Dr. Julio Ortega, Pediatra Neumólogo. Centro de Neumología y Alergia, Tegucigalpa, Honduras.

La neumonía adquirida en la comunidad constituye una importante causa de morbimortalidad en la edad pediátrica, y demandan un alto consumo de recursos de los sistemas de salud. Las etiologías infecciosas sobre todo son virales en el grupo de lactantes (Virus Sincitial respiratorio, influenza, parainfluenza, etc), predominando las etiologías bacterianas a medida que progresan en edad, tanto de gérmenes típicos como atípicos. El *Streptococo pneumoniae* y el *Stafilococo aureus* son posiblemente las bacterias más frecuentemente involucradas, mientras en los atípicos sobresale el *Mycoplasma pneumoniae* y la *Chlamidophila pneumoniae*. Los distintos parámetros clínicos obtenidos en un examen físico cuidadoso permiten llegar al diagnóstico de la enfermedad y detectar algunas de sus complicaciones. A la auscultación sobresalen 3 sonidos: los crépitos, la hipoventilación y la respiración tubárica. El infiltrado típico de un consolidado con broncograma no deja duda del diagnóstico radiológico de la neumonía, pero se insiste que no estará presente en todos los casos. La producción bacteriológica en pediatría es sumamente baja, aunque nuevas técnicas como ser la PCR ha mejorado la sensibilidad diagnóstica. Exceptuando el virus para la Influenza, no hay tratamiento específico para los procesos virales, los betalactámicos son de elección en los bacterianos típicos (aunque hay que considerar resistencias bacterianas), los macrólidos y quinolonas son útiles para los atípicos. El derrame pleural es la complicación más frecuente, se clasifica en no complicado y complicado, este último demanda drenaje con o sin toracostomía, sin embargo, la falla terapéutica es indicación de cirugía.

2C. CÁNCER DE PIEL EN ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD. Dra. Judith Pineda, Dermato-Oncóloga. CEMESA, San Pedro Sula, Honduras.

3C. ASMA BRONQUIAL EN PEDIATRÍA: MANTENIÉNDOSE AL DÍA. Dr. Julio Ortega, Pediatra Neumólogo. Centro de Neumología y Alergia, Tegucigalpa, Honduras.

El asma es la enfermedad crónica más frecuente en la infancia, su prevalencia ha ido en incremento en todos los países del mundo. La inflamación bronquial en asma no ha sido fácil de medir, sin embargo, el uso de biomarcadores como ser la fracción espirada de óxido nítrico, eosinófilos en esputo, mediciones de interleucinas y la periostina abren una nueva perspectiva en el control más objetivo de la enfermedad. La descripción del asma como una enfermedad

o Síndrome heterogéneo ha llevado a la descripción de distintos fenotipos de la enfermedad. La mayoría de Guías y Consensos acerca del Asma (por ejemplo, guías GINA) se hace mención del manejo razonable escalonado de la enfermedad, paso a paso, tomando en cuenta estos fenotipos. El arsenal terapéutico en Asma ha ido en incremento; la línea tradicional comprende los medicamentos de rescate y de prevención, como ser (B2 agonistas de corta y larga acción, anticolinérgicos de corta acción, esteroides sistémicos e inhalados, bloqueadores de leucotrienos, teofilina, etc.), pero se suman en la última década medicamentos y procedimientos útiles como formoterol y sulfato de magnesio en el manejo de la exacerbación y en el manejo crónico la utilidad de Tiotropium (LAMA), azitromicina como antineutrofílico, vilanterol (Ultra LABA), termoplastía y la nueva generación de anticuerpos monoclonales dirigidos a bloquear IgE (omalizumab), los Anti interleucina 5 o antieosinofílicos (Mepolizumab o Reslizumab), Anti Interleucina 13 (lebrikizumab) y otros, todo esto permite a los médicos tener un abanico de posibilidades terapéuticas en el paciente asmático.

4C. ABORDAJE DE INSUFICIENCIA RESPIRATORIA AGUDA EN EL PACIENTE ADULTO. Dr. Pablo Toro, Médico Internista. Hospital Santa Teresa, Comayagua, Honduras.

El sistema respiratorio desempeña funciones vitales como el intercambio gaseoso, pero también participa en el equilibrio ácido base, así como en el equilibrio homeostático general, cuando este balance se pierde debido a la pérdida de la función elemental de la respiración suceden una serie de cambios que no solo afectan la función pulmonar sino, inevitablemente llevarán a una falla sistémica si dicha condición no es reconocida ni tratada a tiempo. Desde la definición de Síndrome de Insuficiencia Respiratoria en 1967 por Ashbaugh y col. Varias modificaciones fueron propuestas hasta 1994 en donde la Conferencia del Consenso Americano-Europeo propuso una nueva definición que ha perdurado casi dos décadas y es operativa y útil para los clínicos. La determinación y detección a tiempo de los criterios diagnósticos del síndrome se traducen en la toma de decisiones rápidas y que representan la toma de medidas terapéuticas que pueden revertir parcial o completamente las complicaciones asociadas al mismo. El manejo ulterior del estado inicial del síndrome de insuficiencia respiratoria aguda es en la unidad de cuidados intensivos por medio de la ventilación mecánica invasiva; pero la aplicación temprana de los criterios diagnósticos por medio de los médicos tratantes de las unidades de salud puede significar una referencia a tiempo que significaría menos mortalidad y morbilidad de tan compleja patología.

5C. DERMATITIS ATÓPICA: ABORDAJE DIAGNÓSTICO Y TERAPÉUTICO. Dra. Verónica Meléndez, Dermatóloga Pediatra. Hospital María de Especialidades Pediátricas, Tegucigalpa, Honduras.

La Dermatitis Atópica (DA) es una enfermedad inflamatoria crónica, recidivante, pruriginosa, caracterizada por episodios de eccema que aparecen en brotes. Se considera una forma crónica de inflamación cutánea con alteración de la función de barrera epidérmica, que culmina con piel seca y sensibilización mediada por IgE a alimentos y alérgenos ambientales, recidivante, predilección por pliegues cutáneos. Se calcula afecta del 5 - 20 % de la población infantil, su prevalencia disminuye con la edad, el 50-65% la desarrollan antes del año de edad. Es la primera manifestación de la Marcha Atópica, y se asocia con alergia alimentaria, rinitis, asma y conjuntivitis. Es multifactorial, y el principal factor patogénico es el daño a la barrera cutánea, con mutación de la filagrina. Se caracteriza por prurito y eccema; agudo con vesículas y eritema, subagudo costras y escamas, y crónico manifestado por liquenificación. Tiene tres etapas por edad, iguales lesiones, diferente patrón geográfico: 1. Lactante: 2-24 meses, lesiones en mejillas, pliegues, tronco; 2. Escolar: 4-14 años, fosas cubitales, poplíteas y cara; 3. Adulto: 15 -23 años, pliegues, manos, genitales. Su diagnóstico es clínico, en base a criterios, y deben estar presentes, y al estarlo son suficientes para el diagnóstico: prurito, eccema en patrón según edad y curso crónico y recidivante, entre otros. Para el manejo evaluamos la severidad. La piedra angular del manejo farmacológico en crisis son los esteroides tópicos, y de mantenimiento los inhibidores de la calcineurina. En ausencia de cura, el objetivo del tratamiento es el control a largo plazo con reducción de signos, síntomas, recurrencias, y prevenir la progresión. Los emolientes y educación son indispensables.

6C. MANEJO DE CRISIS ASMÁTICA EN EL PACIENTE ADULTO. Dr. Pablo Toro, Médico Internista. Hospital Santa Teresa, Comayagua, Honduras.

El asma es la enfermedad respiratoria crónica más frecuente en el mundo. Puede afectar a cualquier ser humano independientemente de la raza, sexo o edad. Su prevalencia se está incrementando en todos los países incluidos los del tercer mundo. El asma es una enfermedad heterogénea que se caracteriza por obstrucción reversible al flujo de aire en la vía aérea, cuyos síntomas principales son la tos, disnea y sibilancias, con la característica de presentarse en formas de exacerbaciones agudas que pueden poner en riesgo la vida del paciente si no se detecta la magnitud de la crisis y se toman las medidas necesarias en el área de emergencia. En la actualidad se describen varios fenotipos de asma que están relacionados con la presencia o no de antecedentes alérgicos, o por la edad a la que se presenta, pero independientemente del fenotipo la severidad de las crisis debe ser

abordada de manera protocolizada en los hospitales, es por esa razón que se debe homogenizar dichas recomendaciones para obtener resultados favorables y reducir la mortalidad asociada con estas complicaciones.

7C. USO RACIONAL DEL LABORATORIO PARA LA CLÍNICA DE INMUNOLOGÍA Y ALERGIA DESDE LA PERSPECTIVA DEL MÉDICO GENERAL. Dr. Jorge Fernández, Médico Salubrista Inmunólogo y Alergólogo. Hospital Viera, Tegucigalpa, Honduras.

El diagnóstico y seguimiento de enfermedades que involucran los fenómenos inmunopatológicos en forma directa e indirecta, requieren con frecuencia del auxilio del laboratorio, por lo que el médico general debe estar familiarizado con exámenes generales que brindan orientación al diagnóstico, pronóstico y seguimiento, como también pruebas especiales básicas para el manejo de enfermedades atópicas, autoinmunes, inmunodeficiencias, infecciones, traumatismos y toxicidades y neoplasias. Del laboratorio general se discuten hallazgos del hemograma, sobre todo de la serie blanca, los reactantes de fase aguda para inflamación y la prueba de Coombs en anemia y transfusión. Para las enfermedades alérgicas se presentan los indicadores relacionados con la respuesta de hipersensibilidad inmediata, con la IgE total y específica; en tanto que para la patología autoinmune se discute sobre las pruebas trazadoras y las de seguimiento como los ANA, ENA y el complemento sérico. En algunas ocasiones se requiere el estudio de la respuesta inmunitaria mediada por inmunoglobulinas o por células, por lo que se hace necesario visualizar la respuesta de anticuerpos a infecciones pasadas, o retar la inmunidad retardada con prueba de tuberculina. La cuantificación de diferentes tipos de células como eosinófilos en sangre o mucosas para valorar respuesta alérgica en determinados aparatos o sistemas, o de linfocitos generales, cooperadores y citotóxicos que puede resultar esencial en la determinación de estados primarios o adquiridos de inmunodeficiencias. Al final se mencionarán las pruebas de ácidos nucleicos, que han comenzado a tomar preeminencia en el manejo de diversas patologías.

8C. DERMATITIS ALÉRGICA POR CONTACTO: ABORDAJE REGIONAL. Dra. Verónica Meléndez, Dermatóloga Pediatra. Hospital María de Especialidades Pediátricas, Tegucigalpa, Honduras.

Las dermatitis de contacto (DC) son aquellos procesos inflamatorios que aparecen secundariamente al contacto con agentes externos. Constituyen uno de los principales motivos de consulta en dermatología y son una de las causas principales de dermatosis profesionales, con una prevalencia que se ha incrementado en los últimos años. Existen dos grupos principales, en función del mecanismo patogénico que los producen. La Dermatitis irritativas por contacto (DIC) que aparecen por efecto citotóxico directo, mientras que las

Dermatitis Alérgicas por contacto (DAC) son secundarias a una respuesta de hipersensibilidad tipo IV frente a diferentes alérgenos. Las manifestaciones clínicas son muy variadas, se caracteriza por grados variables de eritema, vesiculación, descamación y liquenificación, signos que también están presentes en otros procesos eczematosos tales como el eccema atópico, el eccema seborreico y el eccema dishidrótico. Las pruebas epicutáneas constituyen la principal herramienta diagnóstica para confirmar una DAC, permiten reproducir la lesión primaria en contacto con la sustancia a la que el paciente está sensibilizado, sin embargo, su correcta interpretación requiere de una correcta correlación entre anamnesis (historial de exposición) y examen físico, haciendo énfasis en la localización de las lesiones. Hay diferentes patrones clínicos más frecuentes de DAC dependiendo de su localización. El conocimiento de estos patrones no solo ayudará al médico en el diagnóstico diferencial, sino que también le permitirá sospechar el posible alérgeno y su forma de aplicación.

9C. BASES BIOLÓGICAS Y CLÍNICAS DE LA ALERGIA.

Dr. Jorge Fernández, Médico Salubrista Inmunólogo y Alergólogo. Hospital Viera, Tegucigalpa, Honduras.

Atopia es la tendencia personal y/o familiar, generalmente en la niñez o adolescencia, a sensibilizarse y producir anticuerpos IgE en respuesta a alérgenos comunes, generalmente proteínas. Como consecuencia, estos sujetos pueden desarrollar cuadros típicos como asma, rinoconjuntivitis, eccema, enfermedad digestiva u otras afecciones. Los términos atopia y atópico se deben reservar para describir la predisposición genética a sensibilizarse a alérgenos comunes del medio ambiente a los que está todo el mundo expuesto, pero ante los cuales la mayoría no produce una respuesta IgE prolongada. Es decir, la atopia es la definición clínica de los sujetos que presentan una alta respuesta de anticuerpos IgE. El término atopia no puede ser usado hasta que la sensibilización IgE haya sido comprobada, bien por la determinación de anticuerpos IgE en suero o bien por un resultado positivo en prueba cutánea. La prevalencia de las enfermedades atópicas está en pleno ascenso en diferentes regiones del mundo, llegando a cifras de entre 20 a 50% para rinitis, asma o eccema. Aunque la principal respuesta inmunológica es de hipersensibilidad inmediata mediada generalmente por IgE, otras, como complejos inmunes o hipersensibilidad retardada también se ven involucradas, tal es el caso del complejo eccema / dermatitis que presenta esencialmente una respuesta mediada por células. Clínicamente, se registra la marcha alérgica del atópico como el marco referencial de la atopia, en la que desde la niñez se comienzan a expresar manifestaciones alérgicas, preferencialmente en piel, vías respiratoria y digestiva. Se han descrito múltiples síntomas y signos asociados a la atopia, conocidos como estigmas atópicos, pero quedan aún otras manifestaciones por caracterizar, en la medida que se reconocen como atópi-

cas otras entidades clínicas que por ahora permanecen sin filiación etiológica. Por ejemplo, en este congreso se están presentando dos signos clínicos, el dermatografismo mixto o bifásico y la melanosia antecubital atópica, como dos expresiones semiológicas que no se han reconocido en la comunidad médica nacional e internacional.

10C. PREVENCIÓN EN SALUD VISUAL. Dr. Marco Robles, Oftalmólogo. Centro Médico Santa Rosa, Santa Rosa de Copán, Honduras.

Honduras posee una alta incidencia de pacientes con capacidades visuales limitadas, por múltiples razones asociadas a casos de refracción no corregidos, cataratas, glaucoma, retinopatía diabética entre otras, afectando el desarrollo de una vida plena y activa. De nuestros pacientes, 6 de cada 10 presentan enfermedad por exposición al ambiente y 2 de cada 10 enfermedades más serias pero tratadas a tiempo son prevenibles. A lo largo de 6 años de experiencia como profesional de la oftalmología, he podido ver la necesidad de atención en oftalmología en la zona del occidente, tratando diferentes casos de ceguera por catarata, retinopatía diabética, glaucoma, entre otras, que resultan en pacientes con ceguera legal, la cual no le permite al paciente desarrollar su vida cotidiana de manera plena. Si estas enfermedades son detectadas y tratadas tempranamente se puede prevenir pérdida visual permanente o ceguera. Si evitamos un caso de ceguera no solo ayudamos a un paciente si no que ayudamos a un núcleo familiar ya que esta persona podrá ayudar con labores en la casa y no necesitar de otra persona que lo cuide. Otras enfermedades más comunes se pueden manejar con educación, las cuales previenen un problema como ser enfermedades por exposición al medio ambiente, las cuales se previene utilizando gafas de protección para el sol, ya que estamos en un medio muy hostil para nuestros ojos, por el sol, polvo, humo etc.

11C. IMPORTANCIA DE LA TIPIFICACIÓN DEL VPH Y CÁNCER DE CÉRVIX. Dr. José Manuel Palomo, Ginecólogo Oncólogo-Mastólogo. Hospital del Valle, San Pedro Sula, Honduras.

¿Qué es el VPH?: El virus del papiloma humano es un virus común que infecta la piel y las mucosas. Existen más de 100 tipos del VPH. Cerca de 30 tipos se esparcen a través del contacto genital directo. Los de "ALTO RIESGO": A los 13 tipos de VPH de alto riesgo se les conoce por los números 16, 18, 31, 33, 35, 39, 45, 51, 52, 56, 58, 59 y 68. Los tipos 16 y 18 son los más peligrosos, causando el 70% de los cánceres cervicales. La prueba de TIPIFICACIÓN DE VPH (DIGENE- ADN TEST) utiliza tecnología molecular para determinar si usted tiene uno o varios tipos del virus VPH. Funciona detectando "código" genético del virus, y su ADN. Ha quedado demostrado que la capacidad de identificar a mujeres en riesgo es mayor cuando ambas pruebas,

la de tipificación del VPH DIGENE y la del Papanicolaou se realizan juntas. ¿Quiénes deben de hacerse la Prueba de VPH DIGENE?: Mujeres mayores de 30 años se pueden beneficiar al hacerse esta prueba de VPH a la vez que la de Papanicolaou. Pero es recomendada debido a los altos costos en nuestro país en mujeres con diagnóstico previo de VPH ya sea clínico o citopatológico. El hacerse ambas pruebas les ofrece la mayor tranquilidad a las mujeres de 30 años de edad y mayores (el grupo que es más propenso al cáncer cervical). Si usted no tiene el VPH y su Papanicolaou resulta normal, puede estar confiada de que no tiene células anormales que pudieran convertirse en cáncer cervical sin ser detectadas. Si usted sí tiene el VPH y/o su Papanicolaou resultó anormal, usted y su médico ya saben que se necesitan más análisis para determinar si tiene células anormales que tengan que tratarse.

12C. CONTROL PRENATAL: DISCORDANCIA ALTURA DE FONDO UTERINO Y EDAD GESTACIONAL. Dra. Wendy Cárcamo, Ginecología y Obstetricia -Medicina Materno Fetal. Instituto Hondureño de Seguridad Social, Tegucigalpa, Honduras.

El crecimiento fetal es un fenómeno multifactorial complejo que depende de factores genéticos y ambientales. De manera esquemática, el crecimiento fetal está controlado por factores placentarios, fetales y maternos; es indisoluble del crecimiento placentario y requiere un aporte de nutrientes continuo y adaptado a cada período de la gestación. El crecimiento intrauterino requiere un aporte energético continuo y adaptado a cada período del embarazo. Cualquier modificación cualitativa o cuantitativa de dicho aporte conlleva alteraciones del crecimiento fetal. Casi todas las alteraciones tienen consecuencias fenotípicas evidentes al nacer, que se relacionan con las modificaciones inducidas del crecimiento fetal, como el retraso del crecimiento intrauterino o la macrosomía. DEFINICIONES: Se considera un feto pequeño para edad gestacional (PEG) el que tiene un peso fetal estimado (PFE) inferior al percentil 10 y mayor al percentil 3 para edad gestacional (EG) con estudio Doppler dentro de la normalidad. Se define el CIR como: (I) la presencia de un PFE inferior al percentil 3; o (II) la presencia de PFE inferior al percentil 10 con alteración del flujo cerebro-umbilical o de las arterias uterinas. Diagnóstico: clínico: Evaluando la altura uterina en cada visita. Diagnóstico ecográfico: La estimación ecográfica del peso fetal requiere 3 pasos: 1. La correcta asignación de un feto a su edad gestacional, 2. La estimación del peso a partir de las biometrías fetales, y 3. El cálculo del percentil de peso para la edad gestacional. En segundo trimestre se valorará el crecimiento fetal de acuerdo al crecimiento longitudinal entre el primer y segundo trimestre. Las revalorizaciones del PFE se realizarán en intervalos superiores a los 15 días. Diagnóstico del tipo de alteración: la hemodinamia fetal.

13C. AVANCES EN CÁNCER DE MAMA. Dr. José Manuel Palomo, Ginecólogo Oncólogo – Mastólogo. Hospital del Valle, San Pedro Sula, Honduras.

Pruebas para detectar células tumorales circulantes (CTC): En muchos cánceres de seno algunas células se separan del tumor e ingresan a la sangre. Estas células tumorales circulantes se pueden detectar con pruebas de laboratorio sensibles ayudando a predecir qué pacientes pueden tener cáncer de seno que se ha propagado fuera del mismo. Estudios por imágenes recientes: Gammagrafía mamaria (imagenología molecular). En este estudio, se inyecta en una vena un *trazador* ligeramente radiactivo que se une a las células del cáncer de seno, y luego se utiliza una cámara especial para detectarlas. Tratamiento: Cirugía oncológica. La cirugía con conservación del seno a menudo se puede usar para los cánceres de seno en etapas tempranas. Sin embargo, los senos pueden quedar con tamaños o formas diferentes en algunas mujeres. Si el tumor es más grande, puede que ni siquiera sea posible, y que se necesite una mastectomía en lugar de la cirugía con conservación del seno. Algunos médicos resuelven este problema mediante la combinación de cirugía oncológica y cirugía plástica (cirugía oncológica). Normalmente se trata de moldear de nuevo el seno cuando se hace la cirugía inicial, tal como hacer una reconstrucción parcial del seno después de cirugía con conservación del mismo o una reconstrucción total después de la mastectomía. La cirugía oncológica puede conllevar que haya que operar el otro seno para que ambos senos sean más parecidos. Medicamentos de terapia dirigida Inhibidores de PARP: estos muy probablemente sean útiles contra los cánceres por mutaciones *BRCA*, y han demostrado ser algo prometedores en el tratamiento de algunos tipos de cáncer de seno. Medicamentos contra la angiogénesis: para que los cánceres crezcan, los vasos sanguíneos tienen que desarrollarse para nutrir a las células cancerosas. Es posible que el bloqueo del angiogénesis resulte útil en el tratamiento del cáncer de seno.

14C. ULTRASONIDO EN EL PRIMER TRIMESTRE DEL EMBARAZO. Dra. Wendy Cárcamo, Ginecología y Obstetricia -Medicina Materno Fetal. Instituto Hondureño de Seguridad Social, Tegucigalpa, Honduras.

El ultrasonido entre las 11 a 13.6 semanas de gestación es una herramienta que nos proporciona información fundamental en relación a la vida fetal como ser: enfermedades placentarias, enfermedades cromosómicas, parto Pretérmino, enfermedades estructurales. Aplicaciones Clínicas: 1. Vitalidad, 2. Edad Gestacional (LCC, repetir 3 veces,) 3. Número de Fetos y Establecer Corionicidad (Signo de lambda (bicorial) y signo T (monocorial) diagnostican 100% antes de la semana 16, Lambda presenta tejido corial entre las dos capas de amnios, STFF hay aumento de TN en receptor, repliegue de membrana o discordancia de vejigas. 4. Valorar

la Anatomía Fetal (Búsqueda de alteraciones estructurales tempranas como Mega vejiga, holoprosencefalia, onfalocelo. 5. Búsqueda de marcadores (Translucencia Nucal, Hueso Nasal 6. Tamizaje por Edad Materna (predicción por Doppler para predicción de preeclampsia y RCIU, Parto Pretérmino, Anemia fetal. TN AUMENTADA EN CARIOTIPO NORMAL 1. Muerte fetal (20% con TN > 6.5mm antes de las 20 SDG, los que no mueren, progresan a hidrops, 12% muerte fetal con TN arriba de P99. 2. Defectos estructurales (45% con TN > 6.5mm. 3. Retraso Psicomotor (No se ha asociado arriba de 3.5 mm) 4. Cardiopatía congénita (TN > 5.5 mm - 232/1000 Punto de corte TN P99 Sensibilidad 30-40%, Especificidad 98-99% LR (+) 25. OTROS MARCADORES DE PRIMER TRIMESTRE: 1. Hueso Nasal Principalmente para T21, Marcador de segunda línea en primer trimestre, pero en segundo trimestre es uno de los marcadores más fuertes que hay 2. Ducto Venoso marcador de Falla de bomba cardíaca, Ausencia de onda A o reversión de la misma (cualitativo) detecta hasta 91% cromosomopatías. OTROS MARCADORES ESTUDIADOS: Diámetro cordón umbilical, LCC, FCF, Longitud Oreja, Longitud de Fémur y Húmero, Regurgitación tricúspide.

15C. GLOBESIDAD: UNA VISTA METABÓLICO-MOLECULAR. Dr. Tirzo I. Godoy, Médico Internista con orientación en sobrepeso y obesidad. Instituto Nacional Cardiopulmonar, Tegucigalpa, Honduras.

16C. "PARECE, PERO NO ES". Dra. Judith Pineda, Dermato-Oncóloga. CEMESA, San Pedro Sula, Honduras.

17C. TRANSPORTE DE PACIENTE PEDIÁTRICO CRÍTICAMENTE ENFERMO. Dra. Scheybi Miralda, Pediatra Intensivista. Hospital Escuela Universitario, Tegucigalpa, Honduras.

El transporte de enfermos entre hospitales constituye una necesidad de primer orden en el Sistema Sanitario, que conlleva costos humanos y material de considerable magnitud. Su principal objetivo reside en proporcionar a los enfermos aquellos medios diagnósticos y de tratamiento más adecuados a su problema médico, independientemente que éstos estén o no disponibles en dicho hospital. El esfuerzo que supone la debida atención al enfermo y la necesidad de coordinación entre el centro emisor y el receptor, exigen una homogeneización de los criterios de traslado, de las maniobras diagnósticas y terapéuticas previas necesarias y la elección del medio de transporte. Se ha establecido previamente que los pacientes pediátricos críticamente enfermos tienen más posibilidades de sobrevivir en centros regionales con unidades de cuidado intensivo pediátrico que en hospitales que no cuenten con este recurso. El transporte interhospitalario constituye una fase crítica en el manejo de pacientes pediátricos gravemente enfermos, ya que durante el traslado las complicaciones pueden no ser detectadas, la

estabilidad fisiológica no está completamente establecida y la reanimación en los vehículos de transporte se hace difícil. Por lo anterior, es fundamental que previo al traslado se logre una estabilización de estos pacientes, la que involucra la identificación y manejo de las potenciales complicaciones vitales que podrían presentarse en el transporte y las intervenciones necesarias a fin de prevenir un eventual deterioro fisiológico. Lo anterior implica obtener y mantener la vía aérea permeable, adecuada oxigenación y ventilación, soporte hemodinámico y protección del sistema nervioso central. No existen en la literatura pediátrica nacional reportes que determinen la situación actual del transporte interhospitalario del niño grave, así como las diferentes fases del mismo, destacando la estabilización previa al traslado, la activación, las técnicas para una transferencia adecuada y los aspectos logísticos necesarios para el manejo de estos pacientes durante el transporte terrestre.

18C. FUNDAMENTOS LEGALES DE LOS MÉDICOS PRACTICANTES ANTE LA IATROGENIA, NEGLIGENCIA Y ERROR MÉDICO. Dr. Álvaro Julián Fúnez, Cirujano General. Hospital Mario Catarino Rivas, San Pedro Sula, Honduras.

19C. AVANCES Y DESAFÍOS EN EL CONTROL, ELIMINACIÓN Y ERRADICACIÓN DE ENFERMEDADES PREVENIBLES POR VACUNACIÓN EN HONDURAS PAI. Dra. Ida Berenice Molina. Centro Nacional de Biológicos, Secretaría de Salud, Tegucigalpa, Honduras.

20C. CIRUGÍA METABÓLICA EN EL PACIENTE CON DM-II. Dr. Roberto Esquivel, Cirujano General, Laparoscópica y Bariátrica. Honduras Medical Center, Tegucigalpa, Honduras.

21C. TELEMEDICINA: EXPERIENCIA DE NUEVOS MODELOS DE ENSEÑANZA EN SALUD. Dra. Reyna Durón, Especialista en Neurología. Universidad Tecnológica Centroamericana, Tegucigalpa, Honduras.

La telemedicina es una herramienta de uso creciente en el mundo industrializado y ahora en países en desarrollo. Sus aplicaciones principales son de tipo clínico (tele-consultas) y educativo (teleconferencias). Su primer beneficio es la integración de la tecnología de información y comunicación a los servicios de salud para reducir costos y dar a la población la atención especializada y sub-especializada. Por otro lado, los médicos generales, médicos en servicio social y médicos graduados que atienden en el nivel de atención primaria o en hospitales regionales, requieren frecuentemente de interconsultas con especialistas para resolver problemas médicos. Esto evitaría la referencia innecesaria hacia las consultas externas y emergencias de los hospitales de primer nivel. El segundo beneficio de la telemedicina es ser un recurso innovador y eficiente en el aspecto educativo del personal de salud mediante teleconferencias virtuales o tele-

consulta sub-especializada con expertos en otras regiones locales o en países. Los mejores programas de telemedicina en el mundo han mostrado tener un costo neutral o mínimo, además de índices de satisfacción favorables para el paciente y el proveedor. La mala conectividad del internet, la escasa banda ancha, y la estabilidad de la energía eléctrica son un reto para países como Honduras, donde ya hemos realizado estudios piloto. Para hacer esta transferencia de tecnología a hospitales y clínicas regionales, será necesaria la capacitación en la herramienta para fines educativos y de análisis de casos de pacientes. Las primeras experiencias con esta metodología en Honduras son prometedoras y han mostrado la viabilidad de establecer redes de telemedicina que conecten al personal de salud de zonas rurales y urbanas en este país. La telemedicina es una herramienta que fortalecería la atención primaria en salud.

22C. HEPATITIS C: UN CAMBIO DE PARADIGMA. Dr. Tito Alvarado, Médico Internista/Infectólogo. Hospital Escuela Universitario, Tegucigalpa, Honduras.

La hepatitis C constituye un enorme problema de salud pública mundial. Se han descrito 6 genotipos mayores y 11 subtipos distribuidos por el Mundo transmitidos al humano por vía parenteral. La infección asintomática en 85% de los casos, en fase crónica produce cirrosis, insuficiencia hepática, manifestaciones extrahepáticas y hepatocarcinoma en 80% de las personas; se considera la causa principal de trasplante hepático en USA. En Honduras, un estudio demostró que 7% sufre la infección. En el manejo inicial de la enfermedad, se ha utilizado Interferón no pegilado, solo o con Ribavirina, obteniéndose resultados insatisfactorios. Entre 2001 y 2011, el tratamiento estándar fue Interferón pegilado y Ribavirina durante aproximadamente 48 semanas, obteniéndose respuesta viral sostenida (RVS) entre 40% y 50%, con poca tolerabilidad y efectos adversos. Después de 2011, inicia la terapia triple con Interferón pegilado, Ribavirina y Telaprevir o Boceprevir, tratamientos más cortos, con resultados de RVS entre 65% y 75%. En 2014 se utilizaron drogas antivirales orales (1 tab./día-Sofosbuvir o Simeprevir; ambos aceptados por la FDA en 2013), y Ledipasvir, Dasabuvir-Ombitasvir, solos o combinados con Ribavirina, durante 12-24 semanas, lográndose RVS de 90%-100%). *Se desarrollaron nuevos fármacos antivirales de acción directa de segunda generación con menos efectos/interacciones: Daclastavir, Ombistair, Paritraprevir, Dasabuvir, Elbasvir, Grazoprevir, Velpatasvir y otras drogas pangenotípicas: Gleaprevir, Pibrentasvir, prescritas (1tab/día) durante 8-12 semanas. Ambos grupos con RSV cercanos a 100%.* La OMS tiene como objetivo global eliminar la hepatitis C para 2030, pero enfrenta dos obstáculos: a) Ineficacia gubernamental en detección de casos, y b) Elevado costo de fármacos. Se imponen entonces, acuerdos gubernamentales con las compañías farmacéuticas, para disminuir precios, como única vía para asegurar el cumpli-

miento del eslogan: “*testar y tratar a la mayor brevedad posible*”. Es posible declarar que el tratamiento de la hepatitis C constituye un nuevo paradigma con evidencia científica incuestionable de que la enfermedad es curable.

23C. ABORDAJE DE LAS DEMENCIAS EN ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD. Dr. Edwing García, Psiquiatra. Centro Médico Santa Rosa, Santa Rosa de Copán, Honduras.

La demencia involucra manifestaciones sindrómicas progresivas con impacto a nivel cognitivo y conducta, caracterizada por alteraciones en las esferas de memoria, pensamiento, comportamiento y reducción en la autonomía para desempeñar actividades de la vida diaria. La prevalencia de demencia en población mayor de 65 años se estima entre un 6-10% aproximadamente, cifras con tendencia al alza debido al progresivo envejecimiento de la población. El incremento en la población con demencia representa para el sistema de salud un reto creciente. De allí la importancia de realizar un diagnóstico oportuno y una intervención precoz para mejorar la calidad de vida de la población afectada, tanto a nivel individual por la condición de salud como por el impacto generado en la familia y/o cuidadores. El abordaje de las demencias en el nivel primario de atención es clave por lo que los profesionales de salud a cargo de este sector, deben estar plenamente capacitados para identificar el deterioro cognitivo y establecer pautas de abordaje de acuerdo a cada necesidad particular, incluyendo acciones de promoción de salud en los escenarios macrosocial, micro ambiental e interpersonal. Por otra parte, es importante entender la complejidad clínica de las personas que sufren demencia, a menudo polimedicadas debido a las comorbilidades que se presentan en presencia de trastornos neurocognitivos mayores. La comprensión de criterios diagnósticos, el uso de herramientas para tamizaje, elección de tratamientos adecuados, dilemas relacionados con la comunicación del diagnóstico, asesoramiento ético y legal, papel de los profesionales de la medicina en el seguimiento de pacientes y familiares durante el curso de la enfermedad, supresión del tratamiento o toma de decisiones al final de la vida son de vital relevancia. Se presenta una actualización en el manejo de las demencias compartiendo resultados de experiencias clínicas y algoritmos para toma de decisiones en el nivel primario de atención.

24C. CRISIS HIPERTENSIVA. Dra. Johana Bermúdez, Médico Internista/Dermatóloga. Instituto Hondureño de Seguridad Social, Tegucigalpa, Honduras.

25C. FIEBRE AMARILLA: UNA AMENAZA EN POTENCIA. Tito Alvarado, Médico Internista/Infectólogo. Hospital Escuela Universitario, Tegucigalpa, Honduras.

Fiebre amarilla: enfermedad viral transmitida por mosquitos (*Aedes*), ampliamente distribuida en América Latina y África subsahariana, producida por el virus ARN de la familia *Flavi-*

viridae. El ciclo de transmisión selvático involucra primates y al vector *Haemagogus* (América del Sur), y *Aedes africanus* (África). El ciclo urbano involucra al hombre y *A. aegypti* (frecuente en Honduras, con miles de casos el siglo pasado), siendo potencial su re-emergencia. Incubación (3-6 días). Espectro clínico: desde la infección subclínica hasta la forma grave mortal. La mayoría de pacientes desarrollan la forma leve: fiebre, cefalea, fotofobia, dolor lumbosacro y de extremidades inferiores, mialgias, anorexia, vómitos, durante 1 a 3 días. Aproximadamente 15% desarrolla la forma grave consistente en dos fases: una aguda (fiebre, cefalea, mialgias, vómitos); con remisión de síntomas (24-48hrs.), seguida de una fase tóxica final (retorno de fiebre, ictericia, epistaxis, hematemesis, melena, oliguria, disfunción hepática, renal, cardiovascular y muerte). Alteraciones laboratoriales: leucopenia, trombocitopenia, aumento del tiempo de protrombina, transaminasas, creatinina, bilirrubinas. ECG muestra bradicardia sinusal. La convalecencia se asocia con: meses de fatiga, ictericia, transaminasas elevadas. Serología: demuestra anticuerpos IgM-IgG en la primera semana (diagnóstico definitivo); IgG (aumenta 4 veces el título, en dos sueros). El virus se aísla en células de cerebro de ratón lactante. Tratamiento: sintomático, pacientes graves ingresan a UCI con monitoreo estricto, medidas de apoyo (fluidos, fármacos vasoactivos, oxígeno, prevención de hipoglicemia, corrección de acidosis metabólica, manejo de coagulopatía y soporte renal). No existe tratamiento antiviral específico disponible. Prevención: medidas de control del mosquito y protección personal. La vacunación es el método más práctico y seguro de viajeros que visitan países en riesgo. La vacuna atenuada 17D (Aventis Pasteur) es una de las más exitosas: inmunogénica y altamente protectora. Una dosis (0,5 ml) induce inmunidad casi de por vida (>95%).

26C. SÍNDROME FEBRIL EN PACIENTE VIH POSITIVO. Dr. Oscar Alvarenga, Médico Internista. Hospital Regional de Occidente, Santa Rosa de Copán, Honduras.

27C. DETECCIÓN Y TRATAMIENTO INTEGRAL DEL SÍNDROME METABÓLICO. Dra. Johana Bermúdez, Médico Internista/Dermatóloga. Instituto Hondureño de Seguridad Social, Tegucigalpa, Honduras.

28C. TRAUMA CRANEOENCEFÁLICO “LA HORA DE ORO”. Dr. Roberto Álvarez, Neurocirujano. Hospital de Occidente, Santa Rosa de Copán, Honduras.

29C. ABORDAJE DEL PACIENTE SUICIDA EN ATENCIÓN PRIMARIA. Dr. Octavio López, Psiquiatra. Hospital Mario Mendoza, Tegucigalpa, Honduras.

El intento suicida se define según la OMS (1986) así: es el acto sin resultado letal deliberadamente iniciado y realizado por el sujeto, conociendo o esperando un resultado letal (el cual no ocurre). A nivel mundial el suicidio consumado afecta a unas 800,000 personas por año, según el centro de

prensa de la OMS, esto equivale a una tasa 16 por 100,000. En Honduras, Según el IUDPAS se suicidaron 394 personas en el año 2017, existiendo un aumento del treinta por ciento en comparación al 2016. Se presentó una tasa para el 2017 de 43.6 víctimas por cada cien mil habitantes. Demográficamente los departamentos con mayor prevalencia de suicidios son Atlántida (58.4), Yoro (57.4), Cortés (56.2), Comayagua (51.2), Santa Bárbara (47.2) y Copán (46.6). Los departamentos de Comayagua y Copán pasaron del nivel intermedio al nivel superior. Otro aspecto importante acerca del suicidio es que por cada intento suicida existen entre 3 a 7 intentos suicidas (OMS 2018). Sólo en el Hospital Psiquiátrico Mario Mendoza se ingresan aproximadamente entre 350 a 400 pacientes anuales por intento suicida. En Honduras donde se carece de Centros Asistenciales con Psiquiatras y donde la atención en Psiquiatría está centralizada, son los médicos de atención primaria los que reciben al paciente con riesgo suicida o con un intento suicida. Ante una conducta potencialmente suicida es importante considerar los factores protectores y de riesgo; la presencia, el grado y determinación de la ideación suicida; la planeación, accesibilidad y la letalidad del acto pensado y el motivo que lleva al individuo a suicidarse.

30C. OSTEOMIELITIS Y ARTRITIS SÉPTICA. Dr. Vernon Hernández, Ortopeda y Traumatólogo, Reconstrucción de Miembros Inferiores. Hospital del Valle, San Pedro Sula, Honduras.

Las infecciones osteoarticulares son una patología infecciosa infrecuente en la infancia y que cuando ocurre afectan generalmente a niños pequeños, menores de 5 años. Difíciles de reconocer en las fases precoces de la enfermedad. La osteomielitis generalmente se clasifica según su patogenia y evolución: 1) osteomielitis aguda hematógena. Es más frecuente presentación en la infancia; 2) osteomielitis secundaria a un foco contiguo de infección: después de un traumatismo abierto, herida penetrante, herida postquirúrgica infectada, tras el implante, material ortopédico, o secundario a una infección subyacente como celulitis. Esta es menos frecuente de presentación en los niños que la anterior; y 3) osteomielitis crónica, y la artritis séptica como afección articular. Aproximadamente el 50% de los casos ocurren en los primeros 5 años de vida, es más frecuente en niños que en niñas, y que aunque puede afectarse cualquier hueso, la localización más frecuente son los huesos largos de las extremidades inferiores *Staphylococcus aureus* es el patógeno más frecuente en todos los grupos de edad, siendo la causa del 70 al 90% de las osteomielitis. Los síntomas más frecuentes son fiebre, dolor agudo persistente que se va incrementando en el miembro afecto, acompañado de inflamación y enrojecimiento del tejido que está sobre el hueso. El niño cojea o se niega a caminar, El lactante presenta irritabilidad, rechazo del alimento, e inmovilidad por el dolor. El diagnóstico de osteomielitis se debe basar en la sospecha clínica precoz ante los signos y síntomas de la enfermedad

previamente descritos, confirmado con el apoyo del laboratorio y las técnicas de imagen. El tratamiento antibiótico inicial es generalmente empírico, seleccionando el antibiótico en función de la edad que permiten suponer el agente infeccioso más frecuente. Cuando se dispone del resultado de los cultivos se modificará la terapia antibiótica en función de la sensibilidad del microorganismo aislado.

31C. VERTEBROPLASTÍA CON BALÓN, UN TRATAMIENTO MODERNO Y MÍNIMAMENTE INVASIVO PARA FRACTURAS VERTEBRALES. EXPERIENCIA EN HOSPITAL DE OCCIDENTE. Dr. Roberto Álvarez, Neurocirujano. Hospital de Occidente, Santa Rosa de Copán, Honduras.

En 1984 se realizó la primer vertebroplastía con éxito en Francia en el tratamiento de un hemangioma vertebral, desde este tiempo su aplicación ha sido expandida incluyendo ahora el tratamiento de fracturas vertebrales compresivas que causan dolor intenso refractario a otras terapias, los mejores resultados se obtienen con las fracturas por osteoporosis y algunas por neoplasias. La introducción de la técnica con balón (kyphoplasty) vino a mejorar los resultados y la seguridad con la que se practica, ésta consiste en introducir cemento acrílico en una vértebra fracturada de manera percutánea previo la creación de una cavidad mediante la insuflación de un balón. Estudios posteriores demostraron la eficacia y seguridad del procedimiento disminuyendo dramáticamente los costos y días hospitalarios; aún en pacientes con comorbilidades y/o alto riesgo anestésico/quirúrgico sin límites por la edad; razones que justifican la introducción de esta cirugía en el Hospital de Occidente como la principal opción terapéutica en pacientes adultos mayores con dolor severo a causa de fracturas vertebrales por osteoporosis debido al margen de alta seguridad y mínima invasión siguiendo los criterios adecuados, hemos realizado 12 vertebroplastías desde el 2012 observando resultados sumamente positivos y muy similares a la casuística de países con amplia experiencia en cirugía mínimamente invasiva de columna. Debemos evolucionar por tanto en cuanto a tratamientos modernos no invasivos en columna que han demostrado todos los beneficios mencionados con el fin de favorecer a pacientes mayores que hasta hoy en nuestro país no tienen acceso en su mayoría a mejorar su calidad de vida en relación a dolor por causas espinales.

32C. CONFERENCIA ESPECIAL. 30 AÑOS DE INVESTIGACIÓN CLÍNICA EN EL OCCIDENTE DE HONDURAS: PASADO, PRESENTE Y FUTURO. Dr. Ricardo Domínguez, Médico Internista. Hospital de Occidente. Dr. Eleazar Montalván, Médico General. Dra. Aida Rodríguez, Médico General. Dra. Lucía Domínguez, Médico General. Santa Rosa de Copán, Honduras.

En 1986 inició el Servicio de Endoscopia en el Hospital de Occidente. Se hizo evidente tempranamente que exis-

tía alta incidencia de neoplasia de estómago. Iniciamos la recolección de datos de cáncer gástrico demostrándose esta incidencia. En el año 2000 se presentó el primer reporte de datos en el Congreso Mundial de Cáncer de Estómago, despertando el interés de la comunidad científica internacional. Se formó una iniciativa de investigación con el objetivo de caracterizar la neoplasia de estómago en la zona, con cooperación de la Universidad de Carolina del Norte y la ONG Central América Medical Outreach (CAMO). Los primeros estudios epidemiológicos de cáncer gástrico lograron colocar a Honduras en el primer lugar de incidencia en América Latina (Globocan 2008-2012). Se iniciaron estudios que demostraron existencia de polimorfismos genéticos de riesgo para neoplasia de estómago en la región. Se reportó la prevalencia de *Helicobacter pylori*, siendo 88% de la población portadora de esta bacteria. Se logró establecer la virulencia y la resistencia bacteriana del mismo. En el año 2009 este centro de investigación fue seleccionado para participar en el estudio multicéntrico de erradicación de *Helicobacter pylori* más grande de América, presentado en el 2011. Desarrollamos estudios relacionados con diferentes factores de riesgo (fogón, EBV, etc.). Se realizó el primer estudio de supervivencia de cáncer de estómago en Centroamérica. Asimismo, se desarrolló el primer registro de cáncer regional, implementando metodologías innovadoras como el mapeo geoespacial y la localización de casos por medios satelitales. Actualmente se realizan dos ensayos clínicos de fase dos, aleatorizados, doble-ciego para la quimioprevención de neoplasia de estómago en sujetos con lesiones premalignas. El principal aporte para caracterización de cáncer gástrico en Honduras proviene de esta iniciativa. Nuestro objetivo es informar a la población médica sobre los avances nacionales en cáncer gástrico, *Helicobacter pylori*, e inspirar a futuros investigadores.

33C. OBESIDAD INFANTIL. Dr. Guillermo Villatoro, Endocrinología Pediátrica. Hospital María de Especialidades Pediátricas, Tegucigalpa, Honduras.

La obesidad se define como una acumulación anormal o excesiva de grasa perjudicial para la salud. En menores de 5 años peso/talla mayor a tres desviaciones estándar, entre los 5 a 19 años IMC mayor de dos desviaciones estándar por encima de la mediana establecida (patrones de crecimiento de la OMS). La causa fundamental es un desequilibrio energético entre calorías consumidas y gastadas. La obesidad exógena, 95% de los casos, es un desorden complejo y de etiología multifactorial. La obesidad secundaria o sindrómica supone menos del 5% de los casos. En el 2016, 41 millones de niños menores de cinco años y más de 340 millones entre 5 a 19 años tenían sobrepeso u obesidad. El diagnóstico se establece con una buena anamnesis y examen físico, en general si el paciente tiene talla normal o alta se trata de obesidad exógena y cuando se asocia a talla baja sospechar causa sindrómica o endocrinológica. Estu-

dios laboratoriales en obesidad leve y patrón de crecimiento adecuado: función renal y hepática, estudio lipídico, hemograma completo. Ante la sospecha de una posible alteración endocrinológica: glucosa/insulina si hay acantosis nigricans, Ecografía abdominal si hay elevación de transaminasas 3-5 veces su valor normal. Curva de tolerancia a glucosa, está indicada durante la adolescencia, antecedentes familiares de diabetes tipo 2, pacientes con glucosa en ayuno mayores de 100 mg /dl. Función tiroidea y cortisol libre en orina solo ante sospechas específicas de enfermedad. La obesidad leve y moderada de causa nutricional puede ser diagnosticada, tratada y seguida en nivel de atención primaria. El tratamiento es en base a una alimentación adecuada, ejercicio que implica cambios en el estilo de vida y en casos específicos algunos medicamentos aprobados en la edad pediátrica. Complicaciones asociadas: Enfermedad cardiovascular, diabetes mellitus tipo 2, síndrome metabólico, e incremento del riesgo de cáncer.

34C. PIE DIABÉTICO Y SU MANEJO ORTÉSICO. Dra. Melissa Mejía, Médico Fisiatra. Facultad de Ciencias Médicas UNAH, Tegucigalpa, Honduras.

De las enfermedades no transmisibles la Diabetes Mellitus (DM) ocupa la cuarta causa de mortalidad prematura. Actualmente 415 millones de adultos tienen diabetes y para el 2040 esta cifra aumente a 642 millones. La OMS define pie diabético como grupo de síndromes en los cuales la neuropatía, la isquemia y la infección llevan a la disrupción tisular, produciendo morbilidad y posible amputación. El 15% se diagnostican con DM al presentar pie diabético, un 20% están en riesgo de tener una úlcera y 25% serán amputados. La DM incrementa de 10-20 veces el riesgo de amputación de miembros inferiores, 30% de los pacientes amputados tiene probabilidad de amputación de extremidad contralateral en los siguientes 3 años y el 50 % en los 5 años, considerándose la amputación como marcador de mortalidad. Entre los factores de riesgo se encuentran la neuropatía, angiopatía y las infecciones. La evaluación del paciente consiste en examinar la integridad de la piel, evaluación del pulso pedio y tibial, reflejos osteotendinosos, índice tobillo/brazo, pruebas de sensibilidad con monofilamento y diapasón. Dentro de las medidas eficaces para el tratamiento del pie diabético están la educación del paciente, desbridamiento de tejido necrótico, limpieza y manejo de la herida, uso de zapatos adecuados, uso de plantillas y zapatos de descargas para disminuir la presión de úlceras, el tratamiento debe ser multidisciplinario y oportuno. Existen dificultades para la rehabilitación del paciente con pie diabético y son pocos los referidos a las unidades de rehabilitación, el descontrol metabólico, el riesgo cardiovascular y riesgo de una nueva amputación. Una amputación afecta los aspectos físicos, psicológicos y funcionales de la persona. La elaboración de prótesis tiene un alto costo, pero resulta más oneroso mantener a una persona sin empleo por carácter de prótesis.

35C. TALLA BAJA EN PEDIATRÍA: ABORDAJE DESDE APS. Dr. Guillermo Villatoro, Endocrinología Pediátrica. Hospital María de Especialidades Pediátricas, Tegucigalpa, Honduras.

Talla baja en pediatría se define de tres maneras: 1.-Talla/ edad por debajo de -2 Desviaciones Estándar (DE) de la media para la edad, sexo o talla por debajo del percentil 3 (< P3). 2.- Velocidad de crecimiento cm/año por debajo de Percentil 25. 3.- Talla/edad, 7 cm por debajo de la media de la talla diana familiar. Una vez definida la talla baja se procede a determinar el patrón de crecimiento en base a dos parámetros: Edad ósea (EO) y velocidad de crecimiento (VC) en cm/año. Los patrones pueden ser: Intrínseco, Retardado y Atenuado. 1.- Patrón Intrínseco: EO acorde con edad cronológica y VC normal (> percentil 25).2.- patrón Retardado: EO retrasada más de un año y VC normal. 3.- Patrón Atenuado: EO retrasada y VC anormal o por debajo de percentil 25 (< percentil 25). Es en este último patrón se revisa la relación entre segmentos corporales superior e inferior para ver si el paciente es simétrico o asimétrico, en el caso de ser simétrico se hacen los estudios por deficiencia de hormona de crecimiento. Esta clasificación por patrones de crecimiento es mutuamente excluyente y ello permite hacer estudios específicos para encontrar la etiología de la falta de crecimiento, pues cada patrón tiene causas diferentes de talla baja. Entre las causas y factores relacionados con talla baja, existen desde variantes normales del crecimiento como talla baja familiar y el retardo constitucional del crecimiento y pubertad, así como enfermedades crónicas que involucran cualquier órgano o sistema del cuerpo como síndromes de malabsorción, cardiopatías congénitas, déficit de hormonas tiroideas, alteraciones psicológicas como la de privación psico-afectiva, síndromes genéticos tanto por alteración cromosómica o de genes específicos, hasta el déficit de hormona de crecimiento. La mayoría de casos se manejará en primer nivel de atención.

36C. HIPOGLICEMIANTE ORALES EN DIABETES MELLITUS TIPO 2: TERAPIAS NUEVAS Y SUS BENEFICIOS. Dra. María Alejandra Ramos, Endocrinóloga. Hospital Escuela Universitario, Tegucigalpa, Honduras.

37C. ACTUALIZACIÓN SOBRE BACTERIURIA ASINTOMÁTICA EN GINECOLOGÍA. Dr. Kristian Navarro, Uroginecólogo. Instituto Hondureño de Seguridad Social, Tegucigalpa, Honduras.

Estudios iniciales de cultivos de orina cuantitativo de un gran número de pacientes han encontrado lo que se conoce como una bacteriuria real, estableciendo diferentes probabilidades de producción de pielonefritis, complicación más temida durante este tipo de episodios. Un número importante de este grupo de pacientes se presenta con ausen-

cia de síntomas, sin probabilidad de complicación. Esto es lo que se conoce como Bacteriuria asintomática. *E. coli* se convierte en el agente etiológico más frecuente en este tipo de infecciones. Es conocida la variedad de serogrupos y serotipos determinado por los antígenos O y H somáticos y flagelares y su combinación. Con diferentes niveles de virulencia es lo que explicaría el comportamiento de las cepas en cada individuo. La realización de una serie de estudios clínicos y moleculares ha cambiado nuestro entendimiento de la bacteriuria asintomática durante los últimos 50 años. Es considerada ahora una entidad benigna y protectora. No se debe tratar la bacteriuria asintomática, excepto durante el embarazo, previo a tratamiento urológico invasivo. Esto mejorará nuestras tasas de resistencia y sobre todo incrementará la calidad de vida de la población.

38C. CONSEJERÍA EN ENFERMEDADES DE TRANSMISIÓN SEXUAL. SISTEMA DE SALUD DESCENTRALIZADO DE HONDURAS. Dr. Marlon Estrada, Médico Salubrista. Secretaría de Salud de Honduras, El Paraíso, Honduras.

La consejería es un proceso de información, educación, comunicación y apoyo, en el que partiendo de las percepciones y necesidades de los adolescentes se aborda aspectos relacionados con la vida, de una forma integral para tomar decisiones informadas al momento de una conversación. El objetivo de la consejería es facilitar al adolescente la toma de sus propias decisiones, a través de un proceso y análisis de sus alternativas de acción, para que puedan ser aplicadas en su realidad vivencial. El principio de la consejería será, que el adolescente sea protagonista de sus propias acciones para asumir la responsabilidad de sus propios actos. Las cualidades y competencias básicas del consejero, ser una persona bien enfocada, con pensamiento flexible, genuino, sincero interés por la persona y deseos de trabajar con adolescentes. Además, poseer la habilidad de reconocer los casos que requieran ayuda profesional más allá de sus competencias como consejero. Cada sesión de consejería sigue un patrón general que se puede organizar en cinco momentos, es conveniente valorar las oportunidades para aprovechar cada momento, para ello la comunicación es fundamental, siendo necesario un emisor y un receptor, los mensajes que damos a las personas que atendemos pueden ser de vital importancia para sus vidas, la interpretación de los mensajes depende de las creencias y atribuciones que el receptor posea y haga. No es indispensable contar con un local fijo para realizar la consejería, lo fundamental es la actitud, la prudencia, el profesionalismo del consejero y la privacidad del ambiente facilita la confianza del adolescente.

39C. REVISIÓN CLÍNICA DE LA PACIENTE GINECOLÓGICA. Dr. Kristian Navarro, Uroginecólogo. Instituto Hondureño de Seguridad Social, Tegucigalpa, Honduras.

40C. TRASTORNOS DE LA VOZ. Lic. José Castro, Foniatría – Audiología. Hospital Escuela Universitario, Tegucigalpa, Honduras.

La fonación es una función utilizada para la comunicación desarrollándose antes que el hombre aprendiera a hablar. La voz es una parte integral en la vida contribuyendo con el habla y el lenguaje para la comunicación oral. Las cuerdas vocales generan un tono que se modifica en la faringe, paladar, lengua y labios para producir sonidos instintivos o palabras que conllevan al lenguaje oral. Los múltiples actos de protección laríngea como el toser pueden causar alteración en la fonación. Una tos excesiva puede causar trauma e inflamación, la cual afectará las características vibratorias de las cuerdas vocales. De la misma manera, los movimientos rápidos y aleatorios de las cuerdas vocales en reposo pueden interferir con el movimiento vibratorio normal. Disfunciones o interrupciones de arcos reflejos de etiología neurológica pueden crear alteraciones en los movimientos de las cuerdas vocales y otras estructuras laríngeas interfiriendo con la fonación y con la vida. El mal uso o abuso de la voz frecuentemente causan problemas vocales. Pueden contribuir a cambios en el tejido laríngeo que resultan en la formación de nódulos, pólipos, y úlceras de contacto. Las alteraciones vocales pueden incluir ronquera, fonostenia, voz entrecortada, rango fonatorio reducido, afonía, alteraciones en el timbre vocal, tensión vocal, temblor fonatorio y dolor con o sin sensaciones físicas adicionales. El diagnóstico diferencial se enfoca en descubrir la etiología. Este procedimiento involucra el examen y observación de la alteración vocal enfocándose en la resolución del problema. El análisis del trastorno vocal involucra el examinar componentes individuales como la situación del problema, síntomas, historia médica, calificación de las características perceptivas auditivas, medición de eventos de acción acústica, aerodinámica, vibratoria y muscular, examen de las estructuras laríngeas y sus funciones, evaluación de otras funciones corporales y otros sistemas como se considere apropiado.

41C. USO DE LA ENDOSCOPIA EN NEUROCIRUGÍA. Dr. Osly Vásquez, Neurocirujano. Hospital Escuela Universitario, Tegucigalpa, Honduras.

El uso de la endoscopia en Neurocirugía ha tenido un desarrollo acelerado a nivel mundial, en nuestro país comenzó en el 2001 con los primeros casos de tercer ventriculostomía para hidrocefalia congénita, la curva de aprendizaje se com-

pletó a medida que captamos y seleccionamos más pacientes. En julio del 2005 comencé la cirugía endoscópica de Hipófisis, en el año 2012 realicé la exéresis del primer tumor de Angulo Pontocerebeloso vía endoscópica, en el 2014 comencé el abordaje de quistes aracnoideos con abordaje mínimo, resección de Craniofaringiomas, clipaje de aneurismas y otras patologías. Durante el 2015 hasta marzo del 2018 hemos realizado 92 procedimientos neuroendoscópicos para diferente patología, en la presente revisión describimos las diferentes técnicas y la experiencia en el Hospital Escuela Universitario.

42C. TRASTORNOS AUDITIVOS POR ALTOS NIVELES DE PRESIÓN SONORA. Lic. José Castro, Foniatría – Audiología. Hospital Escuela Universitario, Tegucigalpa, Honduras.

Cotidianamente y debido a la modernidad de la vida en ciudades pequeñas, grandes y en metrópolis, se está expuesto a sonidos ambientales que generan riesgos auditivos. Desde enseres de cocina hasta las máquinas industriales en fábricas. Los sonidos de alta intensidad resultan ser dañinos, aun siendo breve o extensa su duración. Estos altos niveles de presión sonora pueden dañar las estructuras delicadas del oído interno, causando pérdida de audición inducida por el ruido. La pérdida de audición inducida por el ruido puede ser inmediata o puede tomar más tiempo. Puede ser temporal o permanente y afecta ambos oídos. El trauma acústico genera daño auditivo unilateral. Aun cuando la lesión auditiva pase desapercibida al inicio, ésta podría ir en aumento lastimando más la dinámica de la audición, augurando hipoacusia en el futuro. Puede presentarse dificultad en la binauralidad auditiva generando alteración en la localización de los sonidos ambientales. También disacusia, no escuchando de manera presta lo que otros le dicen. No deja en la mayoría de los casos estar presente el tinitus en uno en ambos oídos. Estos signos/síntomas pueden presentarse de manera aislada pero generalmente hacen presencia en conjunto modificando negativamente el panorama auditivo. La audición depende de una serie de complejos procesos, convirtiendo las ondas sonoras que llegan a los oídos en señales eléctricas al llegar al cerebro. La dinámica auditiva es un proceso complejo. Los traumas acústicos o el daño auditivo causado por exposición a altos niveles de presión sonora son prevenibles. Conociendo los riesgos del ruido, se puede llevar a cabo una higiene auditiva para proteger la audición de todo riesgo. Se puede y se debe de hacer un análisis de los diferentes ambientes que cotidianamente se frecuentan y determinar cuáles presentan riesgos para la audición. Estos riesgos auditivos afectan de igual manera a toda la población.

43C. MALFORMACIONES OSTEOARTICULARES MÁS FRECUENTES Y CÓMO RESOLVERLAS. Dr. José B. Avilés, Ortopeda y Traumatólogo, Neuroortopeda. Instituto Hondureño de Seguridad Social, Tegucigalpa, Honduras.

Las malformaciones congénitas se presentan en 6 % de los nacidos vivos, y de ellas 1% son múltiples, estas se pueden definir como la formación anómala del tejido fetal, alterado por un ambiente perjudicial o la degradación del tejido a consecuencia de factores genéticos. La mayoría de las malformaciones congénitas, son de causa desconocida, y muchas veces se asocian a otras malformaciones orgánicas como malformaciones cardíacas, de vías urinarias o sistema digestivo. Por ello es de suma importancia valorar al paciente en forma integral: 1. Examen clínico completo 2. Evaluación cardiológica 3. Evaluación por nefrología 4. Evaluación por genetista 5. Apoyo psicología a la familia 6. Apoyo de rehabilitación y terapia ocupacional 7. Evaluación por anestesiología, si va a requerir cirugía. Las causas más frecuentes de las malformaciones congénitas pueden ser: Genéticas, Causas intrauterinas: pérdida de líquido amniótico, útero bicorne, Mecánicas: bridas amnióticas, Efecto de sustancias tóxicas: alcohol, Droga: talidomina, warfarina, fenitoína, aspirina, Pesticidas, Radiación, Agentes virales, Carenciales: vitamina A, Causas vasculares, Enfermedad de la madre: diabetes, toxemia, hipertensión. Las deformidades que se presenta con mayor frecuencia son: Luxación congénita de cadera, pie equino-varo congénito (pie Bot), Metatarso aducto, varo congénito, hallux valgus congénito, pseudoartrosis congénita de tibia, pie plano, astrágalo vertical. En miembro superior: polidactilia, sindactilia, mano hendida, escápula alta (síndrome de Sprengel), macrodactilia, sinostosis radio cubital. Los abordajes quirúrgicos deben ser indicados lo más pronto posible teniendo en cuenta los riesgos anestésicos y la adecuada elección de la técnica usada para corregirla, en la actualidad se requiere de un entrenamiento especializado para resolverlo de la mejor manera posible a diferencia del pasado donde el traumatólogo o el cirujano intentaban corregir muchas de estas malformaciones sin resultados óptimos.

44C. ALTA PREVALENCIA DE DISCAPACIDAD EN HONDURAS. Dra. Melissa Mejía, Médico Fisiatra. Facultad de Ciencias Médicas UNAH, Tegucigalpa, Honduras.

Discapacidad se define como las deficiencias en la estructura o funcionamiento, limitaciones de la actividad y restricciones a la participación en cualquier grado de severidad. La Organización Mundial de la Salud (OMS) en su informe Mundial de Discapacidad (2011) estima que el 15% de la población mundial presenta algún grado de discapacidad

y el riesgo de discapacidad es más alto a mayor edad. La discapacidad representa un problema importante de salud pública en Honduras ya que uno de cada 20 sujetos entre 18 a 65 años de edad tiene una discapacidad, proporción que se incrementa en los sujetos de 51 a 65 años de edad y en adultos mayores de 60 años uno de cada dos presenta algún grado de discapacidad. En población infantil entre 5 y 17 años de edad, en los municipios de Ojojona uno de cada cinco niños y en Valle de Ángeles uno de cada nueve niños presenta alguna discapacidad. La capacidad de respuesta institucional de salud es muy limitada en cuanto a infraestructura, aditamentos y personal capacitado en el área de rehabilitación. Actualmente en nuestra Honduras la prevalencia de discapacidad es alta en comparación con los datos nacionales brindados por el INE en el 2002 y los internacionales reportados por la OMS (2011). Aunque el país cuenta con un amplio marco legal, es necesario fortalecer la formulación y aplicación de políticas públicas o estrategias para la prevención, diagnóstico, manejo y mitigación de la discapacidad a través de rehabilitación basada en la comunidad (RBC) y fortaleciendo la respuesta institucional en prevención y abordaje de la discapacidad en población general, además de la necesidad de establecer programas de inclusión de las personas con discapacidad al mundo escolar y laboral. Debemos comenzar a concientizar a nuestras autoridades y población en general sobre el tema de discapacidad y rehabilitación.

45C. USO DE FACTORES DE CRECIMIENTO EN LESIONES DEPORTIVAS. José B. Avilés, Ortopeda y Traumatólogo, Neuroortopeda. Instituto Hondureño de Seguridad Social, Tegucigalpa, Honduras.

Lesión deportiva se refiere a cualquier daño que se le haga al organismo practicando una actividad deportiva, siendo

amateur o profesional. Las lesiones que se producen en el plano óseo son: fracturas, esguinces, luxaciones, siendo la lesión del ligamento cruzado anterior de la rodilla la más temida. En el plano muscular las más frecuentes son: contracturas musculares y desgarros. Las lesiones producidas a nivel de los tendones: tendinitis, tenosinovitis y rupturas parciales y completas. Estas lesiones tienen algo en común, el tejido lesionado es tejido conjuntivo (TC), también llamado tejido conectivo, cuya función primordial es de sostén e integración sistémica del organismo. La reparación de los daños se consigue sustituyendo a las células parenquimatosas no regeneradas por elementos del tejido conjuntivo, lo cual con el tiempo produce fibrosis y cicatrización. Este proceso comprende cuatro fenómenos: Formación de nuevos vasos sanguíneos (angiogénesis), migración y proliferación de los fibroblastos, Depósito de Matriz Extra Celular MEC, Desarrollo y organización del tejido fibroso (remodelación). La reparación comienza poco después de la inflamación. La regulación de este proceso depende de las interacciones entre los factores de crecimiento, las células vasculares y la MEC. El tratamiento con Plasma Rico en Plaquetas, PRP, consiste en la aplicación de plasma autólogo con una concentración supra fisiológica de las plaquetas, que son activadas para que liberen los factores de crecimiento y sustancias activas de sus gránulos α . El objetivo de esta terapia es favorecer, estimular o iniciar el proceso de cicatrización, regeneración o curación del tejido dañado, aplicándose localmente de forma ambulatoria o bien como complemento a una técnica quirúrgica. Actualmente los resultados son muy buenos dando una gran esperanza para el tratamiento de lesiones deportivas y múltiples patologías.

RESÚMENES CONFERENCIAS SIMPOSIO

1CS. ADOLESCENCIA Y SUS CONFLICTOS EN EL SIGLO XXI. ANÁLISIS DE LA VIOLENCIA DE GÉNERO EN ADOLESCENTES. Dra. Holly Argentina Palacios, Médico Psiquiatra. Hospital Mario Catarino Rivas, San Pedro Sula, Honduras.

RIESGOS Y BENEFICIOS DE LAS TECNOLOGÍAS DE INFORMACIÓN Y COMUNICACIÓN (TIC'S) EN LOS ADOLESCENTES: UNA PROPUESTA DE ABORDAJE. Dr. José Luis Cruz, Médico Psiquiatra. Facultad de Ciencias Médicas UNAH, Tegucigalpa, Honduras.

La adolescencia es una etapa normal del proceso de crecimiento y desarrollo es la transición desde la niñez a la adultez y se extiende según la OMS de los 10 a 19 años de edad. Durante esta etapa de la vida el individuo experimenta cambios tanto físicos como psicosociales encaminados a formar una identidad propia, pero a la vez dichos cambios lo vuelven vulnerable e influenciado al entorno que de ser desfavorable repercute negativamente en la personalidad. Hoy en día las actividades que más realizan los adolescentes son el uso de las TIC, (computadoras, televisión, videojuegos y los teléfonos móviles) creando una nueva preocupación, tanto para el personal de salud como para la familia, ya que son herramientas de doble filo posibilitando la aparición de comportamientos adictivos que pueden trastornar el desarrollo normal, alterando el estilo de vida y como consecuencia la aparición de conductas disruptivas e incluso favoreciendo el sedentarismo y obesidad. Entre las ventajas de las TIC se pueden enumerar: la ubicuidad, adaptabilidad, accesibilidad a la información y una comunicación veloz; pero también contribuyen de forma negativa a perder la privacidad y hacer de la vida más pública, aislamiento social, un alto desarrollo de valores ligados a la violencia, adicción a dichas tecnologías, bajo rendimiento académico tales desventajas se ven reflejados en el cambio radical de la conducta del adolescente que se vuelve defensivo frente a sus padres, familia y amigos, además el abandono de actividades que eran de su interés. La propuesta sería ayudar tanto a los padres y adolescentes enfocándose en la promoción de valores morales, el uso eficiente, racional y responsable de las TIC, la guarda de intimidad y privacidad en la red entre otros pues es bien sabido que el objetivo no será prohibirlas, si no regular el uso y fomentar la autorregulación.

FACTORES DE PROTECCIÓN EN ADOLESCENTES: EMPATÍA Y RESOLUCIÓN DE CONFLICTOS. Dra. Zeni Evelyn Duarte, Médico Psiquiatra. Hospital Psiquiátrico Santa Rosita, Tegucigalpa, Honduras.

Según el Observatorio Nacional de la Violencia de los 6757 homicidios ocurridos en el 2013, 90.6% fueron hombres en un rango de edad entre los 20 a 24 años de edad, lo

cual demuestra que los jóvenes son un grupo vulnerable. Violencia, Vulnerabilidad y Riesgo, es uno de los ejes integradores del Modelo Educativo Universitario, y uno de los Objetivos y Metas del Milenio (ODM), ahora objetivos del desarrollo sostenible(ODS) para el 2030, en donde se propone "*Promover sociedades pacíficas e inclusivas para el desarrollo sostenible...*" promovidos por la Organización de Naciones Unidas (ONU). Estudios que buscan dar respuesta a los factores generadores y promotores de la violencia, han encontrado que los adolescentes menos empáticos son más inestables emocionalmente, más agresivos, menos amables y responsables con más conductas antisociales, mayores problemas escolares y menos adaptación social. A diferencia de aquellos que al ser más empáticos presentan más estrategias cooperativas, son más extrovertidos, abiertos, amables y responsables. Y además tienden a resolver conflictos a través del diálogo y menos a través de la agresividad. La empatía es entonces un promotor de la conducta pro social, la cual no es posible generarla sin crear los planos que permitan la intersección de horizontes, que pueda llevar al cambio, la tolerancia y la adaptación. Por ende, que enseñar a promover la empatía y resolución de conflictos sea una estrategia importante en la prevención de la violencia juvenil.

2CS. EVALUACIÓN INTEGRAL DEL PIE DIABÉTICO. Dr. Lennin Reynaldo Paz, Ortopeda y Traumatólogo, Hospital Regional de Occidente, Santa Rosa de Copán; Dr. Melvin Castillo, Cirujano Vascular Periférico, Instituto Hondureño de Seguridad Social, Tegucigalpa, Honduras.

La Diabetes Mellitus en cualquiera de sus variantes es por hoy una de las enfermedades con mayor prevalencia a nivel mundial, llegando a generar un impacto negativo en los pacientes que la padecen, en nuestro país esta se ve agravado por múltiples factores como la falta de acceso a medicamentos, inaccesibilidad para acudir con un médico especialista, desapego a tratamiento y la falta de personas entrenadas en identificar adecuadamente las lesiones asociadas a la misma en todas sus presentaciones. Las afecciones y consecuencias ocasionadas por el pie diabético representan actualmente un impacto negativo importante en una cantidad importante de pacientes atendidos en los hospitales de nuestro país. Uno de los agravantes más importantes encontrados en nuestra experiencia clínica radica en una inadecuada evaluación y tratamiento de las lesiones iniciales que presentan estos pacientes, las cuales evolucionan a lesiones e infecciones severas las cuales terminan en tratamientos agresivos que incluyen largas hospitalizaciones y la realización de cirugías de amputaciones mayores, esto representa un impacto negativo en los estilos de vida, autoestima y evolución clínica de los mismos. Es por esto que es de suma importancia crear una conciencia en

los médicos de las repercusiones de esta afección y crear programas y lineamientos de una correcta evaluación clínica para ser empleados por los médicos encargados de la evaluación inicial del paciente, así como de la creación de equipos de trabajo formados por médicos generales, internistas, cirujanos generales, cirujanos vasculares, ortopedas, fisiatras y psiquiatras con el fin de dar la atención con calidad y calidez que necesitan estos pacientes. Es nuestro objetivo como una estrategia de Atención Primaria en Salud, brindar las pautas a seguir para que todos los médicos identifiquen, clasifiquen y manejen lesiones de pie diabético de acuerdo con los estándares actuales para brindar un manejo integral a los mismos.

3CS. ATENCIÓN PRIMARIA EN EPILEPSIA: TIEMPO DE AVANZAR.

ESTATUS EPILEPTICO: LO QUE TODO MÉDICO DEBE SABER. Dra. Harlis Estrada, Neurólogo. Hospital Escuela Universitario, Tegucigalpa, Honduras.

EPILEPSIA REFRACTARIA: QUÉ ES Y COMO MANEJARLA. Dra. Sofia Alejandra Dubón, Neuróloga. Hospital Escuela Universitario, Tegucigalpa, Honduras.

CIRUGÍA DE EPILEPSIA: UNA OPCIÓN DE TRATAMIENTO QUE TODO MÉDICO DEBE CONOCER. Dr. Rafael Aguilar, Neurocirujano. Hospital Escuela Universitario, Tegucigalpa, Honduras.

QUÉ HAY DE NUEVO EN EPILEPSIA: AVANCES Y RETOS. Dra. Reyna Durón, Neuróloga. Universidad Tecnológica Centroamericana, Tegucigalpa, Honduras.

Las epilepsias siguen constituyendo un problema de salud de escala mundial, afectando en promedio al menos uno de cada cien habitantes. Las últimas décadas han traído más esperanza a los pacientes, tan castigados históricamente por el estigma, los prejuicios y las brechas en el acceso a mejores diagnósticos y tratamientos. Las novedades han estado ocurriendo en varios campos: la evolución en las clasificaciones de crisis y síndromes epilépticos, el surgimiento de diversos dispositivos electrónicos insertados en el cuerpo para inhibir las descargas, las nuevas técnicas y herramientas quirúrgicas, los avances en las causas inmunes/inflamatorias y las terapias inmunes resultantes, el desarrollo de nuevos fármacos, la disponibilidad creciente del diagnóstico genético y la mayor conciencia social sobre la enfermedad. También se ha avanzado en diversos aspectos legales relacionados a la no discriminación laboral y la reglamentación de las licencias para conducir. Las novedades que se plantean al futuro son las opciones de tratamiento genéticas, que también plantean dificultades bioéticas por la posibilidad de edición genética, la realización de tamizaje neonatal

para diagnóstico genético-metabólico temprano que podrían resultar en discriminación y exclusiones en la cobertura de salud por aseguradoras. Otros retos están en el campo de la investigación, relacionados al financiamiento y la facilitación de la investigación en ciencias básicas y epidemiológicas. El reto de las epilepsias prevenibles y la conciencia social son de gran atención desde el punto de vista en salud pública. Un reto educativo inmediato para la atención primaria en salud en Honduras, es la capacitación del personal de salud en el diagnóstico y manejo de las epilepsias, siendo especialmente necesaria la capacitación a médicos generales, así como el establecimiento de guías nacionales de manejo de las epilepsias en este país donde son escasos los especialistas en neurología y epilepsia.

4CS. DIAGNÓSTICO OPORTUNO DE CÁNCERES FRECUENTES EN HONDURAS, MEDIANTE ESTUDIOS CONVENCIONALES Y MÍNIMAMENTE INVASIVOS.

INDICACIÓN DE BIOPSIA EN LESIONES PALPABLES Y NO PALPABLES PARA EL DIAGNÓSTICO DE CÁNCER DE MAMA. Dra. Yeri Suyapa Jiménez, Patóloga. Hospital Escuela Universitario, Tegucigalpa, Honduras.

El cáncer de mama en nuestro país es el segundo más frecuente en la mujer, es multifactorial entre ellos la raza, genéticos, hereditarios, ambientales y edad, estadísticas internacionales mencionan que es más frecuente entre la cuarta y quinta década de la vida sin embargo en las últimas décadas se han observado casos en personas más jóvenes desde la tercera década por lo que es necesario incrementar medidas de prevención como concientizar a la mujer para que se realice periódicamente el examen palpable y de ser necesario estudios por imágenes, mamografía y ultrasonografía de acuerdo a indicación médica, en las lesiones palpables si se observan características sospechosas de malignidad se debe estudiar el tejido con biopsia por aspiración con aguja fina o gruesa para obtener diagnósticos más rápidos y con buena sensibilidad y especificidad si esta es realizada con guía ecográfica, el abordaje de las lesiones no palpables es con escisión de toda la lesión marcada previamente con aguja guiada por ecografía, para realizar el estudio histológico el tejido es fijado en formol buferado (PH neutro) por 8 a 24 horas de acuerdo al tamaño de la pieza, posteriormente se realizan cortes histológicos de todo el material, se colorean con Hematoxilina-Eosina para ser examinados al microscopio óptico y así descartar o confirmar malignidad. El tipo histológico de cáncer más frecuente es el ductal, el segundo en frecuencia es el lobulillar, originados de células ductales y lobulillares, todos los cánceres de mama deben ser estudiados con pruebas especiales de inmunohistoquímica como ser receptor de progesterona, estrógenos y HER-2 estos son muy importantes para determinar tratamiento y pronóstico.

DIAGNÓSTICO OPORTUNO DE CÁNCER DE PRÓSTATA CON BIOPSIAS DE AGUJA GRUESA Y RTUP. Dra. Flor de Azalea Girón, Patóloga. Hospital Escuela Universitario, Tegucigalpa, Honduras.

El carcinoma de próstata es un cáncer frecuente entre hombres de 65 y 75 años de edad, los carcinomas pueden oscilar desde lesiones indolentes que nunca provocan daño a tumores agresivos mortales. La incidencia de carcinoma prostático sugiere ser consecuencia de factores exógenos como la dieta, inflamación crónica, comportamiento sexual, exposición baja a radiación ultravioleta, así como lesiones genéticas adquiridas, entre las que más se evidencian genes de fusión, mutaciones y deleciones. Los carcinomas de próstata se desarrollan habitualmente en la glándula periférica externa y es sospechado usualmente en el examen por tacto rectal, la mayoría de los cánceres localizados son silentes y se detectan en controles de rutina de las concentraciones del PSA en hombres de edad avanzada. La biopsia de próstata por aguja gruesa y guiada por ultrasonido transrectal es el método más común de diagnóstico de carcinoma de próstata. Entre las complicaciones más comunes de la biopsia por aguja se encuentra la infección, sangrado, retención urinaria y disfunción eréctil. Microscópicamente los carcinomas de próstata son adenocarcinomas con diferenciación variable, en la actualidad el tratamiento más frecuente es la prostatectomía radical y el pronóstico se basa en el estadio anatomopatológico, estado de márgenes y el grado de Gleason. La evaluación de las concentraciones del PSA tras el tratamiento es muy útil para controlar la enfermedad progresiva o recidivante.

UTILIDAD DE LA BAAF EN LA DETECCIÓN TEMPRANA DEL CÁNCER DE TIROIDES. SISTEMA BETHESDA. Dr. César Durán, Patólogo. Hospital Escuela Universitario, Tegucigalpa, Honduras.

La biopsia por aspiración con aguja guiada por ultrasonido es el estudio de elección para determinar si un nódulo tiroideo es benigno o maligno, el material extraído por este procedimiento es posteriormente evaluado al microscopio óptico por el patólogo, la sensibilidad del método es del 65 al 98% (media, 83%) y especificidad de 72 al 100% (media, 92%). Los hallazgos citológicos son reportados según el Sistema Bethesda que tiene seis categorías diagnósticas: I. muestra no diagnóstica, II. Benigno, III. Atipia de significado indeterminado o lesión folicular de significado indeterminado, IV. Neoplasia folicular o sospechoso para neoplasia folicular, V. sospechoso para malignidad y VI. Maligno; cada categoría conlleva un porcentaje de riesgo para cáncer que va del 0 al 3% para la categoría "Benigno" y hasta casi el 100% para la categoría "Maligno", con base en estas asociaciones de riesgo se ha establecido el manejo para cada caso. El Sistema Bethesda ha disminuido la cantidad de muestras citológicas inadecuadas y resecciones tiroideas innecesarias al introducir criterios estandarizados y reproducibles para

interpretar los hallazgos citológicos con el fin de proveer información útil para el manejo de los pacientes. En Honduras este sistema se está usando de forma creciente por los patólogos en atención a las necesidades del médico tratante.

REPORTE DE CITOLOGÍA CERVICAL SEGÚN BETHESDA, LO QUE EL CLÍNICO DEBE DE SABER. Dr. Adoni J. Duarte, Médico Residente Postgrado de Patología, Facultad de Ciencias Médicas UNAH. Tegucigalpa, Honduras.

La prevención y detección temprana del cáncer cérvico-uterino es una prioridad en el país, ya que representa uno de los principales problemas de Salud Pública, siendo la primera causa de muerte por cáncer en la mujer a partir de los 25 años de edad. El cáncer de cérvix tiene una progresión gradual que implica diferentes grados de displasia que pueden existir en una fase reversible de la enfermedad. La citología cérvico-vaginal es el método de tamizaje de elección para la detección temprana de estos padecimientos. La clasificación de Bethesda es una nomenclatura creada para incorporar los conceptos citológicos y de terminología actualizada. El informe según Bethesda incluye los parámetros de tipo de muestra, calidad de la muestra, clasificación general e interpretación de los resultados, que sustituye el término de "diagnóstico" ya que los hallazgos morfológicos deben integrarse a un contexto clínico. El sistema está diseñado para la interpretación de las anomalías de las células epiteliales que son agrupadas en dos categorías: ASCUS y ASCH. El término ASCUS representa la Atipia Epitelial de Significado indeterminado ó ASGUS que significa Atipia Glandular de Significado indeterminado. El término ASCH indica la presencia de células escamosas atípicas en el que las lesiones epiteliales incluyen la Lesión Escamosa Intraepitelial De Bajo Grado (LIEBG), Lesión Escamosa Intraepitelial De Alto Grado (LIEAG). El personal de salud debe promover la detección temprana mediante la orientación consejería y la toma de citología cervical de rutina para la detección temprana de cáncer cérvico-uterino. El tratamiento de las lesiones precursoras se realiza en segundo y tercer nivel en clínicas de detección temprana, específicamente en la unidad de patología cervical.

1CMR. NÓDULO Y CÁNCER DE TIROIDES.

INTRODUCCIÓN. Dra. María Alejandra Ramos, Endocrinóloga. Hospital Escuela Universitario, Tegucigalpa, Honduras.
DIAGNÓSTICO POR IMAGEN. Dr. Carlos Rivera, Radiólogo Intervencionista. Hospital Escuela Universitario, Tegucigalpa, Honduras.

DIAGNÓSTICO CITOLÓGICO. Dra. Mazlova Toledo, Patóloga. Hospital Escuela Universitario, Tegucigalpa, Honduras.
EVALUACIÓN PREOPERATORIA LABORATORIAL. Dra. María Alejandra Ramos, Endocrinóloga. Hospital Escuela Universitario, Tegucigalpa, Honduras.

EVOLUCIÓN PREOPERATORIA ULTRASONOGRÁFICA.

Dr. Carlos Rivera, Radiólogo Intervencionista. Hospital Escuela Universitario, Tegucigalpa, Honduras.

ABORDAJE QUIRÚRGICO.

Dr. Roberto Esquivel, Cirujano General, Laparoscópica y Bariática. Honduras Medical Center, Tegucigalpa, Honduras.

COMPLICACIONES QUIRÚRGICAS.

Dr. Roberto Esquivel, Cirujano General, Laparoscópica y Bariática. Honduras Medical Center, Tegucigalpa, Honduras.

DIAGNÓSTICO HISTOLÓGICO Y ESTADIFICACIÓN.

Dra. Mazlova Toledo, Patóloga. Hospital Escuela Universitario, Tegucigalpa, Honduras.

TRATAMIENTO POSTQUIRÚRGICO.

Dra. María Alejandra Ramos, Médico Internista-Endocrinóloga. Hospital Escuela Universitario, Tegucigalpa, Honduras.

RESÚMENES DE TRABAJOS LIBRES (TL) PRESENTACIÓN ORAL

1TL. CARACTERIZACIÓN CLÍNICO-EPIDEMIOLÓGICA EN PACIENTES GARÍFUNAS VIH, HOSPITAL NACIONAL DR. MARIO CATARINO RIVAS. Silvia Montes,¹ Karen Erazo.² ¹Doctora en Medicina y Cirugía, Universidad Católica de Honduras (UNICAH); ²Médico Especialista en Pediatría, Máster en Infección por VIH, Coordinadora del Servicio de Atención Integral (SAI) Hospital Nacional Dr. Mario Catarino Rivas, San Pedro Sula, Honduras.

Antecedentes: Desde el inicio de la epidemia en 1985 hasta octubre del 2017 la Secretaría de Salud ha registrado un total de 35,154 casos acumulados de VIH. El 86% de ellos corresponden a mestizos, 5% son garífunas y 4% misquitos. **Objetivo:** Caracterizar a los pacientes garífunas con VIH que reciben atención en el Hospital Nacional Dr. Mario Catarino Rivas. **Metodología:** Se incluyen pacientes adultos con infección por VIH y/o sida en tratamiento antirretroviral en el SAI del Hospital Nacional Dr. Mario Catarino Rivas, cohorte acumulada hasta diciembre 2017. Los datos son proporcionados por el paciente y complementados con el expediente clínico previo consentimiento informado, se recogen en una ficha y se incorporan a una base de datos Epi Info para su análisis estadístico. **Resultados:** 63 pacientes fueron captados, encontrándose una prevalencia del 3% en la cohorte de este SAI. El 65% eran mujeres. La edad predominante al momento del diagnóstico fue de 31 a 40 años (40%). La edad actual predominante es de 41 a 50 años (49%), el 3% corresponde al adulto mayor. La principal procedencia es Colón (44%), viviendo actualmente en San Pedro Sula (64%). El 100% corresponde a vía de transmisión sexual, siendo 98% heterosexual. Al momento del inicio de antirretrovirales 44% estaba en inmunosupresión severa, 24% de estos continúan igual y 36% está sin inmunosupresión. Actualmente 79% de los pacientes permanece con esquema de primera línea, y 38% ha logrado carga viral no detectable. La principal coinfección presentada es la tuberculosis pulmonar (13%), seguida de toxoplasmosis (3%). El 5% de los pacientes se encuentran actualmente en abandono y el 3% ha fallecido. **Conclusiones/Recomendaciones:** Es fundamental que todas las poblaciones consideradas clave estén caracterizadas con el fin de implementar estrategias que mejoren su adherencia, evitando así abandonos y disminuyendo la mortalidad.

2TL. EXPERIENCIA EXITOSA EN APS, LOGROS EN REDUCCIÓN DE EMBARAZO ADOLESCENTE EN 4 AÑOS DEL “SERVICIO DE SALUD INTEGRAL DE ATENCIÓN A LA Y EL ADOLESCENTE” EN EL INSTITUTO ÁLVARO CONTRERAS DE COPÁN. Francisco Antonio Ramírez Mejía,^{1,2} Sergia González,¹ Excely Santos,¹ Francisco Chinchilla.¹ ¹Ministerio de Salud Pública, Policlínico Vicente

Fernández, Santa Rosa de Copán, Honduras; ²Servicio de Salud Integral de Atención a la y el Adolescente” (SSIAA).

Antecedentes: Honduras ocupa el segundo lugar en madres adolescentes de 15 a 19 años en Latinoamérica; Copán ocupa el tercer lugar. Se creó este servicio en el Instituto Departamental Álvaro Contreras (IDAC). **Descripción:** Se atiende gratuitamente en el área clínica de 7:00 am a 1:00 pm, con modalidad: de lunes a viernes Odontología, martes Medicina General, miércoles Trabajo Social, jueves Psiquiatría y viernes Psicología. Estudiantes de Bachillerato en Salud realizan preclínica, limpieza y control de archivo; en el área de prevención se capacita anualmente a estudiantes líderes en temas: Bullying, Empoderamiento, Género, Derechos Sexuales y Reproductivos, Salud Sexual y Reproductiva, Valores, ITS/VIH-sida y Prevención de embarazo; los jueves y viernes imparten estos temas al resto de la población estudiantil del IDAC y otros institutos. **Objetivo:** Reducción de embarazo y violencia en adolescentes del IDAC y otros institutos públicos y privados de la zona Occidental. **Metodología:** Atención clínica y trabajo en prevención y promoción de la salud en adolescentes, padres de familia y docentes. **Resultados:** Se ha beneficiado en actividades de atención clínica y prevención a más de 42,182 personas desde el 2014-2017, consiguiendo reducir el embarazo adolescente en el IDAC de 16 a 1 (93%) embarazos. Se ha replicado este modelo de atención en más de 20 centros educativos, además se abrirán más de 40 clínicas en otros institutos del país. Se implementó en el Policlínico Vicente Fernández donde se aumentó la atención adolescente en 1,279%, se instaló un Consultorio Jurídico Juvenil. Asimismo, se sistematizó la experiencia con apoyo de UNFPA, se realizaron aproximadamente 9 investigaciones en adolescentes. **Conclusiones/Recomendaciones:** El proyecto de atención, intervención, educación, prevención, promoción e investigación; ha logrado una reducción del embarazo de forma significativa, con enfoque APS, sostenible, de bajo costo y de gran impacto social.

3TL. METÁSTASIS DE COLUMNA LUMBAR COMO DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE MAL DE POTT. Karen Ivon Luján Álvarez,^{1,2,3} Jessica Mariela Domínguez Suarez.^{1,4} ¹Doctor en Medicina y Cirugía, Universidad Nacional Autónoma de Honduras; ²Doctor en Medicina y Cirugía, SAI Hospital Dr. Mario Catarino Rivas; ³Médico asistencial Hospital Paz Barahona y Hospital y Centro Médico Cascadas; ⁴Médico asistencial Hospital Montecillos.

Antecedentes: La Tuberculosis (TB) continúa siendo un problema de salud pública, las condiciones socio económicas y la epidemia del virus de la inmunodeficiencia humana

(VIH) son factores de riesgo para su desarrollo. La TB osteoarticular constituye 35% de las formas extrapulmonares, y globalmente de 1 a 3%. La topografía más común de localización de la TB osteoarticular es la vertebral (50%), seguida de la artritis tuberculosa y la osteomielitis extra-vertebral tuberculosa. La TB vertebral es más frecuentemente en mujeres mayores de 65 años, siendo el área dorso lumbar la más frecuente y posterior cervical y sacra. **Descripción de caso:** Paciente masculino de 73 años con historia de presentar lumbalgia de intensidad progresiva de 6 meses de evolución con limitación de la marcha acompañada abasia, paresia y parestesias en ambos miembros inferiores. Antecedentes relevantes: Sometido a craneotomía descompresiva hace un año, hipertensión crónica no controlada hace 10 años. Se le solicitó rayos X de columna lumbar de proyección AP y lateral donde se puede observar lordosis a nivel de L4-L5 y espondilostesis de L5. Con manejo AINES, opiodes y reposo sin mejoría del dolor por lo cual se solicitó resonancia magnética en la cual se observaron cambios en la intensidad de los cuerpos vertebrales lumbares con mayor afectación de L4 y L5 que sugirió infiltración metastásica con patrón mixto (lesiones líticas y blásticas). Paciente fue sometido a examen físico riguroso y realización de múltiples estudios laboratoriales y de imagen donde se observaron ganglios linfáticos mediastínicos calcificados entre 0.7-0.9 cm, en abdomen: ganglios linfáticos retroperitoneales, pélvicos e inguinales bilaterales aumentados de tamaño. Se realizó biopsia de columna lumbar guiada por tomografía a nivel de L4-L5 dando como resultado inflamación crónica granulomatosa compatible con TB. Se inició terapia antifúngica presentando notable mejoría clínica incorporándose a su rutina cotidiana al mes de tratamiento.

4TL. CARACTERÍSTICAS CLÍNICO-EPIDEMIOLÓGICAS DE LOS PACIENTES ADULTOS CON SOSPECHA DE DENGUE QUE ASISTEN AL CIS SAN BENITO, TEGUCIGALPA, HONDURAS, ABRIL-JULIO 2017. Amelia Rodas Rodrigues,¹ José Antonio Ortega,² Pamela Bustillo Valeriano.² ¹Máster en Salud Pública, Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua (UNAN); ²Doctor en Medicina y Cirugía, Universidad Nacional Autónoma de Honduras (UNAH).

Antecedentes: En la 27ª Conferencia Sanitaria Panamericana de 2007, se reconoció la problemática presentada por los crecientes brotes de dengue y la complejidad epidemiológica para su prevención y control. En 2010, el Distrito Central fue la región con mayor actividad de dengue en el país; las zonas más afectadas han correspondido a comunidades urbano marginales con las siguientes características: zonas densamente pobladas con carencias en la dotación de servicios básicos y escasa cohesión social. **Objetivo:** Determinar las características clínico-epidemiológicas de los pacientes adultos con Dengue Sospechoso que asisten al CIS San Benito, Tegucigalpa, Honduras, de abril a julio de 2017. **Metodología.** Se revisaron los expedientes clínicos y fichas epidemiológicas de todos los pacientes adultos con

posible diagnóstico de dengue que asistieron al CIS en ese período. **Resultados:** Participaron 36 pacientes con diagnóstico sospechoso de dengue, de los cuales 69% fueron mujeres, 67% eran jóvenes entre 21-30 años, la mayoría ama de casa con un nivel académico de primaria completa. Más del 80% de los pacientes presentó fiebre, cefalea y dolor retroocular; presentándose a la consulta médica el 2-3 día de evolución de la enfermedad, cumpliéndose así la norma para sospechar de un caso de dengue. La mayoría no había migrado ni tenía diagnóstico anterior de dengue. El 16.67% de los pacientes no presentaba información epidemiológica necesaria para el diagnóstico y seguimiento de los pacientes con dengue, según el lineamiento de la OMS. **Conclusiones/Recomendaciones:** Los casos de dengue encontrados llevan el ritmo normal en cuanto a sus características sociodemográficas y manifestaciones clínicas; sin embargo, debe mejorarse la captación de los datos epidemiológicos de estos pacientes. Todos los establecimientos que conforman el sistema de salud nacional deben realizar la correcta detección, notificación, recopilación, análisis, interpretación e investigación de los casos sospechosos de dengue, siguiendo los lineamientos brindados por la OMS.

5TL. VALIDACIÓN DE LA ESCALA DE DEPRESIÓN DE YESAVAGE (VERSIÓN 30 ITEMS) EN ADULTOS MAYORES HONDUREÑOS. Idixi Garmendia,¹ Gabriela Amaya.² ¹Médico Especialista en Medicina Interna, Universidad Nacional Autónoma de Honduras (UNAH), Maestría en Epidemiología, Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua (UNAN), Subespecialidad en Geriátrica (ISSSTE México), Tanatología Clínica, Universidad Nacional Autónoma de México, UNAM; ²Doctor en Medicina y Cirugía, UNAH.

Antecedentes: La transición que vive Honduras ha provocado incremento del número de adultos mayores, deterioro de capacidades físicas y los problemas de salud mental se incrementen. La depresión constituye uno de los padecimientos más frecuentes y discapacitantes. En la actualidad existen instrumentos para medir la depresión. La Escala de Depresión Geriátrica ha sido usada extensamente en adultos mayores. **Objetivo:** Validación de la Escala de Depresión GDS, determinar la prevalencia de esta y describir algunos aspectos epidemiológicos como distribución por género y edad. **Metodología:** Este estudio metodológico forma parte de la modalidad de validación de una prueba. Para la estandarización de la escala se utilizaron medidas de tendencia central y los coeficientes de correlación de cada ítem. Se estudiaron 409 personas adultos mayores atendidos en la consulta externa de Geriátrica del Hospital Gabriela Alvarado de Oriente, en el periodo de marzo 2017 a enero 2018. **Resultados:** Se estudiaron un total de 409 sujetos, 239 mujeres (71.64%) y 116 hombres (28.36%). La edad promedio fueron 74.7 años con desviación estándar de 9 años, La edad mínima fue 60 y la máxima de 100. La prevalencia global de depresión de acuerdo con la GDS (versión 30 ítems punto de corte de 14) fue de 34% (140 personas). La depresión

fue más frecuente en el sexo femenino con 105 (35.5%) y masculino 35(31%). **Conclusiones/Recomendaciones:** la escala de depresión GDS es un instrumento útil para determinar el diagnóstico de depresión en población hondureña y puede ser utilizado en todos los niveles de atención primaria, hospitalaria, ya que el estudio presentó una consistencia interna elevada (alpha de Cronbach .81) por lo que se valida este aspecto de la escala. La prevalencia de depresión fue de 34%, siendo más frecuente en el sexo femenino y en los grupos etáreos entre los 60-70, 70-80 años respectivamente.

6TL. CONOCIMIENTOS, ACTITUDES, PRÁCTICAS Y APLICACIÓN DE LAS NORMAS DE BIOSEGURIDAD EN LA PREVENCIÓN DE ACCIDENTES POR EXPOSICIÓN A SANGRE Y FLUIDOS CORPORALES EN EL PERSONAL QUE LABORA EN SALAS DE MEDICINA DEL HOSPITAL DE ESPECIALIDADES SAN FELIPE (HESF), 2017-2018.

Eda Graciela Aguilera,¹ Manuel Sierra,¹ Wilmer Quintanilla Chavarria,² Nancy García Osorio,² Carlos Ávila Rosales,² Nicole Rodríguez,² Fernando García Marroquín,² Francisco Salgado Turcios,² Paola Ventura Paz,² Paola Palacios Crozier.² ¹PhD Epidemiología, Universidad Tecnológica Centroamericana (UNITEC); ²Estudiante de Quinto Año de Medicina, UNITEC.

Antecedentes: El CDC y la OMS recalcan la importancia de aplicar eficientemente las normas universales de bioseguridad (NUB) para prevenir infecciones asociadas a los servicios de salud. El presente estudio correlaciona el conocimiento teórico con la práctica de NUB por personal que labora en salas del HGSF. **Objetivo:** Realizar un diagnóstico situacional de conocimiento, actitud y aplicación de NUB en personal que labora en salas del HGSF, Tegucigalpa, Honduras. **Metodología:** Estudio descriptivo transversal realizado durante la pasantía de Epidemiología II de estudiantes de UNITEC comprendido entre noviembre a diciembre del 2017. Instrumentos de recolección: 1) Cuestionario de conocimientos de NUB, 2) Guía de observación de cumplimientos de NUB durante procedimientos invasivos realizados a pacientes, 3) Guía para verificar cumplimiento de estándares internacionales de bioseguridad en salas. **Resultados:** Participaron 61 empleados (34 médicos, 21 enfermeras, 6 otro). Un 96% de empleados afirmaron conocer NUB. En relación a cuándo se debe lavar las manos, opinaron: 49% antes y después de tener contacto con pacientes; 43% después de contacto con desechos hospitalarios; 44% después de ir al baño sanitario. Un 52.5% tenían esquema de vacunación completo. Un 60.7% reportaron accidentes laborales cortopunzantes sin haber notificado al comité de infecciones. Al observar prácticas de NUB en 23 procedimientos: 45% se lava las manos en cada contacto con paciente; 33.3% no utilizan guantes para el manejo de sangre y fluidos. Ninguna de las 7 salas evaluadas cumple con el 100% de los estándares internacionales. **Conclusiones/Recomendaciones:** Existe una discrepancia entre el conocimiento y la aplicación de NUB en personal que labora en el HGSF. Se recomienda

fortalecer el comité de bioseguridad y control de infecciones del hospital, dotándolo del personal y los recursos necesarios para capacitar, monitorear y evaluar el cumplimiento de las NUB en todos sus espacios.

7TL. COMPARACIÓN DE ESTRÉS Y DEPENDENCIA A LA NICOTINA EN ESTUDIANTES DE LA FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD, UNITEC, 2017.

Cristian Alejandro Álvarez Umaña,¹ Orfilia María Moncada Espinal,¹ Jandary Sussely Castellanos Arias,¹ Manuel Sierra.² ¹Estudiante de Quinto Año de Medicina, Universidad Tecnológica Centroamericana (UNITEC); ²PhD Epidemiología, UNITEC.

Antecedentes: La adicción a la nicotina sigue siendo una epidemia, causando aproximadamente 7 millones de muertes anuales; 80% de los consumidores viven en países de bajos y medios ingresos. El estrés durante la adolescencia es un factor de riesgo del consumo de tabaco. **Objetivo:** Estudiar la relación entre estrés y dependencia de la nicotina en estudiantes de la Facultad de Ciencias de la Salud de UNITEC. **Metodología:** Se realizó en semestre 2, un estudio descriptivo transversal, en una muestra no probabilística de conveniencia, en 300 estudiantes, que representaban 50% de estudiantes de Medicina, 80% de Nutrición y 44% de Odontología. **Resultados:** Un 66% eran de la carrera de Medicina, 25% de Nutrición, 9% de Odontología. La mayoría entre 19-21 años, 68% del sexo femenino. Un 19% (95% IC: 15.0% - 23.8%) eran fumadores: 93% pertenecían a Medicina, 5% a Odontología, y 2% a Nutrición. Se encontró que los hombres tienen una mayor predisposición para fumar (OR: 2.0, IC: 1.2-3.8). La curiosidad fue el principal factor para iniciar tabaquismo. Un mayor porcentaje de los no religiosos eran fumadores (28% y 14%, respectivamente, $p < 0.01$; OR = 2.4, 95% IC: 1.3-4.2). No se encontró una relación significativa entre el estrés y el consumo de nicotina. En relación con dependencia a nicotina en fumadores: 46% no era dependiente, 53% leve dependencia, 1% dependencia moderada, ninguno presentó dependencia alta. **Conclusiones/Recomendaciones:** Uno de cada cinco estudiantes en UNITEC fuman, en su mayoría de Medicina. No se encontró una asociación entre estrés y tabaquismo ni tampoco se demostró un alto nivel de dependencia a nicotina. Sin embargo, el inicio temprano de tabaquismo es un factor mayor de dependencia.

8TL. NUEVAS INFECCIONES VIH PEDIÁTRICAS EN EL HOSPITAL NACIONAL DR. MARIO CATARINO RIVAS, 2015-2017.

Karen Erazo, Médico Especialista en Pediatría, Máster en Infección por VIH, Coordinadora del Servicio de Atención Integral (SAI) Hospital Nacional Dr. Mario Catarino Rivas, San Pedro Sula, Honduras.

Antecedentes: Las nuevas infecciones por VIH en niños han disminuido en un 47% desde el 2010, sin embargo, ONUSIDA reporta que 1.8 millones de personas contrajeron la infección por VIH en el 2016 y actualmente viven con

ella 2.5 millones de niños menores de 15 años. **Objetivos:** Caracterizar los pacientes pediátricos con diagnóstico nuevo por VIH en el SAI Hospital Nacional Dr. Mario Catarino Rivas. **Metodología:** Se incluyen pacientes menores 18 años con diagnóstico nuevo de VIH en el SAI durante 2015 al 2017. Los datos son proporcionados por la madre, encargado o el mismo paciente, complementados con el expediente clínico previo consentimiento informado, se recogen en una ficha y se incorporan a una base de datos Epi Info para su análisis estadístico. **Resultados:** 33 nuevas infecciones por VIH pediátricas fueron diagnosticadas durante 2015-2017, el 51.5% femeninas, 51.5% menores de 5 años y 33% entre 15-18 años. San Pedro Sula es el mayor lugar de procedencia con el 27%. El 79% diagnosticado mediante serología para VIH. La vía de transmisión más frecuente perinatal con el 82%. El 60% de las femeninas mayor de 15 años estaban embarazadas al momento del diagnóstico. El 97% nació vía vaginal. El 48% tenían inmunosupresión severa al momento del diagnóstico, 27% CD4 menor 200 células, presentando una infección oportunista al diagnóstico el 21%. Actualmente solo el 24% tiene supresión viral y el 70% se encuentra activo en la cohorte. El 24% abandonó tratamiento y el 9% falleció. **Conclusiones/Recomendaciones:** Para cumplir con la meta de reducir las nuevas infecciones por VIH en pediatría será necesario continuar impulsando el programa de prevención de la transmisión del VIH de madre a hijo, pero además prestar especial atención a la educación de prevención de riesgo en todos los adolescentes mayores de 15 años.

9TL. PERFIL CLÍNICO-EPIDEMIOLÓGICO DE LOS DERECHOHABIENTES CON TUBERCULOSIS DEL IHSS, TEGUCIGALPA, 2011-2016. Delmy Castillo Alvarez,^{1,2} Heriberto Núñez Soto,¹ Cecilia Varela-Martínez.^{1,3} ¹Médico Especialista en Medicina Interna; ²Médico Asistencial Instituto Nacional del Diabético; ³Médico Sub-especialista en Neumología, Postgrados de la Facultad de Ciencias Médicas, UNAH.

Antecedentes: La tuberculosis (TB) es considerada enfermedad ocupacional cuando ocurre en trabajadores sanitarios o en trabajadores no sanitarios que se ocupan del cuidado de personas infectadas, en instituciones de alto riesgo de contagio. **Objetivo:** Determinar la existencia de patrones de tipo ocupacional entre derechohabientes con TB, del Instituto Hondureño de Seguridad Social (IHSS) de Tegucigalpa y el resultado del abordaje diagnóstico y tratamiento. **Metodología:** Estudio descriptivo longitudinal tipo serie de casos, realizado entre los derechohabientes del IHSS de Tegucigalpa, con universo de 460,150; la muestra consistió en todos los expedientes de personas con TB del periodo 2011-2016 derechohabientes mayores de 18 años, que cumplieran los criterios de inclusión. Se obtuvo la información a través de revisión sistemática de la base de datos, fichas de notificación, expediente clínico y revisión del libro de seguimiento, determinando ocupación y otras variables socioeconómicas y programáticas. Se analizaron frecuencias e intervalos de confianza utilizando Epi Info Versión 7.2. Se respetaron

aspectos éticos solicitando permiso al IHSS y las normas en el manejo de datos y confidencialidad, principios de beneficencia, justicia e integridad. **Resultados:** Se encontró expedientes de 214 pacientes con tuberculosis siendo mujeres 113 (52.6%) y hombres 101 (47.4%); edad media 46 años; 137 (64%) presentaron tuberculosis pulmonar y 77 (36%) extrapulmonar. La situación laboral predominante fue la de los asalariados de ocupación no especificada 73/214 (34%), seguido de jubilados 16/214 (7%), empleados de salud 12/214 (6%), vigilantes 5/214 (2%) y empleados de maquila 5/214 (2%). El método diagnóstico más frecuente fue baciloscopia 127 (59%), tuvieron éxito de tratamiento 171 (80%), fallecieron 13 (6%), pérdida de seguimiento 13 (6%). **Conclusiones/Recomendaciones:** Es necesario diseñar estrategias de prevención y capacitación para diagnóstico y tratamiento oportuno en lugares de trabajo como compañías de vigilancia, maquila, escuelas y universidades, hospitales e investigar razones de exceso de fallecimientos y pérdida de seguimiento de pacientes.

10TL. SÍNDROME POLIGLANDULAR AUTOINMUNE TIPO IIIC: REPORTE DE CASO. Ramón Yefrin Maradiaga Montoya,¹ Sheila Mariely Cárdenas.² ¹Médico Especialista en Medicina Interna, Docente Universidad Católica de Honduras (UNICAH). ²Doctora en Medicina y Cirugía, UNICAH.

Antecedentes: El síndrome poliglandular autoinmune comprende un grupo de enfermedades autoinmunes de las glándulas endocrinas, y que afecta órganos no endocrinos, hay tipo I, II, III; este último se subdivide en IIIA, IIIB y IIIC. El IIIC corresponde a tiroiditis autoinmune con vitiligo y/o alopecia y/u otra enfermedad autoinmune. **Descripción del caso:** Masculino de 26 años, soltero, de Tegucigalpa, Honduras, evaluado el 23 de marzo de 2017 por palpitations, debilidad, y disnea de esfuerzos de 2 meses de evolución; niega fiebre, pérdida de peso. Antecedentes: diagnosticado en 2005 con vitiligo, en 2016 con trastornos tiroideos y prediabetes. Examen físico: biotipo pícnico, presión arterial 110/70 mmHg, frecuencia cardiaca 96lpm, saturación oxígeno 95%, peso 195 lb, talla 175 cm, IMC 29.6 kg/m², deformidad ambos pabellones auriculares, obesidad central, perímetro abdominal 98 cm, con acromía en cara, axilas, cuello, cintura. Estudios: hemoglobina 14.1 g/dl, plaquetas 350,000/mm³, leucocitos 7580/mm³, TSH 0.01 uUI/ml, T4 libre 3.67 ng/dl, anti TPO 505.70 UI/ml, ANA negativo, insulina ayuna 32.77 u/l, insulina 2 horas 77 u/l, glucosa ayuno 101 mg/dl, curva tolerancia glucosa 2 horas de 140 mg/dl, HOMA-IR 8.9. Ultrasonido de tiroides: bocio multinodular. Diagnósticos: Hashitoxicosis, vitiligo, prediabetes, preobesidad. Manejo con terapia nutricional y actividad física, metimazol 5 mg dos veces al día, y metformina XR 850 mg noche. Evolución: satisfactoria, sin palpitations ni disnea con reducción peso: 182 lb, glucosa en ayuno 86mg/dl, 2 horas postprandial 102.80 mg/dl, y T4 libre 2.60 ng/dl. **Conclusiones/Recomendaciones:** paciente con tiroiditis autoinmune y vitiligo, compatible con síndrome poliglandular autoinmune tipo IIIC.

11TL. ESTUDIO DE COHORTE SOBRE LA INFECCIÓN POR VIRUS DE ZIKA EN MUJERES EMBARAZADAS EN HONDURAS.

Pierre Buekens,¹ Jackeline Alger,^{2,4} María Luisa Cafferata,⁵ Amanda M. Berrueta,⁵ Harry Bock,⁶ Carolina Bustillo,^{7,8} Alejandra Calderón,⁹ Allison Callejas,¹⁰ Mario Castillo,¹⁰ Alvaro Ciganda,⁵ Isis Figueroa,¹¹ Itzel Fuentes,^{4,7} Jenny Fúnes,^{10,12} Jorge García,^{2,4} Kimberly García,¹¹ Suzanne Gilboa,¹³ Emily Harville,¹ Gustavo Hernandez,¹⁴ Wendy López,² Raquel López,⁴ Ivette Lorenzana,¹¹ Marco Tulio Luque,¹⁵ Carlos Maldonado,¹⁶ Richard Oberhelman,¹ Carlos Ochoa,¹⁴ Karla Pastrana,^{7,8} Leda Parham,¹¹ Melissa Portillo,⁴ Fátima Rico,¹² Heriberto Rodríguez,¹⁴ Laura Soto,⁴ Candela Stella,⁵ Van Tong,¹³ Diana Valencia,¹³ Douglas Varela,¹⁷ Matthew Ward,¹ Dawn Wesson,¹ Concepción Zúniga.^{4,18} ¹Tulane University School of Public Health and Tropical Medicine, New Orleans, Louisiana, Estados Unidos; ²Departamento de Laboratorio Clínico, Hospital Escuela Universitario (HEU), Tegucigalpa, Honduras; ³Unidad de Investigación Científica, Facultad de Ciencias Médicas, Universidad Nacional Autónoma de Honduras (UNAH), Tegucigalpa, Honduras; ⁴Instituto de Enfermedades Infecciosas y Parasitología Antonio Vidal (IAV), Tegucigalpa, Honduras; ⁵Instituto de Efectividad Clínica y Sanitaria (IECS), Buenos Aires, Argentina; ⁶Región Sanitaria Metropolitana del Distrito Central, Secretaría de Salud de Honduras, Tegucigalpa, Honduras; ⁷Departamento de Ginecología y Obstetricia, HEU, Tegucigalpa, Honduras; ⁸Departamento de Ginecología y Obstetricia, UNAH, Tegucigalpa, Honduras; ⁹Centro de Salud Alonso Suazo, RSMDC, Secretaría de Salud de Honduras, Tegucigalpa, Honduras; ¹⁰Médico Especialista en Neonatología, Departamento de Pediatría, HEU, Tegucigalpa, Honduras; ¹¹Centro de Investigaciones Genéticas (CIG), Escuela de Microbiología, UNAH, Tegucigalpa, Honduras; ¹²Departamento de Pediatría, UNAH; ¹³Division of Congenital and Developmental Disorders, National Center on Birth Defects and Developmental Disabilities, Centers for Disease Control and Prevention, Atlanta, Georgia, EUA; ¹⁴Hospital de Especialidades San Felipe (HESF), Tegucigalpa, Honduras; ¹⁵Médico Especialista en Infectología, Departamento de Pediatría, HEU, Tegucigalpa, Honduras; ¹⁶Médico Especialista en Oftalmología, Departamento de Pediatría, HEU, Tegucigalpa, Honduras; ¹⁷Médico Especialista en Neurología, Departamento de Pediatría, HEU, Tegucigalpa, Honduras; ¹⁸Departamento de Vigilancia de la Salud, HEU, Tegucigalpa, Honduras.

Antecedentes: El espectro completo de complicaciones de largo plazo de la infección del virus Zika no se ha descrito completamente, especialmente entre niños sin evidencia clínica del síndrome congénito al nacimiento y aquellos nacidos de madres infectadas pero asintomáticas. **Objetivo:** Medir la frecuencia de infección por virus Zika en el embarazo y describir los efectos de la exposición intraútero al nacimiento y sobre el neurodesarrollo de los niños, Tegucigalpa, Honduras, 2016-2018. **Metodología:** Las mujeres se enrojan en su primera visita prenatal (Centro de Salud Alonso Suazo),

registrando datos demográficos, síntomas de Zika durante el embarazo y datos para localizar a las mujeres para el seguimiento al parto y longitudinal de los niños. Se obtiene muestra de sangre materna para estudios serológicos (ELISA IgM Zika) y moleculares (PCR Zika y Dengue). El seguimiento al nacimiento se realiza en HEU y HESF. El seguimiento longitudinal se realizará en niños de mujeres con IgM Zika positivo y un grupo de comparación de niños nacidos de mujeres sin evidencia de infección en el enrolamiento. El neurodesarrollo se evaluará con Escalas Bayley de desarrollo de bebés y niños pequeños, 3ª edición. **Resultados.** De julio 2016 a febrero 2018, se han enrolado 2,143 mujeres en su primera visita prenatal. La edad gestacional al enrolamiento fue <14 semanas para 56.9% (1,219), 14-28 semanas para 25.2% (540), >28 semanas para 17.9% (384). El 1.7% (37) de las mujeres enroladas tuvieron síntomas al enrolamiento. Aproximadamente en 50% de las participantes los niños ya nacieron. El análisis del desenlace al nacimiento está en curso. **Conclusiones/Recomendaciones:** Hemos enrolado mujeres embarazadas en la primera visita prenatal desde el pico de la epidemia de Zika en Honduras. Este estudio nos permitirá comprender mejor los resultados a largo plazo de los niños expuestos al virus de Zika durante el embarazo.

12TL. HEMORRAGIA SUBARACNOIDEA PERIMESENCEFÁLICA EN PACIENTE CON NEFROPATÍA CRÓNICA: REPORTE DE CASO.

Harlis Estrada,¹ Fanny Herrera,² Helena Zelaya.³ ¹Médico Especialista en Neurología, Servicio de Neurología, Hospital Escuela Universitario (HEU); ²Médico Residente Posgrado Neurología, Universidad Nacional Autónoma de Honduras (UNAH); ³Doctora en Medicina y Cirugía, UNAH.

Antecedentes: La hemorragia subaracnoidea (HSA) es una extravasación de sangre en el espacio subaracnoideo, cuando ésta se produce en las cisternas perimesencefálicas y prepontina, sin aneurisma demostrado, suele cursar con buen pronóstico. Los trastornos de la coagulación en pacientes con nefropatía crónica y el uso de heparina no fraccionada en hemodiálisis podrían causarla. **Descripción del caso clínico:** Paciente femenina 29 años con nefropatía crónica por hipertensión arterial secundaria, en hemodiálisis. Presenta dos episodios convulsivos, de inicio desconocido con alteración de conciencia, fenómeno motor tónico-clónico bilaterales, duración desconocida, recuperó conciencia entre cada episodio. Al ingreso: presión arterial de 170/100 mmHg, frecuencia cardiaca pulso de 118 lpm, escala de coma de Glasgow 8 puntos (AO1 RV2 RM5) se recibe en estado postictal, pupilas isométricas fotorreactivas, reflejos oculocefálicos y corneales presentes bilaterales, reflejo nauseoso disminuido, moviliza las cuatro extremidades, hiperreflexia global, respuesta plantar extensora bilateral. Hemoglobina 6.1 g/dl, hematocrito 18.20%, plaquetas 64,000/mm³. Tomografía craneal sin contraste se observa hiperdensidad en cisterna perimesencefálica, región derecha. Se inicia tratamiento con amlodipino, irbesartán, fenitoína, nimodipino, y se cambia a

diálisis peritoneal. No presentó nuevos episodios convulsivos, egresa al decimoprimer día. **Conclusiones/Recomendaciones:** La HSA perimesencefálica es una variedad infrecuente y en su mayoría de causa desconocida; sin embargo, en el caso presentado se observa la asociación de ésta con nefropatía crónica y trombocitopenia. Se recomienda descartar trastornos de la coagulación en casos atípicos como el nuestro y el uso de heparina de bajo peso molecular para evitarlos.

13TL. AUTOMEDICACIÓN CON ANTIINFLAMATORIOS NO ESTEROIDEOS EN EL CENTRO POLICLÍNICO VICENTE FERNANDEZ, SANTA ROSA DE COPÁN, HONDURAS 2017. Karen E. Leiva Echeverría,¹ Victoria Córdova Orellana.¹ ¹Doctora en Medicina y Cirugía.

Antecedente: Automedicación según la Organización Mundial de la Salud (OMS), es un componente del autocuidado, definido como “el propio tratamiento de signos y síntomas de una enfermedad”. Los antiinflamatorios no esteroideos (AINES) son fármacos que comparten actividad antipirética, antiinflamatoria y analgésica; constituyen la piedra angular en el tratamiento del dolor y la inflamación en pacientes con enfermedades musculoesqueléticas. **Objetivo:** Estudiar prácticas y conocimientos sobre automedicación con antiinflamatorios no esteroideos en pacientes atendidos en la consulta del Centro Policlínico Vicente Fernández, Santa Rosa de Copán, Honduras. **Metodología:** Durante los meses de agosto y septiembre de 2017, se realizó un estudio descriptivo transversal en 400 pacientes atendidos en consulta. El universo constó de 9,431 pacientes atendidos durante los meses del estudio. Los pacientes fueron seleccionados de forma aleatoria simple, previo proceso verbal de consentimiento informado se recolectó la información con un instrumento que constó de 10 preguntas abiertas y cerradas. **Resultados:** Se entrevistaron 400 pacientes, 344 (86.0%) mujeres, 56 (14.0%) hombres. En el último mes se automedicaron 243 (60.8%) pacientes y de ellos 125 (31.3%) se automedicaron con un fármaco, 118 (29.7%) pacientes consumieron 2 ó más fármacos. Los AINES utilizados fueron: acetaminofén 116 (29.0%), ibuprofeno 46 (11.5%) y diclofenaco 19 (4.8%). El problema médico que asociaron a su conducta fue cefalea 119 (29.8%). La reacción adversa medicamentosa más frecuente fue epigastralgia 26 (6.5%) Los pacientes se automedicaron por decisión propia 221 (55.3%). 117 (29.3%) obtuvieron sus medicamentos en pulperías. 149 (37.3%) no tienen conocimiento sobre reacciones adversas medicamentosas. 119 (49.8%) refieren haber obtenido buenos resultados. 225 (56.3%) consideran la automedicación una práctica incorrecta. **Conclusiones/Recomendaciones:** La automedicación fue una práctica realizada por 60.8% de los pacientes en el último mes. Los medicamentos más utilizados para automedicarse pertenecen al grupo farmacológico AINES. Se recomienda promover un esquema estratégico de educación sobre automedicación dirigido a la población atendida en el Policlínico Vicente Fernández.

14TL. COBERTURA DE LOS SERVICIOS MÉDICOS Y SU RELACIÓN CON LA EVOLUCIÓN DE LA MORTALIDAD MATERNA, INFANTIL Y PREESCOLAR EN EL MUNICIPIO DE DANLÍ, HONDURAS, 2006-2017. Lorenzo Ubaldo Pavón Rodríguez, Doctor en Medicina y Cirugía, Máster en Salud Pública, Máster en Administración en Salud.

Antecedentes: Sin antecedentes a nivel municipal. **Objetivo:** Describir la cobertura de los servicios médicos y su relación con la mortalidad materna e infantil en el municipio de Danlí Honduras de 2006 a 2017. **Metodología:** Estudio descriptivo, retro prospectivo, transversal, cuantitativo realizado en Danlí, El Paraíso (abril-diciembre de 2017), se seleccionó datos según la Secretaría de Salud 2017, IVM-5 Y IVM-3, INE tomo 93. **Resultados:** La cobertura nominal por personas de los servicios de salud rurales es 8,3% para la Secretaría de Salud; 0,0% para la Seguridad Social; y 6% por la Alcaldía Municipal. La distribución de las Unidades de Servicios Médicos (USM) es la siguiente: la cabecera municipal se ubica un Hospital con 162 camas, personal médico especializado ofrece sus servicios en: gineco-obstetricia (32% ginecólogos); pediatría (29% pediatras); medicina interna y cirugía (17%) respectivamente; ortopedia (3,23% ortopedas); y geriatría (3% geriatras). La zona rural con una población de 119,480 habitantes distribuidos en 36 aldeas y 735 caseríos (INE), cuenta con 29 Unidades de Salud (UAPS, CIS ZPP), 4 (11%) poseen un equipo conformado por médico colegiado, enfermera profesional y auxiliar de enfermería (a/e) y 25 (69%) son atendidos por a/e, dejando sin cobertura por médico colegiado a 90,594 (76%) habitantes distribuidos en 32 aldeas. La distribución geográfico poblacional de las muertes maternas y niños (as) de 0 a 4 años (41 y 634 respectivamente), sugiere una correlación con la accesibilidad de la población a USM. **Conclusiones/Recomendaciones:** La cobertura de las UAPS es insuficiente en cantidad y calidad. Es necesario formular mecanismos de atención médica focalizadas en el cuidado de la población materna (embarazadas, madres lactantes y mujeres en edad reproductiva) y de 1 a 4 años.

15TL. GLOMERULONEFRITIS AGUDA POSTINFECCIOSA EN MASCULINO DE 11 AÑOS: REPORTE DE CASO. Iveth Amador Rosa,¹ Denis Espinal López,² Joseline Ortiz Barahona,² Azaria Cáliz Martínez,¹ Dariela Ramos Suazo,² Gustavo Hernández Bustillo.³ ¹Médico en Servicio Social, Universidad Católica de Honduras (UNICAH); ²Médico en Servicio Social, Universidad Nacional Autónoma de Honduras (UNAH); ³Jefe Departamento Pediatría Hospital de Especialidades San Felipe (HESF).

Descripción del caso: Paciente masculino de 11 años procedente de Magdalena, Intibucá, Honduras; con antecedentes de faringoamigdalitis a repetición, 5 episodios al año en los últimos 3 años, rinitis alérgica, dermatitis atópica. Con historia de lesiones en piel de 1 mes de evolución, de aproximadamente 1 cm de diámetro, de bordes bien definidos, ele-

vados, con cambios inflamatorios; además fiebre cuantificada en 38 °C con termómetro de mercurio en región axilar, sin predominio de horario, atenuada con antipiréticos; es evaluado por dermatólogo quien dicta manejo con antibióticos sistémicos y tópicos con resolución parcial; 2 semanas después presenta 2 nuevas lesiones de iguales características, e inicia con epistaxis moderada, cefalea frontal, intensidad 5/10, sin irradiación, no atenuada con AINES, mareos, debilidad, y a las 2 semanas siguientes presenta edema descendente el cual inicia en región periorbitaria de inicio matutino y después se presenta en zonas de declive, razón por la cual acude a nuestro servicio. Se recibe con cefalea frontal de intensidad moderada, una presión arterial: 150/100 mmHg, PAM: 116 mmHg, FC: 125 latidos por minuto, FR: 20 respiraciones por minuto, T: 37°C, SPo2: 98%, al examen físico: edema facial de predominio bipalpebral, nasofaringe con hiperemia de cornetes, orofaringe con hipertrofia amigdalina grado II sin cambios inflamatorios o infecciosos agudos, pulmones sin alteración, corazón con R1 y R2 de tono e intensidad normales, taquicárdico, no se ausculta soplos ni otros ruidos patológicos, el abdomen sin alteración, extremidades simétricas y en miembro inferior izquierdo hay 2 lesiones activas con bordes regulares, cambios inflamatorios locales localizadas en región maleolar interna y en tercio inferior de región tibial. Estudios laboratoriales e imagen: C3 disminuido, albúmina: 3.0gr/dl, proteinuria en 24 hrs: 2480mg/24hrs, ASO+, Uroanálisis: eritrocitos incontables, proteínas +++. El ultrasonido renal y de vías urinarias es normal.

16TL. HEPATITIS AUTOINMUNE EN FEMENINA DE 13 AÑOS: REPORTE DE CASO. Denis Espinal López,¹ Iveth Amador Rosa,² Joseline Ortiz Barahona,¹ Azaria Martínez,² Dariela Ramos,¹ Gustavo Hernández Bustillo.³ ¹Médico en Servicio Social, Universidad Nacional Autónoma de Honduras (UNAH). ²Médico en Servicio Social, Universidad Católica de Honduras (UNICAH). ³Jefe Departamento Pediatría, Hospital de Especialidades San Felipe (HESF).

Descripción del caso: Paciente femenina 13 años, con historia de presentar amenorrea secundaria 9 meses de evolución, tinte icterico de 7 meses de evolución, inició en escleras y posteriormente se instauró en mucosas y región palmar y plantar; niega fiebre, pérdida de peso, astenia, adinamia, dolor abdominal, acolia, coluria, prurito. Por ello acude a consulta médica donde se le realizan pruebas: TGO de 93 U/l y TGP de 289 U/l, serología por hepatitis A negativa, ultrasonido de abdomen que reporta hepatomegalia homogénea, no esplenomegalia, no ascitis y abundante gas en asas intestinales por lo cual se le indica manejo con Meneparol y plan de nueva evaluación; en vista de no presentar mejoría se decide iniciar Aminopar e Isoprinosine por 1 mes y es citada nuevamente con análisis control: TGO: 17 U/l y TGP 21 U/l y se decide continuar en vigilancia. Paciente acude a cita control donde se le realizan nuevas pruebas: TGO: 380 U/l y TGP: 319 U/l, el tinte icterico ha aumentado en

relación con la última evaluación y se acompaña de edema de miembros inferiores, razón por la cual se refiere a nuestro servicio. Al examen físico es evidente tinte icterico generalizado, además petequias en paladar duro, se ausculta soplo holosistólico grado III en foco mitral, abdomen sin alteración, las extremidades son simétricas con edema de miembros inferiores, fovea positiva (++) no frío, sin alteración neurológica. Estudios laboratoriales: TGO: 1030 U/L, TGP: 428 U/L, BT: 10.54mg/dl, BD: 9.07mg/dl, BI: 1.47mg/dl, Proteínas totales: 8-76gr/dl: Albúmina: 2.64gr/dl, Globulinas: 6.12gr/dl, Hemoglobina: 11.10 gr/dl, TP: 23.10 seg, TTP: 43.10 seg. IgG CMV y Epstein Barr positivo, SMA positivo, ANA positivo, Anticardiolipinas positivo, C3: 66.71 mg/dl. **Conclusiones/Recomendaciones:** Es una patología poco frecuente, progresiva, grave y tórpida, debe sospecharse en pacientes con evolución clínica crónica y sin mejoría sintomática.

17TL. TUBERCULOSIS VERTEBRAL PRIMARIA: REPORTE DE CASO. HOSPITAL DE ESPECIALIDADES SAN FELIPE, TEGUCIGALPA, HONDURAS. Juan José Flores,¹ José Valladares,² Cindy Antúnez,³ Luis Alberto Lagos.⁴ ¹Medico Especialista en Medicina Interna, Hospital de Especialidades San Felipe (HESF); ²Medico Especialista en Patología, Hospital Escuela Universitario (HEU); ³Medico Residente de Segundo Año, Postgrado de Medicina Interna, Universidad Nacional Autónoma de Honduras (UNAH); ⁴Médico en Servicio Social, UNAH.

Descripción del caso: Paciente femenina de 72 años, residente en Distrito Central, con antecedentes de diabetes mellitus tipo 2 e hipertensión arterial. Presenta historia de lumbalgia de 2 años de evolución de inicio insidioso, de carácter opresivo y de severa intensidad; edema de 30 días de evolución en extremidades inferiores, simétrico y limitando la deambulación; además de debilidad muscular y parestesias. Al examen físico en buen estado general, orientada en las tres esferas; en examen neurológico, pares craneales y coordinación sin alteraciones, con marcha antiálgica, reflejos osteotendinosos normales, fuerza muscular 4/5 en ambos miembros superiores y 2/5 en ambos miembros inferiores, sensibilidad hipoestésica, a nivel del dermatoma T8; el diagnóstico de ingreso síndrome medular incompleto. Se realiza imagen de resonancia magnética (IRM), de columna toraco lumbar que reporta hipointensidad, irregularidad y aplastamiento de los cuerpos vertebrales T6, T7, y en menor cuantía T8, con cierto desplazamiento posterior que provoca compresión del canal raquídeo, con subsecuente retrolistesis, además en el sitio de la compresión presenta, áreas hiperintensas, sin presencia de colecciones ni masas, debiendo considerarse probable tuberculosis vertebral vs neoplasia metastásica. Debido a los hallazgos en IRM, se realiza punción lumbar para estudio del líquido cefalorraquídeo con citoquímica: hiperproteínorraquia (201mg/dl) y 20 céls/ml (mononucleares 75%), marcador ADA 1 u/l; tinciones especiales: tinta china, Gram, Ziehl-Neelsen y cultivo

por bacterias y hongos fueron negativos. Se le realiza biopsia transpedicular de cuerpo vertebral afectado (T8), y los cortes histológicos mostraron médula ósea con hallazgos indicativos de osteomielitis crónica granulomatosa. Se establece el diagnóstico de tuberculosis vertebral. **Conclusiones/Recomendaciones:** Se trata de un caso que es poco frecuente y se presentó como síndrome medular incompleto por lo cual consideramos de suma importancia reportarlo debido a que la tuberculosis en todas sus presentaciones sigue siendo endémico en nuestra región.

18TL. PROYECTO DE SALUD FAMILIAR DEL CAMPESINO DE VALLE. Néstor Josué Yanes Orellana,¹ Heysell Sarahi Sarmiento Pineda.¹ ¹Doctor en Medicina y Cirugía. Coordinador y Voluntario del Proyecto de Salud Familiar del Campesino de Valle. Nacaome, Valle.

El Proyecto de Salud Familiar del Campesino de Valle fue fundado el 26 de diciembre del 2017, enmarcado en objetivo de la A.D.C.V. que llama a identificar y solucionarlas debilidades y obstáculos económicos que enfrentan los campesinos en el proceso de producción. Nuestro modelo basado en la Atención Primaria en Salud es completamente novedoso en la región, tanto en calidad en la prestación de servicios, como en la gestión gerencial basada en voluntariado profesional y contribuciones de la misma asociación, empresa privada e instituciones solidarias. El proyecto se formó con dos componentes: 1. Programa de atención primaria en salud (dirigido a las familias afiliadas a la asociación) y 2. Clínica familiar del Campesino (brinda atención gratuita a los campesinos afiliados y personas de escasos recursos, pero también se abre al pueblo en general a bajos costos). El programa de atención primaria en salud consta de 5 fases: 1. Fundación e inauguración de las instalaciones físicas de la clínica. 2. Identificación de familias beneficiadas. 3. Realización de ficha familiar (fase de ejecución hasta la fecha). 4. Ficha de seguimiento individual. 5. Programación y ejecución del proyecto. La clínica familiar del campesino se inauguró el 26 de diciembre del 2017 e inicio sus actividades en enero del 2018. Es una entidad sin fines de lucro que proporciona servicios de prevención, atención médica, diagnóstica y tratamiento. En los primeros 2 meses de ejercicio se dio atención médica a 100 campesinos de forma gratuita y a 82 personas de escasos recursos con una pequeña aportación no superior a L.150 al mismo tiempo estos han sido beneficiados pequeñas raciones de granos básicos. También contamos con un programa de enfermedades crónicas no transmisibles en los que se registran 24 pacientes que reciben control de IMC, educación y tratamiento farmacológico cada mes.

19TL. DERMATOPOLIMIOSITIS EN PACIENTE ADOLESCENTE: REPORTE DE CASO. Marlon Alexander Cerna Márquez,¹ Allan Iván Izaguirre González,² Larissa Maydelin Contreras Martínez,¹ Scarleth Vásquez,³ Cándido Mejía.⁴ ¹Médico Residente de Tercer Año, Postgrado de

Pediatría, Universidad Nacional Autónoma de Honduras-Valle de Sula; ²Doctor en Medicina y Cirugía, Universidad Nacional Autónoma de Honduras (UNAH); ³Médico Residente de Segundo Año, Postgrado de Pediatría, Universidad Nacional Autónoma de Honduras-Valle de Sula (UNAH-VS); ⁴Médico Especialista en Dermatología Pediátrica, Hospital Mario Catarino Rivas, San Pedro Sula, Honduras.

Antecedentes: La Dermatopolimiositis (DPM) pertenece a las miopatías inflamatorias idiopáticas (MII), un grupo heterogéneo de miopatías autoinmunitarias sistémicas crónicas, asociadas con una alta morbilidad y discapacidad funcional. Comprende aquellas entidades de naturaleza adquirida que cursan con debilidad muscular y presentan de forma característica un infiltrado inflamatorio y necrosis celular en el tejido muscular estriado. Es una enfermedad rara, con una incidencia global de 2–10 casos por millón de habitantes/año. **Descripción del caso:** Presentamos el caso de adolescente masculino de 14 años con antecedente de dermatomiositis, el cual presenta debilidad muscular proximal progresiva, acompañado de mialgias intensas e incapacitantes, presencia de eritema en heliotropo y pápulas de Gottron. Estudios laboratoriales que evidenciaron anemia, alteraciones de enzimáticas, reactantes de fase aguda alterados, estudio electromiográfico que evidenció la presencia de polimiositis reactiva, y biopsia de tejido muscular que reportó cambios compatibles con DPM. El diagnóstico de miopatías inflamatorias se sospecha sobre la base de un conjunto de signos y síntomas y es confirmado mediante estudios complementarios, entre los que se incluyen: elevación de enzimas musculares, presencia de autoanticuerpos específicos de miositis, electromiografía con patrón miopático, hallazgos específicos en la biopsia. **Conclusiones/Recomendaciones:** La PDM en niños tiene un comportamiento clínico diferente al adulto por la presencia de vasculitis, existiendo varios desórdenes que pueden confundir esta entidad y retardar su diagnóstico y tratamiento, por lo tanto, es muy importante el conocimiento de esta enfermedad en la edad pediátrica y establecer comparaciones con lo reportado en la literatura mundial.

20TL. CARACTERIZACIÓN CLÍNICO-EPIDEMIOLÓGICA DE LA INCIDENCIA DE TUBERCULOSIS EN NIÑOS DE LA REGIÓN SANITARIA METROPOLITANA DEL DISTRITO CENTRAL EN 2016. Gaspar Rodríguez M.,¹ Ada Yosleni García,² Alejandra Rodríguez,³ Pedro Luis Jimenez.² ¹Médico Especialista en Pediatría, Hospital de Especialidades del Instituto Hondureño de Seguridad Social (IHSS), Tegucigalpa, Máster en Epidemiología; ²Estudiante de Medicina, Universidad Nacional Autónoma de Honduras (UNAH); ³Estudiante de Medicina, Universidad Católica de Honduras (UNICAH).

Antecedentes. El control de la tuberculosis (TB) es uno de los Objetivos de Desarrollo Sostenible y de la estrategia “Alto a la TB” de la OMS. Honduras ocupa un octavo lugar en car-

ga de tuberculosis en el hemisferio occidental, concentrándose principalmente en la zona centro, occidente y oriente del país. La tasa global de incidencia de TB en Honduras fue de 43/100,000 y en el Municipio del Distrito Central (MDC) 29/100,000, durante 2015. **Objetivo:** Caracterizar clínica y epidemiológicamente todos los casos de TB en niños de la Región Sanitaria Metropolitana del DC (RSMDC), 2016. **Metodología:** Estudio descriptivo transversal. Se revisó ficha de notificación de casos de TB de la RSMDC, 2016. Para el análisis se usó Epi Info 7.2.1. **Resultados:** Se estudiaron 13 casos para una incidencia estimada de 2.88/100,000; 53.8% femeninos; 46.15% con edad entre 15-18 años (media+/-DE 11.3+/-5.67). 38.46% tenían una educación secundaria incompleta. El 76.9% (10/13) fue diagnosticado en hospitales, 53.84% en el Instituto Nacional Cardiopulmonar, 23.1% en el IHSS. El 53.8% (7/13) tenían TB pulmonar y 6 casos TB extrapulmonar, principalmente: ganglionar, 38.5% (5/13). La TB pulmonar fue más frecuente entre los 15 a 18 años, 38.46% (5/13) y la extrapulmonar entre el 1 a 5 años, 23.1% (3/13). Los métodos diagnósticos más usados fueron baciloscopía (30.8%), radiología (30.8%) y biopsia (23.1%). Todos recibieron un tratamiento básico primario, no tenían comorbilidades ni vivían en alguna condición de riesgo o pertenecían a algún grupo de riesgo. Tampoco tuvieron recaídas ni confección TB/VIH. **Conclusiones/Recomendaciones:** La TB fue más frecuente en niñas, predominó ligeramente la TB pulmonar sobre la extrapulmonar. Más de 2/3 de los casos se diagnosticaron en hospitales, la baciloscopía y los rayos X de tórax fueron los principales métodos. Se sugiere reforzar el abordaje a todos los tipos de contacto para TB mayormente en convivientes.

21TL. ARTERITIS DE TAKAYASU: PRESENTACIÓN DE CASO. Laura Reyes,¹ Claudia García,² Diana Hasbun.³ ¹Médico Residente de Tercer Año, Posgrado de Medicina Interna, Hospital Escuela Universitario, Universidad Nacional Autónoma de Honduras (UNAH); ²Doctor en Medicina y Cirugía, UNAH, Clínica Centro Médico Juárez; ³Médico Especialista en Medicina Interna, Hospital Escuela Universitario (HEU).

Antecedentes: La arteritis de Takayasu es una vasculitis que afecta a las arterias de gran calibre, especialmente la aorta y sus ramas principales; las mujeres jóvenes se ven más afectadas, y la edad menor de 40 años es la prevalente. Su patogénesis es desconocida. Las anormalidades de laboratorio son inespecíficas. **Descripción del caso:** Femenina de 26 años, sin comorbilidades, refiere lipotimia hace un mes, con trauma secundario en región occipital, sin complicaciones. Posterior a esto hiperemia conjuntival en ojo izquierdo, sensación de cuerpo extraño, edema palpebral, dolor moderado, y cefalea; los síntomas persisten y empeoran, manifestando disminución de agudeza visual ipsilateral y aumento del dolor, por lo acude a clínica privada donde la refieren al HEU. Sin antecedentes epidemiológicos de relevancia. Examen físico: pupilas anisocóricas, hiperemia con-

juntival izquierda, disminución de la agudeza visual ipsilateral, edema de papila y vasos ingurgitados en ojo izquierdo, reflejo fotomotor en ojo derecho ausente. No son palpables los pulsos periféricos en extremidades superiores, pulsos carotídeos débiles. El ritmo cardíaco es regular con tono disminuido. El resto del examen físico es normal. Estudios complementarios: Hemograma con leucocitosis a expensas de neutrófilos, química sanguínea normal, pruebas inmunológicas: normales, serología por VIH negativa, TAC cerebral normal. Neuroangiografía: angiografía de arco y carótidas con clásica imagen de vasculitis de Takayasu. Manejo: Se indicó pulsos de metilprednisolona durante 3 días con mejoría clínica notable. Como terapia de mantenimiento prednisona y metotrexato. Evolución: La paciente egresó asintomática con cita en consulta externa de reumatología. **Conclusiones/Recomendaciones:** La arteritis de Takayasu debe ser diagnosticada de forma temprana, ya que la instauración de una terapia médica o quirúrgica agresiva, así como el pronóstico, están determinados por factores asociados como el desarrollo progresivo de la vasculitis, e incidencia de complicaciones micro y macrovasculares.

22TL. PROGRAMA DE ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD, MUNICIPIO DE EL NÍSPERO, SANTA BÁRBARA, HONDURAS. José Adalberto Mejía, Máster en Salud Pública, Corporación Municipal El Nispero, Santa Bárbara, Honduras.

Antecedentes: una primera aproximación la realizó el señor alcalde Pablo Antonio Leiva Hernández entre el 2012-2013 en el marco del acuerdo entre la Presidencia de la República 2010-2014 y la Universidad Nacional Autónoma de Honduras (UNAH). **Descripción de la Experiencia:** El programa consiste en el fortalecimiento del primer nivel de atención de salud en el municipio; en fortalecer las acciones de promoción, prevención, atención y rehabilitación de la salud y el abordaje de las determinantes sociales: educación, agua y saneamiento, vivienda, y generación de ingresos con énfasis en desarrollo económico. Se contó con el apoyo de la UNAH con la asignación de profesionales en servicio social para la integración de equipos multi e interdisciplinarios. Se implementaron 4 unidades y equipos de salud familiar; se organizó la unidad municipal de salud y cinco redes comunitarias de salud. Se dispensarizó al 100% de la población y elaboró el análisis de situación de salud. **Lecciones Aprendidas:** 1. Es posible mejorar el acceso a servicios de salud para toda la población y espacios geográficos. 2. Que los servicios de salud tiendan a ser integrales. 3. Que la visión y planificación estratégica a nivel municipal es muy importante para el desarrollo e integrabilidad del modelo. 4. Cuando existe voluntad política del gobierno municipal se fortalece la participación social en el modelo. 5. El actor más adecuado para implementar y consolidar un modelo de APS es el gobierno municipal. 6. Es posible lograr el trabajo consensuado y articulado de instituciones y organizaciones sociales.

23TL. INFECCIÓN POR VIRUS DE PAPILOMA HUMANO DE ALTO RIESGO ONCOGÉNICO MEDIANTE LA PRUEBA CARE HPV, EN MUJERES ATENDIDAS EN UNIDADES DE SALUD DEL DEPARTAMENTO DE COPÁN, HONDURAS.

Eduardo Luis Membreño,¹ Cinthia Mariela Regalado,¹ Nelson David Peña,¹ Edith López,¹ Suyapa Bejarano,^{2,4} Miguel Crespin.^{3,4} ¹Doctor en Medicina y Cirugía, Universidad Católica de Honduras (UNICAH); ²Médico Especialista en Oncología Clínica, Jefa Departamento de Oncología, Liga Contra el Cáncer, San Pedro Sula, Honduras; ³Médico Especialista en Ginecología y Obstetricia, Jefe Departamento de Ginecología, Liga Contra el Cáncer, San Pedro Sula, Honduras; ⁴Catedrático Facultad de Medicina, UNICAH.

Antecedentes: La infección persistente por el virus del papiloma humano de alto riesgo (VPH-AR) se identifica como principal causa de enfermedades premalignas y malignas del cérvix. La identificación de VPH-AR mediante ADN viral se ha utilizado en múltiples estudios para caracterizar la infección. La prueba Care HPV presentó en países de Latinoamérica prevalencias de: Costa Rica (16%), México (14.5%), Colombia (14.9%), y Chile (14.0%). El cáncer cervicouterino representa un problema de salud pública en Latinoamérica y en Honduras es la principal causa de cáncer en mujeres. Identificar mujeres en riesgo de lesiones premalignas para su intervención mediante pruebas rápidas y eficientes puede garantizar tratamiento oportuno. **Objetivo:** Determinar la frecuencia de la infección cervical por genotipos de alto riesgo oncogénicos de VPH en mujeres que participaron de la prueba Care HPV en unidades de salud del departamento de Copán. **Metodología:** estudio retrospectivo, descriptivo, de corte transversal, en unidades de salud del departamento de Copán (La Entrada, Florida, Trinidad y San Juan Planes), donde se analizó los resultados de la prueba Care HPV para determinar los genotipos de VPH-AR, en 540 mujeres entre 30 y 65 años, de septiembre de 2016 a marzo de 2017. **Resultados:** 458 mujeres negativas para VPH-AR 85% y 82 mujeres positivas 15%. El grupo de edad con mayor prevalencia de VPH-AR fue 30 – 49 años. De 69 mujeres positivas, 64 recibieron inspección visual con ácido acético IVAA (93%), 47 resultaron con IVAA negativa (73%), 2 con IVAA positiva sospecha de cáncer invasor, ambas fueron referidas a colposcopia/biopsia, y 15 mujeres con IVAA positiva (24%) referidas a crioterapia. **Conclusiones/Recomendaciones:** La prevalencia de infección por VPH-AR en el grupo de estudio fue 15%, similar a lo reportado en literatura. Estandarizar el uso de Care HPV como prueba de cribado puede garantizar la prevención de estadios invasores del cáncer de cuello uterino.

24TL. PITIRIASIS ROSADA DE GIBERT VARIANTE ATÍPICA. Edil Rosalío Argueta Machado, Doctor en Medicina y Cirugía, Universidad Nacional Autónoma de Honduras, Hospital Escuela Universitario.

Antecedentes: La Pitiriasis Rosada de Gibert (PRG) es un exantema agudo benigno, autolimitado (8-12 sema-

nas), asociado con virus del herpes humano tipo 6 y 7, incidencia 16:50,000 en su variante atípica, predominancia femenina (62%), entre los 10-35 años de edad. Caracterizado por pródromos respiratorios días previos del cuadro clínico. PRG comienza con aparición encuello o tronco de una única placa papulareritematodescamativa ovalada, de 2-4 centímetros de diámetro llamado “medallón heráldico”, posteriormente aparecen múltiples lesiones pruriginosas pálido-rosadas, similares a la lesión inicial, pero de menor diámetro, distribuidas en cuello, extremidades y tronco. Dichas lesiones siguen las líneas de Langer (patrón típico en “ramas de árbol de Navidad”). PRG tiene 2 variantes, típica y atípica. La PRG atípica afecta cara, cuero cabelludo, palmas y plantas. El diagnóstico es fundamentalmente clínico.

Descripción del caso: Paciente femenina de 21 años, sin antecedentes personales patológicos, acude a consulta por múltiples lesiones pruriginosas generalizadas, de 1 semana de evolución. Afirma que comenzó con una única lesión en el cuello, precedida de rinoфарингитis estacional. Se examina la paciente constatando la primera lesión (medallón heráldico) ovalada, papular, eritematodescamativa de 3 centímetros de diámetro. El resto de las lesiones papulodescamativas presentan morfología similar pero más pequeñas, distribuidas en extremidades, cuero cabelludo, cuello, palmas y en tronco con patrón cutáneo “ramas de árbol de navidad”. Se realizó hemograma (sin alteraciones), VIH y VDRL (negativos). Se indicó tratamiento con aciclovir (800 mg c/6 horas por 5 días), cetirizina (10 mg c/día por 7 días), betametasona 0.1% tópica y jabón de glicerina. Hacemos seguimiento durante 3 meses, en el tercer mes hubo resolución completa.

Conclusiones/Recomendaciones: PRG es una patología rara con alto impacto clínico-psicológico, en Honduras cero casos reportados. Dado que el diagnóstico es clínico no hay necesidad de realizar exámenes de coste económico alto (biopsia, inmunología) para un abordaje adecuado.

25TL. INFECCIONES EN PACIENTES ONCOLÓGICOS HOSPITALIZADOS: CARACTERIZACIÓN SOCIODEMOGRÁFICA Y FACTORES ASOCIADOS. Óscar Alvarenga-Maldonado,¹Alejandra Paz-Gálvez,²José Ángel Sánchez-N.,³

Denis Padgett,⁴ Alisson Armijo-Salinas,⁵ Senobia D. Martínez-Rosales,⁵ Lía I. Mondragón-Márquez.⁵ ¹Médico Especialista en Medicina Interna, Hospital de Occidente, Santa Rosa de Copán, Honduras; ²Médico Especialista en Medicina Interna, Hospital Regional Gabriela Alvarado, Danlí, Honduras; ³Médico Especialista en Hematología, Hospital Militar, Catedrático Universidad Nacional Autónoma de Honduras (UNAH); ⁴Médico Especialista en Infectología, Instituto Hondureño de Seguridad Social, Tegucigalpa, Honduras. ⁵Doctora en Medicina y Cirugía, UNAH.

Antecedentes: Las infecciones son importantes causas de morbimortalidad en pacientes con cáncer. La escasez de antibióticos y el insuficiente acceso a los adecuados métodos diagnósticos y estudios complementarios en países en vías de desarrollo limitan al clínico al momento de

manejarlas. La mayor parte de estudios de infecciones en pacientes con cáncer se han llevado a cabo en pacientes neutropénicos con neoplasias hematológicas; los datos en pacientes con tumores sólidos son limitados. **Objetivos:** Describir la frecuencia y características e identificar factores de riesgo para infecciones en pacientes ingresados en Hospital de Especialidades San Felipe en Tegucigalpa, Honduras. **Metodología:** Se llevó a cabo un estudio observacional analítico de casos y controles, tomándose como casos los pacientes oncológicos hospitalizados en salas de Oncología del Hospital de Especialidades San Felipe que hayan presentado infecciones comunitarias o nosocomiales; y como controles aquellos que no presentaran estas condiciones. De un total de 394 ingresos del 1 de enero al 31 de marzo de 2016, se analizó 364 expedientes y se tomó una muestra de 92 pacientes, Se caracterizó sociodemográficamente a la muestra, y se compararon variables entre ambos grupos utilizando pruebas de χ^2 , t de Student y odds ratio (OR). **Resultados:** Se identificó el tiempo prolongado de hospitalización ($\chi^2=24.7$, $t=0.0001$), y la transfusión de glóbulos rojos empacados (OR=2.46, IC 95% 1.05-5.73) como factores de riesgo para infecciones en pacientes oncológicos. Asimismo, no se encontró asociación estadística significativa del riesgo de infección con factores como edad, sexo, entorno social o tratamiento antineoplásico recibido. **Conclusiones/ Recomendaciones:** En pacientes oncológicos, la estancia intrahospitalaria prolongada guarda relación directa con la incidencia de infecciones, y los pacientes que reciben transfusiones de glóbulos rojos empacados tienen 2.5 veces más de riesgo de infección que los que no las reciben.

26TL. ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD: EL PRINCIPAL ESCENARIO DE LA EDUCACIÓN MÉDICA EN LA AMAZONIA BRASILEÑA. Zonia Maritza Reyes Cruz, Doctora en Medicina y Cirugía, Máster en Ciencias de la Salud con orientación en Salud Pública y Epidemiología, Profesora de la Escuela de Medicina Universidad Federal de Amapá, Brasil, Profesora de postgrado en Salud de la Familia Facultad de Estácio Seama, Brasil.

Antecedentes: La Universidad Federal de Amapá (UNIFAP) posee la segunda mejor escuela de Medicina de la región norte de Brasil, utiliza el método de enseñanza PBL, posee más de 250 alumnos y se ubica en un área geográficamente privilegiada. Es una de las ecorregiones con mayor biodiversidad y tiene la selva tropical más extensa del mundo, limita con la Guayana Francesa y alberga en su territorio varias comunidades indígenas. Dichas situaciones se prestan para tener un proceso interesante en la salud de fronteras; lo anterior, aunado a una rica variedad de enfermedades tropicales lo convierten en un escenario maravilloso para aprender medicina en su atención primaria. **Descripción de la experiencia:** Tuve la oportunidad de conocer todas las instituciones que prestan sus instalaciones como escenarios del proceso enseñanza-aprendizaje en el curso de medicina de la UNIFAP, pudiendo observar el resultado de las alianzas

claves entre el gobierno federal, estatal y municipal, junto con la empresa privada y las organizaciones no gubernamentales, donde las diversas estrategias existentes en la política de la atención básica son ejecutadas efectivamente entre ellas: Salud en la Escuela, Consultorio en la calle, Estrategia de salud de la familia fluvial, Equipos de Salud de la Familia Riberiñas, Núcleos de apoyo a la salud de la familia, entre otras. **Lecciones aprendidas:** Los estudiantes de medicina mejoran drásticamente las condiciones de salud de la comunidad; formar futuros galenos sumergidos en prevención de enfermedades y promoción de la salud los prepara de manera eficiente para su desarrollo profesional. Cabe recalcar que la combinación de todas las estrategias engloba la diversidad de poblaciones, dejando a un lado el preconceito de las minorías y consiguiendo así la universalidad del servicio de atención primaria, transformando la realidad local en el escenario de práctica ideal para desarrollar las competencias necesarias en un médico general humanizado.

27TL. IMPLEMENTACIÓN DE LA ATENCIÓN PRIMARIA EN BRASIL: UNA COMBINACIÓN DE LOGROS Y DESAFÍOS. Zonia Maritza Reyes Cruz, Doctora en Medicina y Cirugía, Máster en Ciencias de la Salud con orientación en Salud Pública y Epidemiología, Profesora de la Escuela de Medicina Universidad Federal de Amapá, Brasil, Profesora de postgrado en Salud de la Familia Facultad de Estácio Seama, Brasil.

Antecedentes: Hace 40 años, la OMS, durante la Conferencia Alma-Ata, ofreció como alternativa clave para el desarrollo de los sistemas y políticas sanitarias el Sistema de Atención Primaria en Salud (APS) con el cual se han desarrollado métodos y tecnologías viables, efectivas y de bajo costo, colocando los servicios de salud a la disposición de todos, estrechando las relaciones entre médico y paciente convirtiendo a la comunidad en protagonista de su propia salud. **Descripción de la experiencia:** Países como Brasil regresan de la conferencia con una serie de dudas sobre su efectividad, es hasta en 1988 que se crea el Sistema Único de Salud, cuyos principios se articulan con las bases de la APS y de esa forma, en 1990, se adopta dicha política con el término de Atención Básica. Hasta la fecha, más de 5500 municipios son responsables de la salud de sus comunidades, utilizando más de 38 mil unidades básicas de salud por todo Brasil y esto es posible gracias a las alianzas estratégicas realizadas entre los gobiernos estatales, evidenciando su evolución, valorizando la importancia de la interdisciplinariedad en el atención médica creando así, los Núcleos de Apoyo de Salud a la Familia (NASF), teniendo como resultado la mejoría de todos los indicadores de salud del país, con una clara disminución de la mortalidad materno infantil, sobrepasando las metas de vacunación. **Lecciones aprendidas:** Es 2018 donde la Atención Básica en Brasil ha alcanzado otro nivel gracias a la implantación del programa de mejoramiento de la calidad en la Atención Primaria

y Acceso en la Atención Básica (PMAQ -AB), pero no se puede dejar de reconocer la existencia de los desafíos con los que se está luchando para mantener su adecuado funcionamiento.

28TL. ESTUDIO COMPARATIVO ENTRE TERAPIA TRIPLE VS TERAPIA CUÁDRUPLE CON BISMUTO PARA LA ERRADICACIÓN DE *Helicobacter pylori* EN POBLACIÓN HONDUREÑA MAYOR DE 20 AÑOS QUE ACUDE A CONSULTA DE GASTROENTEROLOGÍA EN HOSPITAL DEL VALLE, SAN PEDRO SULA. Silvia Portillo,¹ Jorge Suazo,¹ Ivania Hernández,² Ariel Lezama,² Luis Ramírez,¹ Vilma Portillo,¹ Raúl Zelaya,¹ Josué Umaña,¹ Jenny Ramírez.³¹Médico Especialista en Gastroenterología, Centro de Enfermedades Digestivas, Hospital Del Valle, San Pedro Sula, Honduras; ²Doctor en Medicina y Cirugía, Centro de Enfermedades Digestivas, Hospital Del Valle, San Pedro Sula, Cortés, Honduras; ³Docente Suscrita, Universidad Nacional Autónoma de Honduras.

Antecedentes: *Helicobacter pylori* participa en la cascada de eventos que conllevan al desarrollo de cáncer de estómago. Los esquemas de tratamiento utilizados actualmente que consisten en un inhibidor de la bomba de protones (IBP), claritromicina y amoxicilina han mostrado tasas de curación insuficientes (50-70%). En décadas anteriores, la terapia cuádruple con sales de bismuto ha sido utilizada como segunda y tercera línea, por su complejidad y sus múltiples efectos adversos. Estudios recientes han mostrado mayor efectividad cuando se compara con la terapia triple. **Objetivo:** comparar la efectividad y tolerabilidad de la terapia empírica cuádruple con bismuto vs la terapia triple estándar. **Metodología:** Se realizó un estudio prospectivo, comparativo, en 101 pacientes mayores de 20 años con diagnóstico de infección por *H.pylori*, en forma aleatorizada se les indicó la terapia triple (lansoprazol 30mg, claritromicina 500mg y amoxicilina 1 gramo BID) o terapia cuádruple (con lansoprazol 30mg BID, subcitratado de bismuto 300mg TID, tetraciclina 1 g BID y metronidazol 500mg TID), ambas por 14 días. Cuatro semanas después de finalizado el tratamiento, se les realizó confirmación de erradicación mediante prueba de aliento con¹⁴C. **Resultados:** Se seleccionó 101 pacientes para tratamiento, 98 pacientes lo iniciaron y 6 abandonaron el mismo (6%). De los 89 pacientes que confirmaron erradicación 46 recibieron terapia triple estándar (52%) y 43 terapia cuádruple con bismuto (48%). El rango de edad osciló entre 20 y 74 años. El porcentaje de erradicación fue de 63% en la terapia triple estándar y 60% en la terapia cuádruple con bismuto. Se observa fuerte correlación positiva de 0.859, entre ambos tratamientos, con un nivel de confianza del 99%. **Conclusiones/Recomendaciones:** La efectividad de ambos tratamientos es baja (menor del 65%). La terapia cuádruple con bismuto no mostró mayor efectividad. Aunque la tolerancia de ambos tratamientos fue aceptable (mayor

del 75%), la terapia cuádruple con bismuto mostró mayores efectos adversos.

29TL. EXPERIENCIA CLÍNICA EN HEMANGIOMAS INFANTILES CON USO DE BETABLOQUEANTES TÓPICOS. Iris Rosbinda Álvarez Montiel, Médico Especialista en Dermatología Pediátrica, Hospital María de Especialidades Pediátricas.

Antecedentes: Los hemangiomas infantiles se encuentran dentro del grupo de tumores benignos. Se caracterizan por tener una fase de crecimiento, de estabilidad y de involución; en contraste con las malformaciones vasculares que están conformadas por capilares, arterias, venas y vasos linfáticos anómalos y crecen de manera proporcional al crecimiento del niño, generalmente sin involucionar. La mayoría de los hemangiomas infantiles no son clínicamente evidentes al nacimiento, sino en los primeros días a semanas de vida. Generalmente, las lesiones son únicas, aunque en el 20% de los casos pueden existir múltiples. El tratamiento a partir del año 2008 ha sido con betabloqueantes como el propranolol vía oral. Recientemente se ha usado en forma tópica el timolol, presentando adecuada involución de los hemangiomas. **Descripción de la experiencia:** Presentamos nuestra experiencia clínica con pacientes del Hospital María de Especialidades Pediátricas con diagnóstico de hemangioma infantil tipo superficial y uso con timolol tópico por espacio de 6-12 meses obteniendo adecuada respuesta clínica, disminuyendo la coloración y el tamaño del mismo. **Lecciones aprendidas:** El uso del timolol tópico es una terapia rápida no invasiva en los hemangiomas infantiles con buena respuesta y muy escasas complicaciones, lo que lo hace una opción terapéutica adecuada y de bajo riesgo para el paciente.

30TL. OFTALMOPATÍA DE GRAVES SEVERA: CUANDO LA VISIÓN ESTÁ EN RIESGO. Luis Alfredo Rodríguez Castellanos,^{1,4} Inicia Saraí Orellana Valdez,² Irma Isabel De Vicente Aguilera,^{2,4} María Alejandra Ramos Guifarro,^{3,4} Dalia María Ávila Turcios,^{3,4} Scarlet Betzabel Rodas Gallardo.⁵¹Doctor en Medicina y Cirugía, Universidad Nacional Autónoma de Honduras (UNAH), ²Médico Especialista en Medicina Interna, UNAH, ³Médico Especialista en Endocrinología, Hospital Escuela Universitario (HEU), ⁴Servicio de Endocrinología, HEU; ⁵Estudiante de Sexto Año de Medicina, UNAH.

Antecedentes: La enfermedad de Graves es un trastorno autoinmune que se produce por la presencia de anticuerpos contra el receptor de TSH cuya manifestación más común es el hipertiroidismo. Entre sus características clínicas se presenta bocio difuso, tirotoxicosis y orbitopatía y dermatopatía infiltrantes, pero sólo el 5% de los pacientes tienen oftalmopatía grave. **Descripción del caso:** Femenina de 35 años,

con antecedentes de hipertensión arterial y enfermedad de Graves de 2 años de evolución en tratamiento con propranolol y propiltiouracilo. Se interconsulta con Endocrinología HEU por caída del párpado izquierdo con color rosáceo en el mismo, se encuentra hipertensa con bocio grado III y oftalmopatía severa grado III con mayor compromiso en ojo izquierdo; proptosis, enrojecimiento de párpados y conjuntivas con edema severo. Se ingresa para manejo hospitalario y tratamiento definitivo. Evaluación oftalmológica reporta retracción palpebral superior bilateral, músculo recto inferior con reflejo disminuido, ojo izquierdo con queratopatía por exposición, fondo de ojo con cambios atróficos de arterias periféricas. Ultrasonido muestra glándula tiroidea heterogénea, aumentada de tamaño, secundario a márgenes pseudonodulares, sin observar nódulos, estructuras adyacentes normales. Laboratorio: TSH 0.700 μ IU/ml, T4 libre 1.51 ng/dl, PTH 35.0 pg/ml, calcio corregido 9.18mg/dl. Se realiza tiroidectomía total encontrando glándula tiroidea con aumento difuso de \pm 60 gramos, sin complicaciones. En postoperatorio presenta hipocalcemia requiriendo infusiones de gluconato de calcio. Un mes posterior a cirugía con mejoría de oftalmopatía (edema e inyección conjuntival), laboratorio: TSH 12.2 μ IU/ml, T4 libre 1.42ng/dl, calcio corregido 8.98mg/dl. Tratamiento actual: caltrate D 6-5-6, caltrate M 2-2-2, etalpa 1 mcg cada día, irbesartán 300mg/día, amlodipino 10mg/día, pentoxifilina, carvedilol 25mg c/12 horas, levotiroxina 175 μ g/día. Se lleva seguimiento en la consulta externa. **Conclusiones/Recomendaciones:** Se debe realizar una evaluación integral de cada paciente y enfocar el tratamiento a la mejoría y/o reversión de las alteraciones en el contexto de su patología.

31TL. PREVALENCIA DE DEPRESIÓN Y ANSIEDAD EN EL CONTEXTO DE LA EPIDEMIA POR ZIKA EN MUJERES EMBARAZADAS QUE VIVEN EN LAS ZONAS DE INFLUENCIA DE UNIDADES DE SALUD ATENDIDAS POR LOS MÉDICOS EN SERVICIO SOCIAL (MSS), HONDURAS, 2016-2017. Manuel Sierra,¹ Eleonora Espinoza,¹ Mauricio Gonzales,¹ Iván Espinoza,¹ Karla Patricia Boquín Peralta,² Marissela Victoria Irfas,² Carlos Sosa,² Médicos en Servicio Social Periodo 2016-2017.³ ¹Unidad de Investigación Científica, Universidad Nacional Autónoma de Honduras (UNAH); ²Médico Especialista en Psiquiatría; ³Estudiantes de Octavo Año de Medicina, UNAH.

Antecedentes: Las mujeres embarazadas (ME) en riesgo o infectadas con Zika durante el embarazo y/o a las que se les detecta microcefalia en producto pueden tener más probabilidades de desarrollar síntomas de angustia y depresión. Para minimizarlo, las ME pueden adoptar comportamientos poco saludables, como consumir tabaco o alcohol. A menos que esté capacitado para evaluar y tratar los síntomas graves de angustia, depresión o consumos y abuso de alcohol y drogas, se deberá derivar a las ME con este tipo de síntomas a servicios especializados (OPS/CDC). **Objetivo:** Determinar prevalencia de depresión y ansiedad en ME en el

contexto de Zika. **Metodología:** Estudio transversal en una muestra aleatoria de ME en zonas de influencia de unidades de salud atendidas por los médicos en servicio social 2016-2017. A cada ME se le llenó un cuestionario y se le aplicó la Escala de Hamilton para Ansiedad y la Escala de Hamilton para Depresión. **Resultados:** Participaron 9338 ME en 220 municipios. Un total de 5837 ME (62.5%, 95% CI: 61.5% - 63.5%) estaban preocupadas por las consecuencias de Zika en su embarazo. En ansiedad: 161(1.7%, 95% CI: 1.5% - 2.0%) tuvieron muy severa/severa; 7275(77.9%, 95% CI: 77.1% - 78.7%) tuvieron moderada/leve; y 1720 (18.4%, 95% CI: 17.7% - 19.2%) no tuvieron ansiedad. Con relación a depresión: 340 (3.6%, 95% CI: 3.3%-4.0%) tuvieron muy severa/severa; 1802 (19.3%, 95% CI: 18.5%-20.1%) tuvieron moderada/leve; y 7121 (76.3%, 95% CI: 75.4%-77.1%) no tuvieron depresión. **Conclusiones/Recomendaciones:** Se debe enfatizar el componente de salud mental en los protocolos de manejo de gestantes en riesgo de Zika, o las ya infectadas, o las madres de fetos y/o recién nacidos con malformaciones congénitas, dada la experiencia del aumento en la depresión durante el parto, posparto y la disrupción de la vida familiar.

32TL. EXPERIENCIA EDUCATIVA DE INTERVENCIÓN NUTRICIONAL EN PACIENTES CON DIABETES MELLITUS ATENDIDOS EN EL CENTRO MODELO DE CAPACITACIÓN Y ATENCIÓN INTEGRAL EN DIABETES, HOSPITAL ESCUELA UNIVERSITARIO, DICIEMBRE 2017-MARZO 2018. TEGUCIGALPA, HONDURAS. María Alejandra Ramos Guifarro,¹ Dalia María Ávila Turcios,¹ Daniella Urbina,² Cesar Salandía,² Luis Alfredo Rodríguez Castellanos.³ ¹Médico Especialista en Endocrinología, Servicio de Endocrinología, Hospital Escuela Universitario (HEU); ²Nutricionista in fieri, Universidad Nacional Autónoma de Honduras (UNAH); ³Doctor en Medicina y Cirugía, UNAH.

Antecedentes: El tratamiento nutricional es uno de los cuatro pilares fundamentales en el manejo de la diabetes. Permite promover y mejorar hábitos de autocuidado, especialmente, aquellos relacionados con la alimentación. Dado el constante aumento de la prevalencia de la enfermedad, se considera de primordial importancia brindar una atención que englobe los pilares de tratamiento, sobre todo al observar que, en el perfil de los pacientes atendidos, destacan problemas alimentario-nutricionales. **Descripción de la experiencia:** En función de brindar una atención acertada al paciente con diabetes, el centro modelo de capacitación y atención integral en diabetes del HEU, en el mes de diciembre del año 2017, asignó un espacio para brindar consulta nutricional a los pacientes con diabetes mellitus que acuden a este centro. Con el fin de unificar los criterios de atención nutricional, se confeccionó un protocolo donde se establecen pautas específicas para el manejo del paciente con diabetes mellitus. La aplicación de este protocolo tiene como finalidad prevenir y/o retardar el desarrollo de las complicaciones crónicas de la diabetes

mediante modificaciones de la ingesta de nutrientes y del estilo de vida. Cuando los pacientes acuden a su consulta, el médico encargado deriva al paciente para que se realice la evaluación nutricional, además de socializar y entregar un plan alimentario al paciente. Un mes posterior tienen su segunda evaluación en la que se vuelven a tomar medidas antropométricas y glucometría. **Lecciones aprendidas:** Establecer un manejo nutricional orientado al paciente con diabetes mellitus, permite un mejor control mediante la promoción de adherencia al mismo, el cual debe estar ajustado a las necesidades nutricionales y preferencias culturales. Mantener una estrecha relación y comunicación entre el médico especialista en diabetes y el licenciado en nutrición, permite un control más efectivo y mejora la calidad de vida del paciente.

33TL. IMPACTO DE LA REANIMACIÓN CARDIOPULMONAR EN LOS SERVICIOS DE URGENCIAS A TRAVÉS DE FUNDACION CAMO HONDURAS, 2002-2017. Nathalie Munguía, Médico Especialista en Anestesiología, Hospital de Occidente, Santa Rosa de Copán.

Antecedentes: La Reanimación Cardio Pulmonar (RCP) consiste en comprimir el pecho del paciente de forma rítmica para generar un mínimo flujo de sangre que disminuya el deterioro de los órganos vitales (corazón y cerebro). Por otro lado, la desfibrilación consiste en aplicar una descarga eléctrica para tratar de revertir la arritmia. La calidad de las compresiones está relacionada con la supervivencia del paciente. En Honduras, las primeras 2 causas de muerte en adultos incluyen la cardiopatía isquémica y el ataque cardiaco. **Descripción de la experiencia:** En 1996, una paciente posparto hizo parada cardiaca frente a Kathring Tschiegg (Directora Ejecutiva, Fundación CAMO) mientras ella era voluntaria del Cuerpo de Paz en el Hospital de Occidente. En 1997, CAMO se convirtió en la primera y única organización en Honduras certificada por la American Heart Association para entrenar y certificar individuos en Soporte Vital Cardíaco, Básico y Avanzado en adultos y niños. Hemos capacitado 7,807 personas desde 2002. Y en los últimos 5 años, un promedio de 1100 personas por año. Desde el 2005 solo en el Hospital de Occidente se ha reducido en un 30% la morbi-mortalidad en pacientes de la emergencia y hospitalizados. **Lecciones aprendidas:** La capacitación en soporte vital cardiopulmonar es una forma muy tangible en la que CAMO identificó una necesidad, comenzó una intervención y con mucha persistencia y apoyo de contrapartes estadounidenses y hondureños formó un programa que ha demostrado éxito y promovió la excelencia en la atención médica en Honduras. Muchas personas que habrían muerto han tenido otra oportunidad de vivir.

34TL. BALÓN INTRAGÁSTRICO PARA EL TRATAMIENTO DE LA OBESIDAD: PRIMERA EXPERIENCIA EN POBLACIÓN HONDUREÑA. Silvia Portillo,¹ Jorge Suazo,¹ Ariel Lezama,² Ivania Hernández,² Vilma Portillo.¹ ¹Médico Gastroenterólogo, Centro de Enfermedades Digestivas, Hospital Del Valle, San Pedro Sula, Honduras. ²Doctor en Medicina y Cirugía, Centro de Enfermedades Digestivas, Hospital Del Valle, San Pedro Sula, Honduras.

Antecedentes: La obesidad se ha convertido en una epidemia a nivel mundial. El balón intragástrico es un dispositivo de silicona aprobado recientemente por la FDA para el tratamiento de la obesidad. **Objetivo:** Conocer la efectividad y tolerancia del balón intragástrico en población hondureña con algún grado de obesidad o sobrepeso. **Metodología:** Estudio prospectivo en pacientes con algún grado de obesidad o sobrepeso, se les propuso la colocación de dos tipos de balones (Spatz doce meses u Orbera seis meses), se les solicitó consentimiento informado. **Resultados:** De noviembre de 2014 a noviembre de 2017 se colocaron 54 balones intragástricos, 15 de la marca Spatz y 39 Orbera. Del total, 18 (33%) eran hombres y 36 (67%) eran mujeres. La edad media de 36 años, máxima de 59 y mínima de 18 años. La indicación de colocación de balón fue por sobrepeso en 7 pacientes (13%), Obesidad Clase I: 17 (31%), Clase II: 16 (30%), Clase III: 14 (26%). Doce pacientes (22%) no perdieron peso. El promedio de pérdida de peso fue de 24 libras, con rangos de 10 a 75 libras. Cuando evaluamos la pérdida de peso en relación con el tipo de balón los pacientes con Balón Spatz bajaron 38 libras y 29 libras los tratados con Balón Orbera. De los 12 pacientes que no perdieron peso solamente 4 (33%) eran del balón Spatz. El porcentaje promedio pérdida de peso fue de 11%, con rangos entre el 5% al 26%. En 5 (9%) pacientes se realizó retiro del balón antes de los dos meses por intolerancia. El resto de los pacientes toleraron adecuadamente el balón a excepción de un paciente que presentó deflación de este con migración a yeyuno, que fue retirado mediante cirugía laparoscópica. **Conclusiones/ Recomendaciones:** El balón intragástrico mostró adecuada efectividad y tolerancia, se necesitará incorporar equipo multidisciplinario para obtener mejores resultados de efectividad.

35TL. PREVALENCIA DE SÍNDROME METABÓLICO EN LA POBLACIÓN ADULTA DE 45 A 75 AÑOS EN EL DEPARTAMENTO DE COPÁN, HONDURAS, NOVIEMBRE 2016 - ENERO 2017.

Karla G Duarte,¹ Aída A Rodríguez,¹ Eleazar E Montalván,¹ Samuel A Urrutia,¹ Eva E Órdoñez,¹ Ricardo J. Rivera,¹ Artemisa J. Viana,¹ Lilia M. Raudales,¹ Axel A. Murillo,^{1,2} Karla P. Torres.³ ¹Doctor en Medicina y Cirugía, Universidad Nacional Autónoma de Honduras; ²Médico Residente Postgrado Cirugía General, Universidad Nacional Autónoma de Honduras; ³Doctor en Microbiología, Universidad Nacional Autónoma de Honduras, Máster en Educación Superior, Máster en Nutrición.

Antecedentes: El síndrome metabólico (SM) es considerado un factor de riesgo para desarrollar enfermedades cardiovasculares. Se estima que un cuarto de la población mundial tiene SM. En Latinoamérica, el estudio CARMELA, determinó que la prevalencia de SM es de 22% en mujeres y 20% en hombres de 25 a 64 años. En San Ignacio, FM, Honduras, el estudio de Torres E. reportó 65.8% de prevalencia. **Objetivo:** Determinar la prevalencia de SM en la población >45 años del departamento de Copán, Honduras. **Metodología:** Estudio descriptivo transversal realizado en el Departamento de Copán, de noviembre 2016 a enero 2017, conformado por hombres y mujeres (n= 380) de 45 a 75 años. Se estudiaron parámetros antropométricos, presión arterial (PA), glicemia, y perfil lipídico, obtenidos mediante entrevista, mediciones clínicas y bioquímicas. Para diagnosticar SM se utilizaron los criterios de National Cholesterol Education Program – Adult Treatment Panel III. Los datos obtenidos se digitalizaron mediante REDCap y Stata14 para realizar el análisis estadístico. **Resultados:** De 380 pacientes, 38% correspondió al sexo masculino y 62% al femenino. La prevalencia general de SM fue 78.1%. La prevalencia en hombres y mujeres fue 79.7% y 77.2% respectivamente. El grupo etario de mayor prevalencia correspondió a mujeres >65 años con 90.7%, sus parámetros predominantes fueron: 88% PA elevada, 88.8% hipertrigliceridemia y 79.6% obesidad abdominal. En hombres la distribución de SM fue más homogénea, con una media de 80% **Conclusiones/Recomendaciones:** La prevalencia de SM es mayor en hombres que en mujeres, sin embargo, las mujeres >65 años tienen

mayor predisposición para SM, siendo la PA el principal factor de riesgo. Estos hallazgos difieren de datos regionales y sitúan al Occidente de Honduras con una prevalencia mayor en comparación a países vecinos. El diagnóstico temprano del SM en Occidente es crucial para impulsar medidas preventivas de salud a nivel nacional.

36TL. DERMOGRAFISMO MIXTO O BIFÁSICO: EXPRESIÓN POSITIVA DE URTICARIA ATÓPICA.

Vladimir Guzmeli V.,¹ José Alberto Díaz R.,² Jorge A. Fernández V.³ ¹Especialista en Alergia e Inmunología Clínica, Hospital Escuela Universitario (HEU), Tegucigalpa; ²Médico Especialista en Medicina Interna, Centro de Salud Integral (CSI) Zoé, Tegucigalpa; ³Dirección Médica, CSI-Zoé, Tegucigalpa.

Antecedente: La urticaria es de etiología diversa, pero frecuentemente es parte de la atopía. El dermatografismo rojo (DR) es un signo evidente de urticaria dermatográfica, en tanto que el dermatografismo blanco (DB) es un estigma cierto de atopía. Ambos se han detallado por aparte, pero la ocurrencia secuencial de DB seguido de DR, que denominamos “dermatografismo mixto o bifásico”, no aparece descrita en la literatura universal. Es una revelación de la existencia de urticaria en pacientes con diátesis atópica, a investigar en primera instancia por hipersensibilidad a alérgenos comunes. **Descripción de la Experiencia:** En los últimos cinco años hemos identificado la aparición de dermatografismo de ambos tipos en forma secuencial, en grupos de pacientes adultos con diferentes enfermedades atópicas, respiratorias, digestivas y dermatológicas. Al estimular la cara anterior del antebrazo del paciente con objeto romo, de forma precisa y presión intermedia y constante, aparece el DB de forma rápida (segundos) y luego el DR (minutos); el fenómeno se observa desde el inicio, al minuto y a los cinco minutos, tiempo suficiente para detectar la secuencia. **Lecciones Aprendidas:** La “marcha atópica” se conforma por una serie de síntomas, signos y enfermedades, que incluyen ambos dermatografismos, a la que se debería de consignar esta variante de “dermatografismo bifásico”, propio de la urticaria dermatográfica ocurrida en pacientes con atopía. Se brinda esta observación con el fin de que el médico se familiarice con su presencia, de forma que pueda tener una aproximación diagnóstica más exacta sobre la etiología de la urticaria aguda o crónica.

RESÚMENES DE TRABAJOS LIBRES (TL)

PRESENTACIÓN DE CARTEL

37TL. PRESENTACIÓN ATÍPICA DE CETOACIDOSIS DIABÉTICA EN PACIENTE DEBUTANTE CON TUMOR HIPOFISIARIO COSECRETOR DE PROLACTINA Y HORMONA DE CRECIMIENTO. Luis Alfredo Rodríguez Castellanos,¹ Renán Alejandro Mendoza Funes,² Irma Isabel De Vicente Aguilera,³ María Alejandra Ramos Guifarro,⁴ Dalia María Ávila Turcios.⁴ ¹Doctor en Medicina y Cirugía, Universidad Nacional Autónoma de Honduras (UNAH); ²Médico Residente de Tercer Año, Postgrado de Medicina Interna, UNAH; ³Médico Especialista en Medicina Interna, Servicio de Endocrinología, Hospital Escuela Universitario (HEU), Tegucigalpa, Honduras; ⁴Médico Especialista en Endocrinología, Servicio de Endocrinología, Hospital Escuela Universitario (HEU), Tegucigalpa, Honduras.

Antecedentes: Los tumores hipofisarios productores de hormonas son infrecuentes (incidencia de 10-15%), de ellos la cosecreción de hormona de crecimiento y prolactina ocurre en aproximadamente 5% de casos. La acromegalia se relaciona con diabetes secundaria por resistencia severa a la insulina. **Descripción del caso:** Femenina de 27 años con 1 mes de poliuria, polidipsia, polifagia, pérdida de peso de 20 lbs, acompañada de epigastralgia de dos semanas. Se encuentra taquicárdica, taquipneica, mucosa oral seca con muguet, rasgos acromegaloides y marcada acantosis nigricans. Laboratorio: glicemia 525mg/dl, HbA1C 10.7%, cetonuria +++; gases arteriales pH 7.067, HCO₃ 7.1mmol/L, Osmolaridad 297.67 mosm/L. Se ingresa con diagnóstico Debut de diabetes mellitus en cetoacidosis diabética; se maneja con insulina cristalina en infusión. El perfil hipofisario, GH 36.4 ng/ml, IGF1 1121, ACTH 19.5 pg/ml, Cortisol 13.8 µg/dL, TSH 0.324 µIU/mL, T3 <40.0 ng/dL, T4 total 4.11 µg/dL, T4 libre 1.10 ng/dL, Estradiol 55.6 pg/mL, FSH 0.934 mIU/mL, LH <0.10mIU/mL y Prolactina 22.1 ng/mL. Al interrogatorio dirigido refiere 2 años de amenorrea y al examen galactorrea bilateral. La evaluación oftalmológica muestra nervios ópticos con palidez +/- ojo derecho y +++/+ ojo izquierdo con signos de atrofia. La IRM de silla turca muestra lesión ocupativa intra y supraselar que mide aproximadamente 33x24 mm con compresión sobre el quiasma óptico y extendiéndose hasta el piso del tercer ventrículo. Ante la discordancia clínico-laboratorial se decide realizar prueba para dilución de prolactina para investigar efecto de gancho, con resultados 22.9 ng/mL en dilución 1:10, 109ng/mL en dilución 1:100 y 996ng/mL en dilución 1:1000, confirmando diagnóstico. En vista de la compresión sobre el quiasma se decide realizar cirugía transfenoidal. **Conclusiones/Recomendaciones:** Este caso demuestra la importancia de la correlación clínico-laboratorial y la necesidad de buscar siempre en presentaciones atípicas de las enfermedades un diagnóstico que englobe las manifestaciones clínicas de los pacientes.

38TL. GLIOBLASTOMA MULTIFORME VARIANTE DE CÉLULAS GIGANTES. REPORTE DE CASO. Beatriz Amalia Rivas¹, Allan Iván Izaguirre González,² José Geovany García Herrera,³ Flor de Azalea Girón.⁴ ¹Médico Residente de Cuarto Año, Postgrado de Anatomía Patológica, Universidad Nacional Autónoma de Honduras (UNAH); ²Doctor en Medicina y Cirugía, UNAH; ³Médico Residente de Quinto Año, Postgrado de Neurocirugía, UNAH; ⁴Médico Especialista en Anatomía Patológica, Hospital Escuela Universitario (HEU), Tegucigalpa, Honduras.

Antecedentes: El glioblastoma multiforme de células gigantes representa una categoría aparte dentro de la clasificación de la Organización Mundial de la Salud, correspondiendo al menos del 1% de los tumores cerebrales y menos del 5% dentro de los glioblastomas multiformes. Clínicamente se presenta en edades adultas con una edad media de 42 años, sin predisposición por género. Se describen sólo 55 casos publicados en la literatura mundial. **Descripción del caso:** Paciente femenina de 24 años, procedente de zona noroccidental, con historia de cefalea holocraneana de 15 días de evolución, intensa, opresiva, atenuada parcialmente con AINES, acompañado de vómitos 4 episodios diarios. Al examen neurológico se encuentra discreta adiadococinesia derecha. Se realizó TAC cerebral que evidenció lesión heterogénea en vermix cerebeloso, con extensión a hemisferio cerebeloso derecho, por lo que se realiza craneotomía suboccipital con remoción del arco posterior de C1, abordaje transcerebelar, con citorreducción tumoral, encontrando masa tumoral vascularizada con componente quístico. Estudio anatomopatológico evidenció glioblastoma multiforme variante de células gigantes, confirmado con tinción de inmunohistoquímica CD30, vimentina y PFGA, las cuales mostraron positividad difusa de células neoplásicas. Paciente con buena evolución clínica post quirúrgica, egresada sin déficit neurológico. Posteriormente presenta recidiva tumoral por lo que se reinterviene en 4 ocasiones, posterior a 30 dosis de radioterapia y 12 ciclos de quimioterapia, se reingresa con deterioro neurológico progresivo, signos meníngeos y síndrome de Parinaud, Karnofsky de 30 puntos, por lo que se realiza DVP por compresión de IV ventrículo e hidrocefalia obstructiva secundaria, sin embargo, presenta neumonía asociada a servicios de salud, falleciendo a las dos semanas intrahospitalarias. **Conclusiones/Recomendaciones:** Es importante considerar la variante biológica del glioblastoma multiforme, para determinar el pronóstico, las acciones terapéuticas a seguir y la supervivencia postoperatoria que influirán de forma completa en la calidad de vida de estos pacientes.

39TL. SÍNDROME DE EMBRIOPATÍA DIABÉTICA.

REPORTE DE CASO. Allan Iván Izaguirre González,¹ Jorge Alberto Cerrato Ferrufino.² ¹Doctor en Medicina y Cirugía, Universidad Nacional Autónoma de Honduras; ²Médico Especialista en Medicina Materno Fetal, Instituto Hondureño de Seguridad Social (IHSS), Tegucigalpa, Honduras.

Antecedentes: Las malformaciones congénitas producidas por la diabetes materna constituyen un síndrome conocido como “embriopatía diabética”. Los defectos se asocian a la diabetes pregestacional, tipo 1 ó 2. Su patogénesis no está totalmente esclarecida pero la hiperglicemia parece ser el estímulo intrauterino más importante, favoreciendo la producción de radicales libres y otras condiciones adversas para la implantación y el desarrollo embrionario y fetal.

Descripción del caso: Presentamos el caso de múltipara, procedente de Tegucigalpa, con antecedente de diabetes mellitus tipo 2 no controlada, hipotiroidismo y obesidad grado I, con HGO: G:3, C:2, A:1, HV:1, HM:1, 6 controles prenatales, y embarazo de 30.6 SG por FUM. Acude a su control prenatal, realizándose ultrasonido obstétrico que evidenció: raquisquisis con hidrocefalia severa y tendencia al macrocráneo, pie equinovaro bilateral y polihidramnios (ILA 21.7cc). Paciente refiere contracciones esporádicas aproximadamente 10 contracciones en 24 horas. Examen físico: Glucometría 160mg/dl, PA 110/60mmHg, FC:78lpm, GO: cérvix dilatado 2 cm, B: 50% AP: -3, membranas íntegras, cefálico. Es ingresada con plan de cesárea más OTB. Se realizó procedimiento quirúrgico obteniendo recién nacido con múltiples malformaciones congénitas (defectos del tubo neural, estructuras craneofaciales, y óseas). Se ingresa a unidad de cuidados intermedios, donde se realiza ultrasonido transfontanelar que reportó hidrocefalia severa que, por la presencia de mielomeningocele, con sospecha de Arnold Chiari tipo II. Se realiza mieloplastia con técnica habitual sin complicaciones, paciente permanece estable hasta el momento de su egreso hospitalario. **Conclusiones/Recomendaciones:** Niveles de HbA1c en el primer trimestre $\geq 7\%$ o glucosa basal $>120\text{mg/dl}$ se han asociado al desarrollo de malformaciones. El pobre control glicémico desde la primera cita prenatal y la diabetes gestacional complicada son los factores de riesgo más importantes para presentar complicaciones neonatales. Es importante un estricto manejo adecuado para disminuir la incidencia de malformaciones asociadas a hiperglicemia en el embarazo.

40TL. SÍNDROME METABÓLICO Y ESTILOS DE VIDA EN ESTUDIANTES DE MEDICINA UNAH 2017.

Gabrielle Carolyne Saucedo Montoya,¹ Ferdinando Vicente Bustillo Ramirez,¹ Sergio Enmanuel Flores Jimenes,¹ Geovanna Michele Moya Díaz,¹ Edna Maradiaga,² Betty Ávila.³ ¹Doctor en Medicina y Cirugía; ²Doctora en Medicina y Cirugía, Máster en Salud Pública, Universidad Nacional Autónoma de Honduras (UNAH); ³Médico Especialista en Medicina Interna, UNAH.

Antecedentes: El Síndrome Metabólico(SM) es un conjunto de condiciones patológicas asociada a resistencia a la insulina e hiperinsulinemia, con otros factores de riesgo puede desarrollar diabetes mellitus tipo 2 y enfermedades cardiovasculares. En Latinoamérica el SM alcanza niveles alarmantes en jóvenes adultos siendo un 24% a los 20 años. El Estilo de Vida(EV) que adoptan los jóvenes cada día es un contribuyente para padecerlo. **Objetivo:** Determinar el porcentaje de SM y EV en estudiantes de Medicina UNAH 2017. **Metodología:** Estudio descriptivo transversal en 280 estudiantes de Medicina de segundo a sexto año; muestreo no probabilístico por estratos; técnica aplicada fue la entrevista, utilizando formulario estructurado con las siguientes secciones: datos sociodemográficos, antecedentes patológicos familiares y personales, cuestionario sobre estilos de vida en jóvenes universitarios, examen físico y laboratorio según la Federación Internacional de Diabetes(IDF); tipo de análisis univariado, bivariado, frecuencia, porcentajes e intervalo de confianza al 95%; estudio aprobado por el Comité de Ética, se aseguró confidencialidad y participación voluntaria. **Resultados:** De los estudiantes evaluados 123(43.93%) hombres y 157(56.07%) mujeres, 30(10.71%) cumplían criterios IDF para SM; 18(60%) hombres y 12(40%) mujeres. Los antecedentes patológicos familiares: hipertensión y diabetes mellitus, y los personales: síndrome de ovarios poliquístico y sobrepeso en ambos fueron los más frecuentes. En cuanto al estilo de vida, 22(73.33%) no realizaba actividad física, y 16(53.33%) no tenían un estado emocional estable. Sin embargo, 27(90%) refirió alimentación saludable, y 24(80%) con buena calidad de sueño. **Conclusiones/Recomendaciones:** Los criterios IDF encontrados fueron triglicéridos y C-HDL alterados, seguido por IMC ≥ 30 e hipertensión. El EV no contribuyó para relacionar con SM, pero sí los antecedentes familiares. La UNAH debe asumir compromiso en la promoción de programas sobre estilos de vida saludable y estrategias para el abordaje y seguimiento a los estudiantes universitarios con SM.

41TL. MEDIDAS DE AFRONTAMIENTO ESPIRITUAL, APOYO SOCIAL, Y ESTILOS DE VIDA, EN ADULTOS MAYORES DEL SERVICIO DE GERIATRÍA.

Idixi Garmendia,¹ Gabriela Amaya.² ¹Médico Especialista en Medicina Interna, Universidad Nacional Autónoma de Honduras (UNAH), Máster en Epidemiología, Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua (UNAN), Sub-especialista en Geriatria (ISSSTE México), Tanatología Clínica, Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM); ²Doctora en Medicina y Cirugía, Diplomado en Gerontología.

Antecedentes: La espiritualidad se relaciona con el significado personal del sentido de la vida, en relación con el bienestar de los adultos mayores se vincula con la reducción de índices de mortalidad, mejora del funcionamiento cognitivo y estilos de vida saludable. **Objetivo:** Determinar el índice de espiritualidad utilizando la escala aprobada para población latinoamericana en 2012. **Metodología:** Un primer análisis consistió en agrupar a los pacientes de acuerdo con las variables de espiritualidad para relacionar con el resto de las variables mediante prueba U de Mann Whitney según se distribuían las variables numéricas y mediante prueba X^2 para variables nominales. **Resultados:** 50 eran mujeres (58%) y 36 hombres (42%), la edad media fue de 78 años. La determinación del Índice de Espiritualidad 63 se consideró espirituales (73%). El índice de apoyo social percibido se distribuyó de la siguiente manera: 75 tienen a quien acudir en caso de enfermedad (87%), 70 tienen a quien acudir en las buenas o en las malas (82%), 66 tienen a quien acudir si se sintieran tristes (77%), 60 tienen a quien contar y confiar sus problemas (70%), 36 tienen a quien acudir si tuvieran un problema económico (42%). En relación con los estilos de vida: Los espirituales 26 realizan ejercicio (42%), los no espirituales 6 realizan ejercicio (26%), el índice de apoyo social 72% es percibido muy similar tanto en espirituales como no espirituales. **Conclusiones:** El índice de espiritualidad encontrado fue de alto, la espiritualidad y su relación con las variables determinaron que las estrategias de afrontamiento espiritual predicen un mejor ajuste psicológico, y los adultos mayores se benefician de su vida espiritual. Recomendaciones: continuar investigando en el área de la vida espiritual a fin de aprovechar este recurso dentro de la geriatría y las estrategias de intervención preventiva ante problemas de morbilidad biopsicosocial.

42TL. CARACTERÍSTICAS DE INFECCIÓN PUERPERAL EN PACIENTES DEL HOSPITAL ESCUELA UNIVERSITARIO, TEGUCIGALPA, ENERO A JUNIO DEL 2017.

Leonardo Flavio Medina Guillén,^{1,2} Jorge Luis Jiménez,³ Isaac Heriberto Vásquez,³ Jennifer Mariela Mendoza,¹ Cesar Iván Acosta,¹ Emerson Joel Barahona,¹ Andrea Lucía Pérez,¹ Juan Gabriel Ulloa,¹ Nicole Anahí Velásquez,³ Josselyn Nicole Rojas,¹ Gloria Rivera.⁴ ¹Estudiante de Sexto Año de Medicina, Universidad Nacional Autónoma de Honduras (UNAH); ²Sociedad de Liderazgo e Investigación en Salud (SOLICS); ³Estudiante de Quinto Año de Medicina, UNAH. ⁴Docente, UNAH.

Antecedentes: Las infecciones puerperales son una de las principales complicaciones de la paciente obstétrica. El cuadro clínico es fiebre, dolor abdominal, hipersensibilidad parametrial durante la exploración bimanual, loquios fétidos y secreción vaginal purulenta. No existen estudios previos en Honduras sobre esta temática. **Objetivo:** Identificar las características de infección puerperal en las pacientes de la Sala de Séptico del Hospital Escuela Universitario, Tegucigalpa. **Metodología:** Estudio descriptivo transversal. Se revisaron expedientes de 34 púerperas. Se elaboró instrumento con 31 preguntas. Análisis con SPSS v23, se realizó análisis de frecuencias. **Resultados:** 27 (79%) edad 18-35 años, 11 (32.4%) secundaria incompleta, 11 (32%) sobrepeso, 22 (65%) nulíparas, 21 (61.8%) cesáreas. Control prenatal 27 (79%). 9 (26%) presentaron ruptura de prematura de membrana. 15 (44%) padecieron infecciones urinarias. No presentaron infecciones vaginales durante el embarazo 27 (79%). Enfermedad de base más frecuente: Hipertensión Arterial (HTA) en 7 personas (21%). 31 personas (91%) presentaron complicaciones: endometritis 20 (55.6%), infección del sitio quirúrgico 14 (50%) y preeclampsia 10 (36%). 20 (59%) presentaron fiebre, 18 (53%) olor fétido y 12 (35%) supuración de sitio quirúrgico. Se observó relación entre hacinamiento y pobreza. Se revisaron 8 cultivos realizados, 7 resultaron positivos (patógenos Gram positivo e infiltrado leucocitario) y uno negativo. **Conclusiones/Recomendaciones.** La infección puerperal presentó las características de pacientes en edades <30 años, nulíparas, cesárea e HTA, pobreza y baja escolaridad. La mayoría cursó con sintomatología febril asociado a infecciones supurativas. Se recomienda brindar educación sobre aseo del área genital, dietas adecuadas y signos de complicaciones puerperales. Además, una adecuada vigilancia para manejar los factores de riesgo modificables que presenten.

43TL. TRIPLE TUMOR SINCRÓNICO EN ESÓFAGO, TIROIDES Y OVARIO: REPORTE DE UN CASO, HOSPITAL DE ESPECIALIDADES SAN FELIPE. Danielson Antunez,¹ Marco Antonio Urquia.² ¹Médico Especialista en Cirugía Oncológica, Hospital de Especialidades San Felipe (HESF), Tegucigalpa, Honduras; ²Doctor en Medicina y Cirugía, Universidad Nacional Autónoma de Honduras.

Antecedentes: Los cánceres primarios sincrónicos se definen como las neoplasias malignas de diferente origen histológico en el mismo individuo que ocurren al mismo tiempo. La aparición de tumores primarios sincrónicos es sumamente rara con prevalencia de 0.73% y solo se han reportado un número limitado de casos con cáncer triple sincrónico. En Honduras no se han reportado casos similares. **Descripción del caso:** Paciente femenina de 65 años que se presenta al servicio de Consulta Externa de Cirugía Oncológica del HESF por presentar nódulo solitario en glándula tiroides. Se le realiza biopsia por aspiración con aguja fina, con reporte biopsia de carcinoma papilar. Simultáneamente presenta sintomatología de disfagia progresiva realizándose una endoscopia digestiva alta más biopsia que reporta carcinoma espinocelular moderadamente diferenciado de esófago, por lo cual se programa para tratamiento de quimioterapia/radioterapia. Estudios de extensión: USG abdominal total reporta miomatosis uterina y abundante líquido libre en cavidad abdominal. Se realiza laparotomía exploratoria más gastrostomía, previo a tratamiento base de cáncer de esófago encontrándose ovario izquierdo con tumor pétéreo multiloculado, con reporte de biopsia: tumor de Brenner benigno de ovario. Posteriormente se programa para tiroidectomía total; reporte final de biopsia: carcinoma papilar clásico con compromiso capsular lobular siendo referida para radioterapia conjunta. **Conclusiones/Recomendaciones:** Los tumores triples sincrónicos son extremadamente raros, siendo este caso el primero documentado en Honduras, en el cual se logró tratamiento exitoso en el tumor de ovario y tiroides; actualmente paciente en radioterapia con tratamiento final con buena respuesta clínica y dando seguimiento al paciente.

44TL. TROMBOSIS SÉPTICA PUERPERAL MASIVA. INFORME DE UN CASO. Alejandra María Sosa Rivera,¹ Nohely María Aguilar,² Scarleth Alejandra Cruz.³ ¹Médico Residente de Tercer Año, Postgrado de Radiología, Universidad Nacional Autónoma de Honduras (UNAH); ²Médico Residente de Segundo Año, Postgrado de Radiología, UNAH; ³Radiólogo Intervencionista, Hospital Escuela Universitario, Tegucigalpa, Honduras.

Antecedentes: La trombosis séptica puerperal es una entidad poco común pero potencialmente letal, ocurre en 1/2000 partos durante el puerperio inmediato, manifestándose como síndrome febril prolongado, dolor lumbar o en flanco y leucocitosis. Los factores de riesgo son: cesárea de emergencia, trabajo de parto prolongado, ruptura prematura

o prolongada de membranas, parto difícil, anemia, desnutrición. En los casos graves se produce trombosis séptica masiva, por extensión a la vena cava y sector iliofemoral, aumentándose el riesgo de tromboembolismo pulmonar. **Descripción del caso:** Femenina, 29 años, procedente de Campamento, Olancho, con antecedente de parto atendido por partera, sin complicaciones aparentes, con historia de fiebre de 21 días de evolución, escalofríos, diaforesis, mialgias y malestar general. Examen físico: P/A 90/60mmHg, FC: 90 lpm, SO₂ 88%, afebril, mucosas secas, edema de miembro inferior izquierdo. Laboratorio: hemoglobina 7.1mg/dl, hematocrito 23%, plaquetas 252,000, TP 13.9seg, TPT 36.9 seg, INR 1.20, leucocitos 16,780. Ultrasonido abdominal evidencia material ecogénico en venas cava inferior, renal izquierda, ilíaca izquierda en relación con trombosis. Doppler de miembros inferiores reporta trombosis venosa profunda de segmento femoropoplíteo izquierdo, femoral derecho e ilíacos bilateral. Tomografía contrastada, muestra defecto de llenado en la totalidad de la vena cava desde su llegada a la aurícula derecha con presencia de burbujas de gas, que se extiende hacia venas renales, vena ovárica izquierda, ilíacas comunes, externas e internas, femorales. Se confirmó el diagnóstico de trombosis séptica masiva, recomendando trombolisis sistémica, ya que no era candidata a filtro de vena cava. Se manejó con tratamiento médico, mostrando una respuesta favorable. **Conclusiones/Recomendaciones:** La trombosis séptica puerperal es una entidad rara, debe tenerse en cuenta como diagnóstico diferencial en púerperas con historia de dolor abdominal, fiebre y leucocitosis, el tratamiento con antimicrobiano y anticoagulantes debe iniciarse precozmente para evitar complicaciones graves.

45TL. ANTECEDENTE DE PREPARACIÓN PRECONCEPCIONAL Y PREVALENCIA DE ANEMIA EN EMBARAZADAS EN AZACUALPA VALLE, HONDURAS JULIO 2016. Dalton Argean Norwood,¹ Andrea Alejandra Paredes,¹ Abraham Isai Tabora,² Ana Julissa Galvez,³ Rosbin Daniel Lanza.⁴ ¹Médico en Servicio Social, Hospital de Occidente, Santa Rosa de Copán; ²Médico en Servicio Social, Dolores, Copán; ³Médico en Servicio Social, CIS Fesitranh, San Pedro Sula; ⁴Médico General CIS Azacualpa, Santa Bárbara.

La anemia es el trastorno nutricional más frecuente en el mundo, y debido a que en el embarazo existe una gran demanda de hierro, se constituye en un importante riesgo de desarrollar anemia ferropénica. La anemia es la alteración hematológica más diagnosticada durante la gestación, por lo que todas las gestantes están en riesgo de padecer anemia en el embarazo, siendo más frecuente en países subdesarrollados. **Objetivo:** Este estudio se realizó con el objetivo de determinar la prevalencia de anemia y el antecedente de preparación preconcepcional en mujeres embarazadas que acuden a la Unidad de Salud Primaria de Azacualpa Valle,

Santa Bárbara en Junio de 2016. **Pacientes y Métodos:** Estudio cuantitativo, observacional, descriptivo, transversal prospectivo tomando en cuenta como población todas las pacientes embarazadas que acudieron a la unidad de salud de Azacualpa Valle en Junio del 2016 a las cuales se les interrogó sobre sus antecedentes de preparación preconcepcional y se les realizó un hemograma completo para el diagnóstico de anemia. **Resultados:** Población de 122 pacientes, 22 pacientes excluidos con un total de n=100 pacientes incluidos. El 29% eran adolescentes y 71% adultos. El 13% de las pacientes refirieron haber tenido algún tipo de preparación preconcepcional, el 18% de las pacientes recibió suplementos de hierro y ácido fólico en el trimestre previo al embarazo. Los resultados hemoglobina promedio fueron 11.78 g/dl (6.8-14.1) Resultando en una frecuencia de diagnóstico de anemia de 26% (34.5% adolescentes, 22.5% adultos) de estos 88% anemia leve (Hb10-11g/dl), 12% moderada (7-10g/dl) y 0% severa (<7g/dl). **Conclusión:** El antecedente de preparación preconcepcional en el área es sumamente baja y la frecuencia de anemia es similar a los datos reportados por la OMS sin embargo los datos en adolescentes son considerablemente mayores. Se recomiendan estudios poblacionales para desarrollo de intervenciones en salud pública para disminuir estas tasas.

46TL. CARACTERIZACIÓN DE LOS PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO 2 E HIPERTENSIÓN ARTERIAL QUE ACUDEN A LA CONSULTA EXTERNA DE ENDOCRINOLOGÍA DEL HOSPITAL ESCUELA UNIVERSITARIO, PERIODO DE AGOSTO A DICIEMBRE DEL 2017. Elvin Omar Videá Irías,¹ Irma Isabel De Vicente Aguilera,¹ Astrid María Andrade Ramos,² Gabriela Nicole Pineda Murcia,² Valeria Jerez Moreno,² Carol Sarahi Pacheco Montalván,² Scarlet Betzabel Rodas Gallardo,² Luis Alfredo Rodríguez Castellanos,³ Dalia María Ávila Turcios,⁴ María Alejandra Ramos Guifarro.⁴ ¹Médico Especialista en Medicina Interna, Servicio de Endocrinología, Hospital Escuela Universitario (HEU), Tegucigalpa, Honduras, ²Estudiantes cursando sexto año de la Carrera de Medicina, Universidad Nacional Autónoma de Honduras (UNAH); ³Doctor en Medicina y Cirugía, UNAH; ⁴Especialista en Endocrinología, Servicio de Endocrinología, HEU.

Antecedentes: La diabetes mellitus y la hipertensión arterial son consideradas las enfermedades con mayor riesgo de morbi-mortalidad en el mundo. Entre sus complicaciones destacan eventos cardiovasculares, enfermedad renal, hipoperfusión coronaria, así como lesiones en órganos diana. Un diagnóstico temprano, junto al logro de metas permite disminuir el riesgo de dichas complicaciones. **Objetivo:** Caracterizar a la población con diabetes mellitus tipo 2 (DM2) que tienen hipertensión arterial (HTA) en la consulta externa de Endocrinología, Hospital Escuela Universitario (HEU), de agosto a diciembre 2017. **Metodología:** Estudio Descriptivo Transversal. De los 2,000 pacientes con diabetes que acu-

den a consulta externa de Endocrinología del HEU, el 90% tiene DM2. De esta población, el 42.72% tiene HTA, con un intervalo de confianza del 95% se calculó una muestra de 100 pacientes a los que previo a obtención de consentimiento informado se les aplicó un instrumento de recolección de datos mediante entrevista. Este estudio contó con aprobación del comité de ética. **Resultados:** El 75% eran mujeres y el 25% hombres, con una media de edad de 59 años. El 55% tiene más de 10 años de diagnóstico de DM2 y 39% más de 10 años con HTA. El 53% usa ARA2, 36% calcioantagonistas y 35% IECAS; 57% está con monoterapia por su HTA. El 81% consume metformina y 67% insulina para control glicémico. El 28% indica que en ocasiones olvida tomar sus medicamentos y 78% refiere consumo en el mismo horario todos los días. El 50% de los pacientes tenía presión arterial superior a 130/80 mmHg. **Conclusiones/ Recomendaciones:** La HTA es una condición en la cual solo la mitad de los pacientes están controlados, de ellos la mayoría tiene monoterapia. Recomendamos realizar intervenciones integrales en cada unidad de salud para reducir los altos porcentajes de pacientes que no logran llegar a los objetivos deseados.

47TL. NEUROFIBROMATOSIS TIPO 1 EN UNA NIÑA DE 6 AÑOS, REPORTE DE CASO. Iveth Amador Rosa,¹ Denis Espinal López,² Joseline Ortiz Barahona,² Azaria Cáliz Martínez,¹ Dariela Ramos Suazo,² Gustavo Hernández Bustillo.³ ¹Médico en Servicio Social, Universidad Católica de Honduras; ²Médico en Servicio Social, Universidad Nacional Autónoma de Honduras; ³Médico Especialista en Pediatría, Jefe Departamento de Pediatría, Hospital de Especialidades San Felipe (HESF), Tegucigalpa, Honduras.

Antecedentes: La neurofibromatosis tipo 1 conocida como enfermedad de von Recklinghausen, con incidencia de 1 por cada 2700 a 3500 nacidos vivos, es un síndrome neurocutáneo, autosómica dominante, cuyo diagnóstico requiere presencia de dos de siete criterios clínicos y de imagen; con fenotipo clínico variable e impredecible con predisposición al desarrollo de tumores benignos y malignos. **Descripción del caso:** Femenina, seis años, de Cortés, escolar, con historia 2 meses de evolución de parestias, parestesias inicio súbito y progresivo, ascendente en miembro inferior derecho que evoluciona a dificultad en deambulación independiente, marcha atáxica. Siendo referida por pediatra a neurología. Al ser evaluada se diagnostica como NF1 y se inicia manejo con levetiracetam, oxigenador cerebral y multivitaminas. Buscando segunda opinión se presenta al servicio de Pediatría del HESF con incontinencia vesical de 15 días de evolución, cefalea holocraneana, esporádica de moderada intensidad, sin auras, de mismo tiempo de evolución y marcha atáxica ya descrita. Al examen físico, múltiples manchas café con leche >5mm, signo de Crowe presente, dos nódulos de Lisch en ojo derecho y uno en ojo izquierdo. Perímetro cefálico aumentado 57cm, leve escoliosis, hipe-

rreflexia de miembros inferiores. Exámenes laboratoriales sin alteración. USG abdominal normal. Rayos X de huesos largos normal. Se interconsulta nuevamente al servicio de neurología, donde se le realiza EEG que reporta actividad epileptiforme correspondiente a crisis de ausencia y se cambia manejo con levetiracetam por ácido valproico. Se realiza IRM que descarta presencia de proceso ocupativo a nivel de sistema nervioso central y medular; evidenciando hidrocefalia no comunicante con estenosis del acueducto de Silvio, cerebelitis y aplanamiento de circunvoluciones cerebrales. Se deriva a servicio de neurocirugía para colocación de DVP; con resolución de incontinencia vesical, cefalea y mejoría progresiva de marcha atáxica con instauración de terapia física correspondiente. Actualmente en control multidisciplinario por consulta externa.

48TL. DESARROLLO Y EVALUACIÓN DE UNA INFUSIÓN DE TÉ ROJO (*Camellia sinensis*) CON MORA (*Rubus ulmifolius*) ENRIQUECIDO CON B-GLUCANOS PARA EL CONTROL DE GLICEMIA EN PERSONAS DIABÉTICAS.

Adriana DiLoro,¹ Crista María Castillo Altamirano,² Luis David Naranjo Quimbiulco,² Poliana Gulak.⁴ ¹MSc, Nutricionista, Investigación en Atención Primaria de la Salud (APS), Escuela Agrícola Panamericana (EAP) Zamorano; ²Ingeniero Agroindustrial EAP Zamorano; ³Tecnología de los Alimentos, Universidad Federal de Ciencias de la Salud de Porto Alegre, Brasil.

Antecedentes: Se desarrolló y evaluó una infusión de té rojo con moras enriquecido con β -glucanos para el control de glicemia en personas diabéticas en virtud de un alto porcentaje de personas utilizan medicina tradicional como extractos de plantas para satisfacer sus necesidades de APS. **Metodología:** Estudio clínico observacional fase III aprobado por el Comité de Ética de la Universidad Nacional Autónoma de Honduras en 2017. Se utilizó un diseño completamente al azar evaluando las concentraciones de té rojo con mora deshidratada (50/50 y 75/25), temperaturas (75 y 95 °C) y tiempos de infusión (2 y 5 min) obteniendo la infusión con mayor contenido de polifenoles totales. La ingesta del té se evaluó en 30 diabéticos, por 28 días, se tomaron medidas antropométricas (peso, talla, ICC y TA), bioquímicas (glucosa y colesterol) y la ingesta alimentaria a través de recordatorio de 24 h. **Resultados:** El tratamiento con mayor contenido de polifenoles fue obtenido con 75/25 de té rojo con mora deshidratada, 95°C e infusión por 5 min. La ingesta de té se asoció a reducciones en las medidas antropométricas de IMC e ICC. **Conclusiones/Recomendaciones:** Fue posible extraer mayor contenido de polifenoles totales con mayor tiempo y temperatura de infusión. Hubo mayor reducción de IMC en edades de 44-65 años, niveles de glucosa en edades de 45-65 y > 65 años, niveles de colesterol total en edades de 45-65 años, los participantes diabéticos presentaron una distribución normal de la ingesta de macronutrientes.

49TL. PERFIL CLÍNICO-METABÓLICO DE PACIENTES CON HIPOTIROIDISMO EN INSTITUCIÓN PRIVADA DURANTE 2015-2017. Ramón Yefrin Maradiaga Montoya, Médico Especialista en Medicina Interna, Docente Universidad Católica de Honduras.

Antecedentes: El hipotiroidismo es uno de los problemas endocrinos más frecuentes, en nuestro país se desconocen datos y carecemos de guías de diagnóstico. **Objetivo:** Describir características clínicas y perfil metabólico de pacientes con hipotiroidismo del 2015 al 2017 en un centro privado. **Metodología:** Estudio, descriptivo, transversal; se evaluaron 60 pacientes con diagnóstico de hipotiroidismo primario. Se evaluó presencia de hipertensión arterial, diabetes o prediabetes, antecedentes familiares de hipotiroidismo. Se evaluó peso, talla, y perímetro abdominal, colesterol total, HDL, LDL, triglicéridos, ultrasonido de tiroides, anticuerpos anti TPO. Los datos se recolectaron de los expedientes clínicos, se creó una base de datos en Epi Info y se realizó el análisis de distribución de frecuencia. **Resultados:** 60 pacientes, 50 mujeres (83.33%), 10 hombres (16.66%), edad mínima 32 años, máximo 83 años, media de 60 años; 20 con diabetes mellitus tipo 2 (33.3%), 9 pre diabéticos (15%); hipertensión arterial 38 (63.33%); 18 (30%) antecedentes familiares de hipotiroidismo, en 5 se encontró uso de amiodarona; 9 (15%) con peso normal, 29 (48.3%) con sobrepeso, 14 (23.33%) con obesidad grado I; 44 (73.33%) obesidad central; 33 (55.0%) con triglicéridos elevados; 37 (61.67%) con colesterol total elevado; 42 (70.0%) con colesterol LDL elevado; 40 (66.67%) con HDL bajo; 44 (73.3%) con síndrome metabólico; ultrasonido: 7 (11.67%) normal, 14 (23.3%) con disminución de tamaño, 12 (20%) con nódulos, 22 (36.67%) con bocio multinodular. en 15 (25%) pacientes no se midieron anticuerpos anti TPO, 23 (38.33%) resultaron normales, 22 (36.67%) resultaron elevados. **Conclusiones/Recomendaciones:** la mayoría de los pacientes evaluados con síndrome metabólico, sobrepeso, dislipidemias, diabetes, prediabetes, anti TPO elevados, y alteraciones en ultrasonido. Debe realizarse perfil tiroideo en pacientes con síndrome metabólico y elaborar estudios a gran escala para elaborar guías locales de diagnóstico.

50TL. CONSTRUCCIÓN DE ESCENARIOS FUTURIBLE PARA MORTALIDAD MATERNA, INFANTIL Y PREESCOLAR EN DANLÍ HONDURAS BASADO EN EVIDENCIA DE CASOS. Lorenzo Ubaldo Pavón Rodríguez, Doctor en Medicina y Cirugía, Máster en Salud Pública, Máster en Administración en Salud.

Antecedentes: La prospectiva estratégica permite construir escenarios retro y prospectivos (pasado, presente y futuro) para los problemas de salud pública complejos como la mortalidad materna, infantil y preescolar. No se encontraron estudios a nivel municipal en Honduras. Se plantea la pregunta: ¿Qué cambios deben realizarse en la cobertura de

servicios médicos para reducir las tendencias en mortalidad materna, infantil y preescolar, proyectados a un escenario futurible al 2030. **Objetivo:** Construir un escenario futurible al 2030 para la mortalidad materna, infantil y preescolar con base a su evolución durante el período 2006-2017 y la introducción de cambios en la cobertura de servicios médicos en el municipio de Danlí, Honduras. **Metodología:** Estudio cuantitativo de tipo prospectivo según metodología de Tomas Miklos. Variables: Dependientes: mortalidad materna, infantil y preescolar. Independiente: cobertura de servicios médicos. Marco muestral: Consolidado de muertes maternas, infantiles y preescolar IVM-3 y 5-Secretaría de Salud. **Resultados:** A partir de las tendencias de la mortalidad materna (41), infantil (530), y preescolar (104) durante el período 2006 – 2017 se proyecta el escenario inercial al 2030 con tendencia ascendente para muertes maternas (107), ligeramente descendentes para muertes infantiles (479) y preescolares (92). Tomando como base la evolución de la mortalidad se introducen factores relacionados con cobertura de servicios médicos titulados, enfermeras profesionales y enfermeras auxiliares; así como unidades de atención primaria de salud y clínicas materno-infantiles, perfilando escenarios utópicos (baja mortalidad) y catastróficos (elevada mortalidad). **Conclusiones/Recomendaciones:** La tendencia elevada de las tres mortalidades desde el 2006-2017 proyecta escenarios catastróficos al 2030. La introducción de cambios en la cobertura de servicios médicos soportados en una respuesta social organizada construiría escenarios utópicos en las tres mortalidades proyectadas hacia el 2030.

51TL. HIPERMELANOSIS ANTECUBITAL ATÓPICA: SUTIL SIGNO CLÍNICO DE ATOPIA. José Alberto Díaz R.,¹Vladimir Guzmeli V.,² Jorge A. Fernández V.³ ¹Médico Especialista en Medicina Interna, Centro de Salud Integral (CSI) Zoé, Tegucigalpa; ²Alergia e Inmunología Clínica, Hospital Escuela Universitario, Tegucigalpa; ³Dirección Médica, CSI-Zoé, Tegucigalpa.

Antecedente: La atopia es un proceso biológico de carácter poligénico, condicionado también por factores ambientales, que produce una serie de manifestaciones clínicas en diferentes órganos y sistemas, que se resumen en la “marcha atópica”, con manifestaciones de múltiples síntomas y signos clínicos, incluyendo afectaciones de la coloración cutánea, como leucodermias e hipermelanosis. **Descripción de la Experiencia:** Aunque se han descrito hipermelanosis en algunas áreas anatómicas, especialmente ocurridas por el fenómeno de rascado y en el contexto de dermatitis / eczema atópico, la puntualización de la aparición de hipermelanosis en la fosa cubital, sin que exista eczema o rascado, no aparece en la literatura universal. Se trata exactamente de un oscurecimiento del área antecubital, usualmente de forma redonda u ovalada, bilateral, que no causa molestias al paciente, y quizás por ello no es percibida por el médico ni el paciente. **Lecciones Aprendidas:** Las imágenes de

este signo forman parte de la mirada de estigmas clínicos asociados a las enfermedades atópicas, que se presentan con el fin de que el médico se familiarice con su presencia, abonando al diagnóstico en la presencia de atopia.

52TL. CARACTERIZACIÓN DE LOS CASOS DE SUICIDIOS, REGISTRADOS POR EL INSTITUTO DE CIENCIAS FORENSES DE TEGUCIGALPA, HONDURAS EN EL PERÍODO DE ENERO 2015 - JUNIO 2017. Gladis Palacios Velázquez,¹ Lorenzo Pavón Rodríguez.² ¹Doctora en Medicina y Cirugía, Máster en Salud Pública; Medicina Forense del Ministerio Público, Tegucigalpa MDC, ²Doctor en Medicina y Cirugía General, Máster en Salud Pública, Máster en Administración en Salud.

Antecedentes: Según OMS/OPS (2014) las tasas de suicidio a nivel mundial para el 2012 son las siguientes: México (menor de 5%), Guatemala, Honduras, Costa Rica (entre 5-9.9%), El Salvador y Nicaragua las más altas de Centro América (10-14.9%), Belice tiene la menor (menos del 5%). En dicho informe estas organizaciones afirman que en Honduras los datos registrados no son registros vitales y lo ubican como el único país de América. En Honduras no se encontraron estudios actuales reportados relacionados con el tema. **Objetivo:** Caracterizar el fenómeno de suicidio en la ciudad de Tegucigalpa durante el período de enero 2017-junio 2017. **Metodología:** Estudio descriptivo retrospectivo, transversal, con universo de 99 casos. **Resultados:** La media 43 años, moda 18 años, edad mínima 12, la máxima 73 años. En relación con el sexo, el masculino representó el 70%, 69% y 85% en 2015, 2016 y 2017 respectivamente, los solteros representaron el 64% durante todo el período, el 42% tenían primaria completa. En cuanto instrumento utilizado, el lazo representó en la femeninas el 46%, 56%, 50% y el 50%, 57%, 41% en masculinos en el 2015, 2016 y 2017 respectivamente. Comayagüela, la ciudad con el 54% de los casos durante todo el período. En cuanto al comportamiento estadístico 44, 29 y 26 casos para el periodo de estudio. **Conclusiones/Recomendaciones:** La mayoría de los suicidios correspondieron al sexo masculino comprendidos en una edad de 12-22 años. Respecto al tipo de instrumento utilizado para cometer el acto suicida el lazo predominó tanto en hombre como en mujeres, la ciudad de Comayagüela la ciudad de mayor frecuencia del acto suicida.

53TL. SÍNDROME DE FOMO Y SÍNDROME DE PHUBBING: TRASTORNOS DE ADICCIÓN A INTERNET. Edil Rosalío Argueta Machado,¹ Alex Onán Moreno Sanchez,² Katerin Stephanie Cruz Ardón.² ¹Doctor en Medicina y Cirugía, Hospital Escuela Universitario (HEU), Tegucigalpa, Honduras; ²Doctor en Medicina y Cirugía, Universidad Nacional Autónoma de Honduras.

Antecedentes: Actualmente la exposición a nuevas tecnologías, su uso habitual, muchas veces inadecuado, genera

conductas adictivas, provocando trastornos por adicción a Internet (TAI). Dicha adicción trae consigo 2 síndromes que afectan a la población (FOMO y Phubbing). Síndrome de FOMO (*fearofmissingout*) definido como una mera sensación de exclusión, el saber que tus colegas van a algo o tienen algo mejor que tú no sabes, te sientes excluido. Síndrome de Phubbing consiste en restar atención a quien nos acompaña al prestársela más a aparatos electrónicos. En Honduras 36% de las personas tienen acceso a Internet, lo cual hace a esta población susceptible a TAI. **Objetivo:** Determinar la existencia de adicción a Internet en estudiantes universitarios de 4 universidades diferentes, así como sus trastornos secundarios asociados (FOMO, phubbing). **Metodología:** Estudio descriptivo transversal, desarrollado en la UNAH, UNICAH, UNACIFOR y UPNFM en febrero del 2018; criterio de inclusión (estudiante universitario mayor de 17 años). La muestra fue de 300 estudiantes (75 cada universidad). Se recolectaron los datos mediante aplicación del test de Kimberly Young (Test de adicción al internet), se creó una base de datos en EpiInfo 7.0, realizando el análisis de distribución de frecuencia. **Resultados:** La media fue 22.1 años, mediana 21 años, moda 19 años. De acuerdo con este estudio 175 (58%) de los estudiantes presentaron adicción al Internet, de estos 7 (4%) presentan una adicción grave, 163 (96%) adicción entre leve-moderada. De los estudiantes, 166 (55%) presentaron al menos un trastorno secundario a adicción a Internet, de los cuales 107 (36%) corresponden a síndrome de FOMO, 114 (38%) a síndrome de Phubbing, 56 (18%) presentaron ambos trastornos. **Conclusiones/Recomendaciones:** 1.16 de cada 2 estudiantes presentan adicción al Internet, lo cual genera que 1.10 de cada 2 estudiantes desarrolle algún trastorno por adicción al Internet.

54TL. SCORE DE TRAUMA REVISADO COMO PRONÓSTICO DE MORTALIDAD EN EL HOSPITAL ROATÁN. Nuvy Agurcia Bosch,¹ David Gerardo Williams López,² Rolando Aguilera.³ ¹Médico General, Facultad de Medicina, UNICAH, Tegucigalpa. ²Médico Especialista en Cirugía General, Departamento de Emergencia, Hospital de Roatán; Islas de la Bahía, Roatán. ³Médico Especialista en Pediatría, Departamento de Investigación Científica, Asesor Metodológico, Facultad de Medicina, UNICAH, Tegucigalpa.

Antecedentes: El trauma es una de las causas más importantes del ingreso de pacientes a los servicios de Emergencias de los Hospitales y constituyen una alta tasa de morbimortalidad. En nuestro país se encontró un aumento en las muertes debido a traumatismos en su mayoría causados por accidentes de tránsito, en promedio unos 11,000 accidentes que dejan un aproximado de 800 muertes y más de 2,000 lesionados cada año. **Objetivo:** Evaluar la utilidad del Score de Trauma Revisado (STR) en la valoración pronóstica de los pacientes que ingresan por trauma en el servicio de Emergencia del Hospital Roatán, durante el periodo entre

agosto 2016 y enero 2017. **Metodología:** Se realizó un estudio descriptivo, transversal. La población de estudio fue tomada de los pacientes ingresados en el servicio de Emergencia con diagnóstico de trauma en el Hospital de Roatán. El tipo de muestreo no probabilístico discrecional, con un total de 91 casos para este estudio. El levantamiento de datos se realizó mediante una hoja de recolección de datos al ingreso de cada paciente. Se utilizó el programa Epi Info para tabular, analizar y correlacionar las variables de los datos recopilados. **Resultados:** La medición del STR determina que a menor puntaje mayor mortalidad. Un 100% de los pacientes que ingresaron con un STR menor de 7 puntos o clasificados como trauma grave, fallecieron y a medida que aumentaba la puntuación del score disminuía el porcentaje de riesgo de muerte. **Conclusiones/Recomendaciones:** El STR constituye una escala fiable que determina el pronóstico de mortalidad, puntajes menores a 7 son determinantes de mal pronóstico, mientras que puntajes superiores son de mejor pronóstico. El STR es una escala de evaluación de fácil uso que determina el pronóstico de mortalidad en pacientes con trauma, con importancia fundamental en el pronóstico y calidad de vida de la víctima.

55TL. CARACTERIZACIÓN DEL CÁNCER GÁSTRICO ATENDIDO EN EL HOSPITAL EVANGÉLICO-SERVICIO DE SALUD DIGESTIVA, SIGUATEPEQUE 1988-2017.

Enrique Martínez-Reina¹, Cristian Álvarez-Umaña,² Orfilia Moncada-Espinal,² José López- Bustillo,² Manuel Sierra.³ ¹Médico Especialista en Gastroenterología, Docente Universidad Tecnológica Centroamericana (UNITEC), Clínica Salud Digestiva/Servicio de Gastroenterología Hospital Evangélico, Siguatepeque, Honduras. ²Estudiante Quinto Año de Medicina, UNITEC. ³PhD Epidemiología, Unidad de Investigación Científica, Universidad Nacional Autónoma de Honduras (UNAH).

Antecedentes: El cáncer es la segunda causa de muerte a nivel mundial y la quinta en incidencia anual por tumores malignos. Uno de cada 36 hombres y una de cada 84 mujeres desarrollará un cáncer gástrico (CG) antes de los 79 años. En las Américas cada año se producen 85,000 casos nuevos de cáncer de estómago. **Objetivo:** Establecer la incidencia y caracterización de CG en los pacientes atendidos en el Servicio de Gastroenterología del Hospital Evangélico/Salud Digestiva en el periodo de 1988 al 2017. **Metodología:** Se realiza un estudio descriptivo, tipo serie de casos en 570 pacientes, se hizo una revisión de los reportes endoscópicos del Servicio de Salud Digestiva. Los datos se recolectaron en una ficha diseñada para el estudio y se ingresaron electrónicamente en el paquete estadístico Epi Info versión (CDC, Atlanta, GA, EUA). **Resultados:** El 59.8% del CG pertenece al sexo masculino, la edad media de los pacientes fue 65 años (66 años en los hombres y 64 en las mujeres). La región antropilórica representa la mayor frecuencia de localización, el adenocarcinoma se presentó en el 98%

de los pacientes; debido a la escasa realización de pruebas de ureasa no se encontró una relación estadísticamente significativa entre tener una prueba de ureasa positiva (infección por *Helicobacter pylori* activa) y la presencia de CG. El tumor se encontraba moderadamente diferenciado en el 50% de los pacientes y en cuanto a las manifestaciones clínicas referidas, la más común fue el dolor abdominal referido en un 62.1%. **Conclusiones/Recomendaciones:** la incidencia es mayor en hombres y después de los 40 años. No se encontró una relación significativa entre infección por *H. pylori* y CG, por el poco poder estadístico del estudio, ya que pocos pacientes contaban con una prueba de ureasa. Se necesitan estrategias poblacionales para disminuir factores de riesgo en la población.

56TL. OPINIÓN DE POBLADORES DE DOS MUNICIPIOS DE GUAIMACA SOBRE SUS CONDICIONES DE VIDA, PARÁMETROS DE NECESIDADES BÁSICAS INSATISFECHAS Y DESEMPEÑO DE AUTORIDADES MUNICIPALES. Evelin Álvarez H.,^{1,3} Nelson Raudales García,⁴ Glenda Oliva Fuentes,^{1,3} Golda Rebeca Maldonado,^{1,3} Edgardo Benitez,⁵ Nora Lozano,^{2,6} Roy Lozano,² Ruhama Santos,^{2,3} Guadalupe Laínez,³ José Miguel Hernández,^{1,3} Karla Landa,¹ Reyna M. Durón.^{2,4} ¹Doctor en Medicina y Cirugía, ²Unidad de Investigación Científica (UIC), Fundación Lucas para la Salud, Tegucigalpa, Honduras; ³Asociación Cristiana de Medicina y Enfermería de Honduras (ACMEH); ⁴Médico Especialista en Neurología, Universidad Tecnológica Centroamericana (UNITEC); ⁵Estudiante de Medicina, UNITEC; ⁶Odontólogo.

Antecedentes. El índice de Necesidades Básicas Insatisfechas (NBI) mide pobreza con variables como acceso al agua, saneamiento básico, educación, subsistencia, hacinamiento y condiciones de la vivienda. **Objetivo:** Evaluar la percepción de la población sobre NBI y gestión municipal para mejorar condiciones de vida. **Metodología:** Estudio transversal mediante instrumento de 16 preguntas a 114 familias atendidas en dos brigadas médicas en una aldea y una colonia del Municipio de Guaimaca, FM. Ocho preguntas evaluaron NBI de las familias y ocho preguntas evaluaron el desempeño municipal. **Resultados:** El 91.2% (n=104) reportó acceso a sanitario/ letrina; 91.2% (n=104) a agua potable o de pozo; 21.9% (n=25) tenía niños entre 7-12 años que no van a la escuela; 79% (n=90) viviendas construidas con materiales adecuados; 39.4% (n=45) vivían más de tres personas por cuarto. En 79% de los hogares el jefe de familia tenía trabajo; 39.4% (n=45) de las familias tenía una NBI, el 16.6% (n=19) tenía dos NBI, 9.6% tres NBI, 2.6% cuatro NBI y 0.88% (n=1) cinco NBI. Sólo 46.4% (n=53) afirmó que Guaimaca seguía un plan de desarrollo; 77.1% (n=88) que la Alcaldía no escucha sus opiniones; 68.4% (n=78) que no hay apoyo para emprendedurismo; 64.9% (n=71) que no hay buenas calles/ carreteras; 66.6% (n=76) que el centro de salud no tiene lo mínimo necesario. Se sugirió mejorar la

seguridad. El capital humano reflejado por las condiciones de alfabetismo del jefe de hogar contribuyó en 75% a posibilidad de tener un trabajo remunerado y mejores condiciones de vida. **Conclusiones/Recomendaciones:** La mayoría de las familias reportó tener varias NBI, indicando nivel alto de pobreza en Guaimaca. Existe alta expectativa sobre la gestión del gobierno municipal, pero con alta insatisfacción al respecto. El capital humano del jefe de hogar contribuye a mejores condiciones de vida y mayor desarrollo educativo de los niños.

57TL. CROMATOGRFÍA LÍQUIDA DE ALTA PRESIÓN VERSUS ELECTROFORESIS DE HEMOGLOBINA EN DIAGNÓSTICO DE ANEMIA DREPANOCÍTICA. Tania Soledad Licon Rivera,¹ José Raúl Arita Chávez,¹ Julia María Gámez Alvarado,² Silvia Laudelina Witty Norales,¹ Carmen María Zúniga Valle,² Kenneth Antonio Maradiaga Orellana,³ Roxana Martínez Beckerat.⁴ ¹Facultad de Ciencias Médicas, Universidad Nacional Autónoma de Honduras, Valle de Sula (UNAH/VS); ²Carrera de Psicología, UNAH/VS; ³Estudiante Sexto Año de Medicina, UNAH/VS; ⁴Médico Especialista en Hemato-oncología Pediátrica, Hospital Nacional Dr. Mario Catarino Rivas (HMCR).

Antecedentes: La anemia drepanocítica (AD) es una enfermedad hereditaria que conduce a la síntesis de hemoglobina S (HbS), una forma anómala de la hemoglobina en la cual hay mutación de ácido glutámico por valina en la posición 6 de la cadena polipeptídica de globina β . La HbS puede formar cristales que modifican la forma de los hematíes por un aspecto característico en forma de hoz. **Objetivo:** Identificar si existe significancia estadística en el diagnóstico de anemia drepanocítica mediante cromatografía líquida de alta presión (CLAP). **Metodología:** Estudio con enfoque cuantitativo, diseño no experimental y alcance descriptivo/correlacional. El universo, estuvo constituido por 2545 personas: 1511 de Masca y 1,034 de Pueblo Nuevo. Muestreo probabilístico aleatorio, 369. La primera fase del estudio incluyó la realización de hemograma y metabisulfito de sodio al 2% y CLAP, la segunda fase consistió en la toma de electroforesis de hemoglobina a los pacientes con metabisulfito positivo. Las pruebas fueron procesadas en un laboratorio clínico certificado. Los datos fueron analizados con SPSS, para establecer la correlación, se calculó el coeficiente de Pearson. **Resultados:** Las edades estuvieron comprendidas entre 1-83 años, 250(67.8%) eran femeninos y 119 (32.2%) masculinos y 20 resultaron con metabisulfito positivo haciendo una prevalencia de 5.4%. Los valores de CLAP estuvieron comprendidos entre 26.1% y 68.3% (media: 35.5) y los resultados de electroforesis de hemoglobina entre 27.3% y 100% (media: 45.3). Correlación de Pearson de +0.788 la cual es positiva considerable con un nivel de significancia de 0.01. **Conclusiones/Recomendaciones:** La prevalencia obtenida es similar a otros estudios encontrados, La CLAP es un test laboratorial útil para el diagnóstico de AD y con un

costo más económico que la electroforesis de hemoglobina. A la Secretaría de Salud de Honduras se recomienda que implemente el tamizaje neonatal de AD, para disminuir la prevalencia de esta enfermedad crónica.

58TL. PAPEL DEL ASESOR DE TRABAJOS DE INVESTIGACIÓN: EXPERIENCIA EN LA FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS UNAH. Albert Estrada,¹ Jackeline Alger, MD, PhD,^{2,4} Eleonora Espinoza, MD, MSP,³ Milton Méndez,⁵ ¹Médico General, egresado Facultad de Ciencias Médicas UNAH; ²Servicio Parasitología, Departamento de Laboratorio Clínico, Hospital Escuela Universitario; ³Unidad de Investigación Científica, Facultad de Ciencias Médicas, UNAH; ⁴Instituto de Enfermedades Infecciosas y Parasitología Antonio Vidal; Tegucigalpa, Honduras; ⁵Estudiante Sexto Año de la Carrera de Medicina UNAH.

Antecedentes: El asesor de un trabajo de investigación juega un papel importante en la formación de talento humano y en el fortalecimiento institucional para el desarrollo de investigación ética y de calidad. La UNAH cuenta con un marco legal sobre las funciones y competencias del asesor de trabajos de investigación. **Descripción de la Experiencia:** La Facultad de Ciencias Médicas (FCM) incluye 3 carreras de grado (Medicina, Enfermería y Nutrición), 23 Especialidades (19 Medicina, 4 Enfermería), 2 Maestrías (Salud Pública, Epidemiología). Cuenta con la Unidad de Investigación Científica (UIC) y la Unidad de Gestión Científica de Enfermería; tres Grupos de Investigación inscritos, 48 profesores registrados en Catálogo Investigadores (2012). No cuenta con instituto de investigación ni con consejo de investigación científica. En el período 2016-2017, en el congreso anual de los Postgrados FCM UNAH se presentó en promedio 62 trabajos de investigación (60-65), con asesores temático y metodológico; la UIC brindó asesoría a 1,135 Médicos en Servicio Social (estudiantes del último año de la Carrera de Medicina) distribuidos en 8 proyectos de investigación incluyendo Arbovirosis, Muerte súbita, Embarazo en adolescentes, Salud mental, Zika y embarazo, Discapacidad infantil (dos grupos), Discapacidad visual. **Lecciones Aprendidas:** La mentoría requiere más recursos que la asesoría. Sin embargo, es una estrategia institucional efectiva para transmitir de una generación a otra las capacidades de realizar investigación ética y de calidad. Existen retos y también oportunidades, especialmente las ofrecidas por el trabajo en red y disponibilidad de recursos en línea de calidad, incluyendo los recursos ofrecidos por la Red de Capacidad de Investigación (ResearchCapacity Network, REDe) y The Global Health Network (www.tghn.org). Los recursos mayormente utilizados para apoyar la mentoría en investigación en la FCM UNAH son los de Ética de la investigación, Monitoreo del crecimiento neonatal y crecimiento materno y Metodología de la investigación.

59TL. INFECCIÓN POR *MORGANELLA MORGANII* EN PACIENTE POS TRANSPLANTADO DE RIÑÓN: REPORTE DE CASO. Óscar Alberto Castejón Cruz,¹ Tania Paola Lagos Ordoñez,² René Alexander Núñez Savoff,³ Shannie Waleska Bush Wood.⁴ ¹Médico Residente del Postgrado de Medicina Interna, Universidad Francisco Marroquín, Guatemala; ²Doctor en Medicina y Cirugía, Universidad Nacional Autónoma de Honduras; ³Doctor en Medicina y Cirugía, Wood Medical Center, Roatán, Honduras; ⁴Doctor en Medicina y Cirugía, Kaplan Medical Center, Miami, Estados Unidos.

Antecedentes: Las infecciones por *Morganella morganii* es poco frecuente hasta el 3% de las infecciones del tracto urinario, produce diversos tipos de infecciones. Hay pocos reportes a nivel mundial en la literatura sobre infecciones causadas por este patógeno y ninguna en Honduras. **Descripción del caso clínico:** Masculino 46 años con antecedentes de trasplante renal hace 4 años por insuficiencia renal crónica, manejado con prednisona, micofenolato y sirolimús; diabético e hipertenso tratado con insulina NPH 20 U cada día y carvedilol 12.5 mg, referido por el servicio de Nefrología a la Emergencia del Hospital Escuela Universitario por fiebre de una semana, continua, sugestivamente alta, no cuantificada, diaforesis con escalofrío, con disuria de un día de evolución y un episodio de vómito. Con signos vitales: P/A 90/60 mmHg, FC 88 x', FR 22 x', afebril, examen físico normal. Cuatro horas posteriores al ingreso; comenzó con fiebre de 38.9 °C agregándose antipiréticos al manejo establecido; presenta hiponatremia, falla renal aguda, uroanálisis patológico. Ecografía renal: Riñón trasplantado de corteza engrosada correspondiendo a pielonefritis aguda, sin masas, colecciones, litos e hidronefrosis, midiendo 12.7x5.8x4.9 cm. Urocultivo: crecimiento de *Morganella morganii*, resistente a fosfomicina y nitrofurantoína, y sensible a ciprofloxacino y ceftazidima. Paciente se mantuvo afebril, mejorando al manejo con ciprofloxacino IV. Se da alta al quinto día posterior a su ingreso con seguimiento estricto por servicio de Nefrología. **Conclusiones/Recomendaciones:** Reportamos una patología vista con frecuencia en paciente sin patologías existentes, pero en un paciente post trasplante renal, pudo traer múltiples complicaciones para el paciente, sumado a que el patógeno es conocido como agente infección de la vía urinaria pero rara vez causa infecciones en personas inmunocompetentes, pero si puede llegar a ser causa de infección nosocomiales en personas inmunocomprometidas. Debemos de tener seguimiento estricto de este tipo de pacientes desde el más mínimo síntoma para evitar secuelas y/o complicaciones severas.

60TL. ESTILOS DE VIDA EN PERSONAS CON DIABETES MELLITUS TIPO 2 QUE ASISTIERON AL CÍRCULO DE DIABETES EN ESTABLECIMIENTO DE SALUD, SANTA CRUZ, MINAS DE ORO, COMAYAGUA, HONDURAS. MARZO 2017 Y MARZO 2018. Mayra Cristina Montes Duron,¹ Marleni Montes Romero.² ¹Doctor en Medicina y Cirugía, Clínica Privada Santa Cristina; ²Médico Máster en Epidemiología, Universidad Tecnológica Centroamericana (UNITEC).

Antecedentes: En Honduras, en 2010 la tasa de diabetes alcanzó 776.1 casos por 100 000 habitantes. Ramírez y colaboradores encontraron que la edad de los pacientes encuestados se encuentra entre dos etapas muy importantes del curso de vida, adultez media y adultez tardía y el 80% tienen estilos de vida saludable. **Objetivo:** Conocer la evolución del estilo de vida de las personas que asisten al círculo de diabetes en el establecimiento de salud de Santa Cruz, Minas de Oro, Comayagua, en los meses de marzo 2017 y marzo 2018. **Metodología:** Se realizó un estudio descriptivo comparativo de corte transversal, con universo de 13 personas en 2017 y en 2018, método cualitativo, para realizar este estudio se utilizó el cuestionario IMEVID, la unidad de análisis: personas con diabetes tipo II que asisten al círculo de diabetes del establecimiento de salud. **Resultados:** la edad promedio en el año 2017 fue de 59.57 % y en 2018 57%. Para investigar el estilo de vida algunos de los resultados de los dominios estudiados fueron: nutrición muy saludable en 2017 fue de 8% y en 2018 46%; actividad física muy saludable en 2017 fue de 8% y 2018 fue 23% y el estilo de vida saludable en 2017 fue de 64% y en 2018 fue de 75%. **Conclusiones/Recomendaciones:** Se concluye que las personas que asistieron al círculo de diabetes mejoraron sus estilos de vida y se recomienda que el mismo debe ser mensual y hacer énfasis en nutrición y ejercicio físico.

61TL. ACTIVIDADES DE EDUCACIÓN CONTINUA: EXPERIENCIA DE LA ASOCIACIÓN HONDUREÑA DE PARASITOLOGÍA, TEGUCIGALPA, 2010-2017. Jorge García,¹ Jackeline Alger, MD, PhD,² Rina Kaminsky, MSc.² ¹Microbiólogo y Químico Clínico; ²Asociación 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, realiza actividades de educación e investigación en el campo de la parasitología. Entre estas actividades ha impartido talleres de 10 horas de duración, 1.5 días, sobre diagnóstico de laboratorio y correlación clínica y epidemiológica de parasitosis prevalentes en Honduras. Los talleres consisten en actualización teórica y prácticas de laboratorio con evaluaciones pre y post taller. **Descripción de la Experiencia:** Durante 2010-2017 se organizaron 10 talleres, 4 sobre malaria, 4 sobre Apicomplexa intestinales y 2 sobre género *Entamoeba*. De

86 participantes, 70 nivel universitario (Microbiólogo graduado/Servicio Social/Grado) y 16 Técnicos de Laboratorio Clínico (TLC), 80.0% (74) procedía de Tegucigalpa, 5.8% (5) Comayagua, 3.5% (3) Olancho, 2.3% (2) Choluteca y 1.2% (1) cada uno Yoro y Colón. De 74 que laboraban, 37.8% (28) trabajaba en laboratorio atención pública, 37.8% (28) laboratorio atención privada, 20.3% (15) institución académica, 4.0% (3) ONG. El 41.9% (36) participó en taller Apicomplexa intestinales. La diferencia entre el promedio (datos emparejados) de la nota global en evaluación pre y post taller malaria fue 28.1% (IC95% 21.9-34.3); en taller Apicomplexa intestinales fue 54.5% (IC95% 49.3-59.8); en taller sobre género *Entamoeba* fue 42.1% (IC95% 33.6-50.7). Se observó diferencia significativa en evaluación post-taller entre participantes de diferente nivel académico (universitario versus técnico, diferencias de medias independientes 23.3, IC95% 10.5-36.1), no se observó diferencia significativa en evaluación pre-taller. **Lecciones aprendidas:** La metodología de enseñanza aplicada en los talleres generó incremento en el conocimiento de los participantes, independientemente de su formación académica. Se identificaron vacíos importantes de información básica estratégica con mayores vacíos en el tema Apicomplexa intestinales. Honduras es un país endémico de parasitosis como malaria y las producidas por Apicomplexa intestinales y se requiere una capacidad de respuesta adecuada en la formación de talento humano a nivel profesional y técnico.

62TL. ENFERMEDAD CELÍACA Y NUTRICIÓN ALTERNATIVA: UNA DIETA LIBRE DE GLUTEN. Ana Mariela Galvez Herrera,¹ Andrea Lucia Pagoada Minero,¹ Polet Portillo Cáliz² ¹Estudiante Licenciatura en Nutrición, Universidad Tecnológica Centroamericana, Tegucigalpa, Honduras. ²Docente, Licenciatura en Nutrición, Universidad Tecnológica Centroamericana, Tegucigalpa, Honduras.

Antecedentes: La enfermedad celíaca es una alteración sistémica de carácter autoinmune, desencadenada por el consumo de gluten y prolaminas relacionadas, en individuos con predisposición genética, caracterizada por una combinación variable de manifestaciones clínicas extradigestivas y digestivas. **Descripción de la Experiencia:** se comparó los conocimientos y prácticas observadas en nuestro medio en base a consulta de recursos bibliográficos en las bases de datos de ProQuest, Scielo, Medline, HINARI, BVS, utilizando los descriptores: *enfermedad celíaca, nutrición, libre de gluten, alergia al gluten*. Se incluyó publicaciones entre 2013 y 2018. **Lecciones Aprendidas:** 1. El único tratamiento para la enfermedad celíaca a la fecha es la exclusión completa y permanente de las proteínas presentes en el trigo, avena, cebada y centeno, denominada dieta libre de gluten. 2. Ya que el rango de tolerancia al gluten de un paciente celíaco es de menos de 50mg/día, se debe tener absoluto cuidado al seleccionar alimentos. Hemos observado que productos etiquetados “libres de gluten” pueden presentar

hasta 20 mg del mismo. 3. Hay poco conocimiento de que existen fuentes ocultas de gluten que pueden ocasionar regresiones en el estado del paciente y provocar complicaciones. 4. Consideramos falta información sobre los riesgos de la dieta libre de gluten, como estreñimiento, hiperlipidemia y déficit de vitaminas y oligoelementos. 5. A pesar de que

se ha hecho “popular” restringir el gluten, no se recomienda que personas no celíacas adopten este tipo de regímenes alimenticios. 6. Se debe instruir al paciente y a las personas que interactúen con sus alimentos en cualquiera de las etapas de su elaboración, al cuidado de seleccionar ingredientes estrictamente libres de gluten.

ÍNDICE POR AUTOR

Acosta, C.	42TL	Contreras, L.	19TL
Aquilar, N.	44TL	Córdova, V.	13TL
Aguilar, R.	3CS	Chavarría, W.	6TL
Aguilera, E.	6TL	Chinchilla F.	2TL
Aguilera, R.	54TL	Crespín, M.	23TL
Agurcia, N.	54TL	Cruz, J.	1CS
Alger, J.	11TL,58TL,61TL	Cruz, K.	3TL
Alvarado, T.	22C, 25C	Cruz, S.	44TL
Alvarenga, O.	26C, 25TL	De Vicente, I.	30TL, 37TL, 46TL
Álvarez, R.	28C, 31C	Di Lorio, A.	48TL
Álvarez, C.	7TL	Díaz, J.	36TL, 51TL
Álvarez, I.	29TL	Domínguez J.	3TL
Álvarez, C.	55TL	Domínguez, L.	32C
Álvarez, E.	56TL	Domínguez, R.	32C
Amador, I.	47TL,15TL,16TL,47TL	Duarte, A.	4CS
Amaya, G.	41TL, 4TL	Duarte, Z.	1CS
Antúnez, C.	17TL	Duarte, K.	35TL
Antúnez, D.	43TL	Dubón, S.	3CS,
Argueta, E.	24TL, 53TL	Durán, C.	4CS
Armijo, A.	25TL	Durón, R.	21C, 3CS, 56TL
Arita, J.	57TL	Erazo, K.	8TL, 1TL
Ávila, C.	6TL	Espinal, D.	16TL, 15TL, 47TL
Ávila, D.	30TL,32TL,37TL,46TL	Espinoza, E.	31TL
Ávila, E.	40TL	Espinoza, I.	31TL
Avilés, J.	43C, 45C	Esquivel, R.	20C, 1CMR
Barahona, E.	42TL	Estrada, A.	58TL
Bejarano, S.	23TL	Estrada, H.	3CS
Benítez, E.	56TL	Estrada, HA.	12TL
Bermúdez, J.	24C, 27C	Estrada, M.	38C
Berrueta, A.	11TL	Fernández, J.	7C, 9C, 36TL, 51TL
Bock, H.	11TL	Figueroa, I.	11TL
Boquin, K.	31TL	Flores, J.	17TL
Buekens, P.	11TL	Flores, S.	40TL
Bush, S.	59TL	Fúnez, A.	18C
Bustillo, C.	11TL	Funes, J.	11TL
Bustillo, F.	40TL	Fuentes, I.	11TL
Bustillo, P.	4TL	Gálvez, A.	62TL
Cafferata, M.	11TL	Gálvez, AJ.	45TL
Calderón, A.	11TL	Gámez, J.	57TL
Calix, A.	15TL, 16TL, 47TL	García, A.	20TL
Callejas, A.	11TL	García, C.	21TL
Cárcamo, W.	12C, 14C	García, E.	23C
Cárdenas, S.	10TL	García, F.	6TL
Castejón, O.	59TL	García, J.	11TL, 61TL
Castellanos, J.	7TL	García, JG.	38TL
Castillo, C.	48TL	García, K.	11TL
Castillo, M.	2CS	Garmendia, I.	5TL, 41TL
Castillo, MA.	11TL	Gilboa, S.	11TL
Castillo, D.	9TL	Girón, F.	4CS, 38TL
Castro, J.	40C, 42C	Godoy, T.	15C
Cerna, M.	19TL	Gonzáles, M.	31TL
Cerrato, J.	39TL	González, S.	2TL
Ciganda, A.	11TL	Gulak, P.	48TL

Guzmeli, V.	36TL, 51TL	Montes, S.	1TL
Harville, E.	11TL	Montes, M.	60TL
Hasbun, D.	21TL	Montes, MA.	60TL
Hernández, G.	11TL,15TL,16TL,47TL	Moreno, A.	53TL
Hernández, I.	28TL, 34TL	Moya, G.	40TL
Hernández, J.	56TL	Munguía, N.	33TL
Hernández, V.	30C	Murillo, A.	35TL
Herrera, F.	12TL	Naranjo, L.	48TL
Irías, M.	31TL	Navarro, K.	37C, 39C
Izaguirre, A.	19TL, 38TL, 39TL, 38TL	Norwood, D.	45TL
Jerez, V.	46TL	Núñez, H.	9TL
Jiménez, J.	42TL	Núñez, R.	59TL
Jiménez, P.	20TL	Oberhelman, R.	11TL
Jiménez, Y.	4CS	Ochoa, C.	11TL
Kaminsky, R.	61TL	Oliva, G.	56TL
Lagos, L.	17TL	Ordoñez, E.	35TL
Lagos, T.	59TL	Orellana, I.	30TL
Laínez, G.	56TL	Orellana, V.	13TL
Landa, K.	56TL	Ortega, J.	1C, 3C
Lanza, R.	45TL	Ortega, JA.	4TL
Leiva, K.	13TL	Ortiz, J.	15TL, 16TL, 47TL
Lezama, A.	28TL, 34TL	Osorio, N.	6TL
Licon, T.	57TL	Pacheco, C.	46TL
López, E.	23TL	Padgett, D.	25TL
López, J.	55TL	Pagoada, A.	62TL
López, O.	29C	Palacios, H.	1CS
López, R.	11TL	Palacios, G.	52TL
López, W.	11TL	Palacios, P.	6TL
Lorenzana, I.	11TL	Palomo, J.	11C, 13C
Lozano, N.	56TL	Parham, L.	11TL
Lozano, R.	56TL	Paredes, A.	45TL
Lujan, K.	3TL	Pastrana, K.	11TL
Luque, M.	11TL	Pavón, L.	14TL, 50TL, 52TL
Maldonado, C.	11TL	Paz, A.	25TL
Maldonado, G.	56TL	Paz, L.	2CS
Maradiaga, E.	40TL	Peña, N.	23TL
Maradiaga, K.	57TL	Pérez, A.	42TL
Maradiaga, R.	10TL, 49TL	Pineda, G.	46TL
Martínez, E.	TL55	Pineda, J.	2C,16C
Martínez, R.	57TL	Portillo, M.	11TL
Martínez, S.	25TL	Portillo, P.	62TL
Medina, L.	42TL	Portillo, S.	28TL, 34TL
Mejía, C.	19TL	Portillo, V.	28TL, 34TL
Mejía, M.	34C, 44C	Ramírez, F.	2TL
Mejía, J.	22TL	Ramírez, J.	28TL
Meléndez, V.	5C, 8C	Ramírez, L.	28TL
Membreño, E.	23TL	Ramos, D.	15TL, 16TL, 47TL
Méndez, M.	58TL	Ramos, M.	36C,1CMR,30TL, 32TL, 37TL, 46TL
Mendoza, J.	42TL	Raudales, L.	35TL, 56TL
Mendoza, R.	37TL	Raudales, N.	56TL
Miralda, S.	17C	Regalado, C.	23TL
Molina, I.	19C	Reyes, L.	21TL
Moncada, O.	7TL, 55TL	Reyes, Z.	26TL, 27TL
Mondragón, L.	25TL	Rico, F.	11TL
Montalván, E.	32C, 35TL		

Rivas, B.	38TL	Tong, V.	11TL
Rivera, C.	1CMR	Toro, P.	4C, 6C
Rivera, G.	42TL	Torres, K.	35TL
Rivera, R.	35TL	Ulloa, J.	42TL
Robles, M.	10C	Umaña, J.	28TL
Rodas, A.	4TL	Urbina, D.	32TL
Rodas, S.	30TL, 46TL	Urquía, M.	43TL
Rodríguez, A.	32C, 35TL	Urrutia, S.	35TL
Rodríguez, AL.	20TL	Valencia, D.	11TL
Rodríguez, G.	20TL	Valladares, J.	17TL
Rodríguez, H.	11TL	Vásquez, I.	42TL
Rodríguez, L.	30TL,37TL,32TL, 46TL	Vásquez, O.	41C
Rodríguez, N.	6TL	Vásquez, S.	19TL
Rojas, J.	42TL	Varela, C.	9TL
Salgado, F.	6TL	Varela, D.	11TL
Sánchez, J.	25TL	Velásquez, N.	42TL
Sarmiento, H.	18TL	Ventura, P.	6TL
Sauceda, G.	40TL	Viana, A.	35TL
Sierra, M.	31TL, 6TL, 7TL, 55TL	Videa, E.	46TL
Salandia, C.	32TL	Villatoro, G.	33C, 35C
Santos, R.	56TL	Ward, M.	11TL
Sosa, A.	44TL	Wesson, O.	11TL
Sosa, C.	31TL	Williams, D.	54TL
Soto, L.	11TL	Witty, S.	57TL
Santos E.	2TL	Yanes, N.	18TL
Stella, C.	11TL	Zelaya, H.	12TL
Suazo, J.	28TL, 34TL	Zelaya, R.	28TL
Tabora, A.	45TL	Zúniga, C.	11TL
Toledo, M.	1CMR	Zúniga, CM	57TL

LXII Congreso Médico Nacional

San Pedro Sula, 10 – 13 de julio de 2019

Fortaleciendo la Medicina a través de la Evidencia

COMITÉ ORGANIZADOR

Presidente: Dr. Rafael Hernández
Secretaria: Dra. Lizzeth Hernández
Dra. María Clara Torres

Comité Finanzas

Dra. Merlín Contreras
Dr. Ricardo Palao

Comité Científico

Dr. Jorge Ortega
Dr. Oscar Banegas
Dra. Tania Licona
Dr. Jorge Suazo
Dr. Daniel Pazzeti

Comité Logística

Dr. David Huevo
Dr. Vinicio de Leon
Dr. Ismael Segura
Dr. Juan José Leiva
Dr. Pastora Xiomara Hernández

Comité Social

Dr. Joel Lara
Dra. Yanira Reyes
Dra. Nancy Medrano

Comité Publicidad y Propaganda

Dr. Dany García
Dr. Carlos José Melgar

Por Delegación

Delegado Presidente: Dr. Oscar Sánchez
Representante CENEMEC: Dr. Julio Bonilla

INSTRUCCIONES PARA AUTORES

PREPARACIÓN DE RESÚMENES (TRABAJOS LIBRES Y CONFERENCIAS) DEL CONGRESO MÉDICO NACIONAL AÑO 2019

Lea las instrucciones antes de comenzar a llenar el formato del resumen y revise ejemplos publicados en el Suplemento del Congreso Médico Nacional de la Revista Médica Hondureña del año anterior, el cual puede obtener en www.colegiomedico.hn o www.bvs.hn. Los resúmenes de las Conferencias y Trabajos Libres aceptados para presentación serán publicados en el Suplemento del Congreso Médico Nacional de la Revista Médica Hondureña. La Revista Médica Hondureña está indizada internacionalmente por lo que es indispensable que todos los expositores se apeguen a las instrucciones, en cuanto a formato y tiempo, al momento de escribir y enviar el resumen. No se aceptarán resúmenes que no cumplan con los requisitos señalados. El proceso de revisión de los resúmenes presentados se fundamenta en las *Recomendaciones para la Conducta, Informe, Edición y Publicación de Trabajos Académicos en Revistas Médicas* (disponible en <http://www.icmje.org/recommendations/>, acceso junio 2018).

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

Trabajos Científicos. Cuentan con un diseño metodológico

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

Trabajos Clínicos. Describen uno o más casos clínicos

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

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

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

3. Debe completar el resumen de acuerdo a las secciones descritas en el formato proporcionado según la categoría del trabajo libre.
4. Los resúmenes no incluyen cuadros, figuras ni referencias. Tienen un límite de 300 palabras sin incluir título, autor(es) y afiliación institucional.
5. Las modalidades de presentación de los trabajos libres serán, bajo criterios de selección del Comité Científico:
 - **Cartel (Poster)**
 - **Presentación oral**

Los lineamientos para estas presentaciones se notificarán posteriormente.

6. Los trabajos libres serán premiados. Los parámetros de calificación a tomar en cuenta en la aceptación de los trabajos y su premiación, incluyen los siguientes:
 - a. Mérito Científico: complejidad del diseño metodológico y extensión de la población estudiada (Trabajo Científico); alcance de la documentación para describir el caso(s) clínico(s) desde el punto de vista básico, clínico, epidemiológico (Trabajo Clínico); alcance de la documentación para describir la experiencia desde el punto de vista de salud pública y/o académica (Trabajo Experiencia).
 - b. Relevancia: institucional, nacional, regional, mundial.
 - c. Equipo Investigador: colaborativo inter-institucional, inter-sectorial, nacional, internacional.
 - d. Para los trabajos aceptados, se evaluará la calidad de la presentación (poster o presentación oral): claridad y organización en la presentación de la información, dominio del tema, dominio en la interacción con la audiencia.
7. Los Trabajos Libres aceptados para presentación, serán publicados en el compendio de resúmenes del congreso.
8. Para la obtención de diploma de expositor y asistencia a este evento científico, debe registrarse y pagar cuota de inscripción.
9. Los autores deben declarar los conflictos de interés en relación al trabajo libre que se está sometiendo, de acuerdo al formato proporcionado.

FECHA LÍMITE PARA RECEPCIÓN DE RESÚMENES: 31 de Marzo de 2019

A. TRABAJO LIBRE CATEGORÍA CIENTÍFICO

TÍTULO DEL TRABAJO LIBRE

AUTORES Y AFILIACIÓN INSTITUCIONAL DE LOS AUTORES

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

DATOS DEL EXPOSITOR

Nombre, grado académico, país, ciudad, dirección postal, teléfono, correo electrónico

PRESENTACIÓN

Marque la modalidad de presentación de su preferencia:

Poster _____

Oral _____

RESUMEN COMO APARECERÁ EN LA PUBLICACIÓN

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

TÍTULO DEL TRABAJO

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

AUTORES E INSTITUCIONES

Inmediatamente en la línea siguiente, subrayando el nombre del expositor.

El orden será: nombres de todos los autores, especialidad e institución de cada autor indicada por superíndice

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

CUERPO DEL RESUMEN

Escriba el cuerpo del Resumen en el siguiente párrafo.

Debe contener las secciones descritas a continuación: Antecedentes, Objetivo, Metodología, Resultados y Conclusiones/ Recomendaciones.

Declaración de Conflictos de Interés: ver formulario

FECHA LÍMITE PARA ENVÍO DE RESÚMENES: 31 de marzo de 2019

B. TRABAJO LIBRE CATEGORÍA CLÍNICO

TÍTULO DEL TRABAJO LIBRE

AUTORES Y AFILIACIÓN INSTITUCIONAL DE LOS AUTORES

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

DATOS DEL EXPOSITOR

Nombre, grado académico, país, ciudad, dirección postal, teléfono, correo electrónico

PRESENTACIÓN

Marque la modalidad de presentación de su preferencia:

Poster _____

Oral _____

RESUMEN COMO APARECERÁ EN LA PUBLICACIÓN

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

TÍTULO DEL TRABAJO

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

AUTORES E INSTITUCIONES

Inmediatamente en la línea siguiente, subrayando el nombre del expositor.

El orden será: nombres de todos los autores, especialidad e institución de cada autor indicada por superíndice

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

CUERPO DEL RESUMEN

Escriba el cuerpo del Resumen en el siguiente párrafo.

Debe contener las secciones descritas a continuación: Antecedentes, Descripción del Caso/Serie de casos (criterios clínicos, criterios epidemiológicos, laboratorio, manejo, desenlace), Conclusiones/Recomendaciones.

Declaración de Conflictos de Interés: ver formulario

FECHA LÍMITE PARA ENVÍO DE RESÚMENES: 31 de marzo de 2019

C. TRABAJO LIBRE CATEGORÍA EXPERIENCIA

TÍTULO DEL TRABAJO LIBRE

AUTORES Y AFILIACIÓN INSTITUCIONAL DE LOS AUTORES

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

DATOS DEL EXPOSITOR

Nombre, grado académico, país, ciudad, dirección postal, teléfono, correo electrónico

PRESENTACIÓN

Marque la modalidad de presentación de su preferencia:

Poster _____

Oral _____

RESUMEN COMO APARECERÁ EN LA PUBLICACIÓN

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

TÍTULO DEL TRABAJO

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

AUTORES E INSTITUCIONES

Inmediatamente en la línea siguiente, subrayando el nombre del expositor.

El orden será: nombres de todos los autores, especialidad e institución de cada autor indicada por superíndice

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

CUERPO DEL RESUMEN

Escriba el cuerpo del Resumen en el siguiente párrafo.

Debe contener las secciones descritas a continuación: Antecedentes, Descripción de la experiencia, Lecciones aprendidas.

Declaración de Conflictos de Interés: ver formulario

FECHA LÍMITE PARA ENVÍO DE RESÚMENES: 31 de marzo de 2019

I. DECLARACIÓN DE CONFLICTO DE INTERESES FINANCIEROS

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

- **Financiero:** cuando el individuo tiene participación en una empresa, organización o equivalente, que se relaciona directamente (como socio, accionista, propietario, empleado) o indirectamente (como proveedor, asesor o consultor) con las actividades para las cuales fue convocado o requerido. Ejemplo: recibir remuneración por dictar conferencias o asesorar en aspectos específicos, se considera un potencial conflicto de intereses financiero.
- **Pertenencia:** derechos de propiedad intelectual o industrial que estén directamente relacionados con las temáticas o actividades a abordar. Ejemplo: tener la autoría de invenciones y/o ser dueño de patentes.
- **Familiar:** cuando alguno de los familiares hasta cuarto grado de consanguinidad, segundo de afinidad, primero civil, o quien esté ligado por matrimonio o unión permanente, estén relacionados de manera directa o indirecta en los aspectos financieros o de pertenencia, con las actividades y temáticas a desarrollar.

1. Título del Resumen, Autores e Instituciones

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

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

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

Fecha: _____

PATROCINADORES Y COLABORADORES

Henie

Laboratorio Americana

Sanofi Avantis

Menarini

Finlay

Stein Corp

Abbot Pharma

Abbot Nutrition

Asta Médica

Farsiman

Lacthosa Ceteco

Altian Pharma-Exeltis

Paill

Chalver

Unipharm



LXI Congreso Médico Nacional
Santa Rosa de Copán
Atención Primaria en Salud
Dr. Arnulfo Bueso Pineda
11 al 14 de Julio 2018

Atención Primaria
en Salud



LXI Congreso Médico
Nacional
Santa Rosa de Copán 2018



@comenac2018



comenac2018.com