



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

Revista MEDICA Hondureña

ISSN 0375-1112
ISSN 1995-7068

Vol. 85 (Suplemento No. 1)
2017 pp. S1-78

LX CONGRESO MÉDICO NACIONAL 2017

"LA MEDICINA MODERNA FRENTE A LOS EFECTOS DEL CAMBIO CLIMATICO"

Dr. Rolando Oliva

CHOLUTECA
UN PUENTE DE CIENCIA Y DESARROLLO



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. 85 (Suplemento No.1)
2017 pp. S1-78**

Colegio Médico de Honduras
Centro Comercial Centro América, Blvd. Centro América, Tegucigalpa, Honduras
Tel. 2232-6763, 2231-0518, Fax 2232-6573
www.colegiomedico.hn
revistamedicahon@yahoo.es

La Revista Médica Hondureña es el órgano oficial de difusión y comunicación científica del Colegio Médico de Honduras. Fomenta y apoya la investigación científica y la educación médica continua, especialmente del gremio médico nacional. Su publicación es trimestral, se apega a los requisitos mínimos internacionales de publicaciones científicas biomédicas y se somete al arbitraje por pares. La Revista está indizada en LILACS-BIREME, LATINDEX, Biological Abstracts, Index Medicus Latinoamericano y otras bases de datos bibliográficas biomédicas, con el título en español abreviado Rev Med Hondur. Está disponible en versión electrónica en la página del Colegio Médico de Honduras (www.colegiomedico.hn) 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 2014-2016

CUERPO EDITORIAL

DIRECTOR

Heriberto Rodríguez Gudiel

EDITOR ADMINISTRATIVO

Johana Guicel Bermúdez Lacayo

SECRETARIA

Maura Carolina Bustillo

COMITÉ EDITORIAL

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

EDITORES ASOCIADOS

Martha Cecilia García
Odessa Henríquez
José R. Lizardo
Edna Maradiaga
Nicolás Sabillón
Iván Espinoza Salvado

COMITÉ ASESOR INTERNACIONAL

Hebert Stegemann
Hospital Vargas de Caracas, Venezuela

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

LX CONGRESO MÉDICO NACIONAL

Dr. Rolando Oliva Herrera

**La Medicina Moderna Frente a los Efectos
del Cambio Climático**

**Choluteca, Choluteca, Hotel y Centro de Convenciones Jicaral,
Honduras
12 al 15 de Julio del 2017**

CONTENIDO

ORGANIZACIÓN DEL CONGRESO

Junta Directiva del Colegio Médico de Honduras.....	5
Comité Organizador del LIX Congreso Médico Nacional.....	6
Comité Científico del LX Congreso Médico Nacional COMENAC 2017.....	7

BIENVENIDA

Mensaje de la Presidenta del Centro de Educación Médica Continua CENEMEC.....	8
Mensaje de Bienvenida del Presidente del Comité Organizador.....	10
Mensaje de Bienvenida del Presidente del Comité Científico.....	11
Palabras de Inauguración de la Presidenta del Colegio Médico de Honduras con motivo del LX Congreso Médico Nacional.....	12
Reseña Biográfica del Dr. Rolando Oliva Herrera.....	14

PROGRAMA CIENTÍFICO

Cursos Pre- Congreso.....	17
Conferencias y Trabajo Libres.....	18

PROGRAMACION SOCIO-CULTURAL

Programa de Ceremonia Inaugural.....	30
Programa de Ceremonia de Clausura.....	31
Programa Socio-Cultural.....	31

RESÚMENES

Resúmenes de conferencias magistrales.....	32
Resúmenes de trabajos libres.....	44

INDICE POR AUTOR.....	70
-----------------------	----

INFORMACIÓN SOBRE EL LXI CONGRESO MÉDICO NACIONAL 2018.....	72
---	----

INSTRUCCIONES PARA LA PREPARACION DE RESÚMENES CONGRESO MÉDICO NACIONAL AÑO 2018.....	73
---	----

PATROCINADORES.....	76
---------------------	----

ORGANISMO DE GOBIERNO DEL COLEGIO MÉDICO DE HONDURAS (CMH) PERIODO 2016-2018



De izquierda a derecha

1. Dra. Ana Raquel Gómez Montes
2. Dra. María Antonieta Castro Mendoza
3. Dra. Johana Guicel Bermúdez Lacayo
4. Dra. Karen Sobeida Erazo Martínez
5. Dra. Suyapa María Figueroa Eguigurems

- Fiscal
- Secretaria de Colegiaciones
- Secretaria de Asuntos Educativos y Culturales y
Presidenta de CENEMEC
- Vice-Presidenta
- Presidenta CMH

De derecha a izquierda:

1. Dra. Elena Ninoska Reyes Flores
2. Dr. Mario German Castejón
3. Dra. Zoila Suyapa Prudot Bardales
4. Dra. Helga Indiana Codina Velásquez

- Secretaria de Finanzas
- Secretario de Acción Social y Laboral
- Vocal
- Secretaria de Actas y Correspondencia.

COMITÉ ORGANIZADOR DEL LX CONGRESO MÉDICO NACIONAL COMENAC 2017



De izquierda a derecha

Vocal 2:	Dr. Guillermo Alfonzo Lagos
Vice-Presidenta:	Dra. Ana Silvia Murillo Cantoral
Tesorero:	Dr. Mauricio Baquedano Ortíz
Presidenta:	Dra. Marielle Cristina Zambrano Martínez
Fiscal:	Dr. Carlos Noé Cerrato Varela
Secretaria:	Dra. Lorena Patricia Coello Espinal
Vocal 1:	Dra. María Elena Rivas Pérez (ausente)

COMITÉ CIENTÍFICO DEL LX CONGRESO MÉDICO NACIONAL COMENAC 2017



DE IZQUIERDA A DERECHA

Dr. José Marcel Bonilla Zepeda
 Dra. Oneyda Yamileth Cornelio
 Dr. Allan Anthony Araujo (Coordinador)
 Dra. Menffis S. Valladares Sánchez (Secretaria)
 Dra. Sayra Carolina López Fuentes
 Dr. Nery Erasmo Linárez Ochoa
 Dr. Oscar A. Castejón Cruz (ausente)

Comité de Logística:

Dr. Carlos Antonio Gáleas (Coordinador)
 Dr. Arnon Jafet Oviedo
 Dr. Gustavo Alfredo Cano
 Dr. Ariel Humberto Reyes
 Dr. Gersan Eduardo Hernández
 Dr. Leonel Arturo Aguilar
 Dr. Gelson Fernando Varela
 Dr. Carlos José Quiroz
 Dr. José Francisco Montoya
 Dr. Elvin Leonardo Ordoñez
 Dra. Saydi Roxana Pineda
 Dra. Keily Verenice Hernández
 Dra. Nelsy Janory Alvarado
 Dra. Bessy Clarissa Calderón
 Dra. Lore Edith Rubio
 Dra. Nora Iveth Herrera
 Dra. Nadia Lizzy Calderón
 Dra. Wendy Patricia Barahona
 Dra. Claudia Maria Maradiaga
 Dra. Mirla Lizeth Matamoros Galeas

Comité de Hostelería y Transporte:

Dra. Menffis Valladares Sánchez (Coordinadora)
 Dra. Nataly Matamoros
 Dra. Nesky Yolanda Canales
 Dra. Teddy Jaqueline Rodríguez
 Dra. Cinthia Fabiola Mendoza
 Dra. Danelia Suyapa Hernández
 Dr. Jairo Josué Vásquez
 Dr. Jairo Lenin Espinal
 Dr. Carlos Roberto Quiñóñez
 Dr. Marlon Gabriel Sosa
 Dr. José Juan Cuan

Comité Socio Cultural:

Dra. Leticia Rueda (Coordinadora)
 Dra. Clara María Láinez
 Dra. Patricia Zuhey Rodas
 Dra. María Elena Rivas
 Dra. Ana Lizette Carranza
 Dra. Lesbia Lizette Gáleas
 Dra. Karen Maritza Díaz
 Dra. Gabriela Alejandra Gonzales
 Dra. Mery Suyapa Chávez
 Dra. Ilse Yamileth Betancoaurth
 Dra. Martha Julia Cárcamo
 Dra. Carol Gisela Flores Matamoros
 Dra. Carlene Annette Hurst
 Dr. Eduardo Enrique Andino Guillén

Comité de Publicidad:

Dra. Shaaron Josabel Hernández (coordinadora)
 Dra. Bani Besai Láinez
 Dr. Emerson Josué Cardenas
 Dra. Cristina Amparo Ordóñez
 Dr. Denys Alexander Pérez
 Dra. Órnella Esperanza Gudiel
 Dr. Rigoberto Cruz Chirinos
 Dra. Mavis Celeste Espinal
 Dra. Maryury Pamela Zapata
 Dra. Tania Paola Lagos

EL CENTRO NACIONAL DE EDUCACIÓN MÉDICA CONTINUA (CENEMEC) DEL COLEGIO MÉDICO DE HONDURAS



Agradezco a Dios y mis compañeros, colegas y amigos (as) médicos todos, el darme la oportunidad de poder formar parte de la Junta de Directiva de nuestro gran Colegio Médico de Honduras y sobre todo tener el honor de formar parte del Comité Organizador del exitoso LX Congreso Médico Nacional “La medicina moderna frente a los efectos del cambio climático”.

El consenso de la comunidad científica entorno a la existencia de una alteración climática global es un hecho. El cambio climático, no puede considerarse un fenómeno exclusivamente ambiental, sino que han de contemplarse también las profundas consecuencias económicas y sociales, y en especial sobre la salud pública frente a los retos de la medicina moderna.

La medicina moderna enfrenta grandes desafíos, que van de la mano con la globalización trae consigo exacerbación del calentamiento global y los devastadores efectos del cambio climático que no sólo generan pérdida de vidas, de

flora y fauna, si no también ocasionaran familias damnificadas, cuantiosos daños económicos, que hoy en día representan la principal amenaza para nuestras fuentes de alimento, de agua potable, energía desde luego responsable de una gamma de patologías que aumentaran el riesgo de enfermedades agudas y crónicas, aumentando la brecha de población vulnerable.

Según la OMS Nota descriptiva No. 266 29, 2016: El cambio climático influye en los determinantes sociales y medioambientales de la salud y se prevé que para el año 2030 y 2050 el cambio climático causará unas 250.000 defunciones adicionales cada año, debido a la malnutrición, el paludismo, la diarrea, el estrés calórico, aun aumento de enfermedades cardiovasculares, respiratorias y alergias cuya población más vulnerables serán los niños, embarazadas y los y las adultos mayores, los costos de los daños directos para la salud (es decir, excluyendo los costes en los sectores determinantes para la salud, como la agricultura y el agua y el saneamiento) se sitúa entre 2000 y 4000 millones de dólares (US\$) de aquí a 2030, cifra que impactara en los presupuestos de los países pobres como los nuestros.

De allí que para nuestros médicos resulta prioritario profundizar en el conocimiento de su impacto y la vulnerabilidad de la población a ello, particularmente en lo que respecta a la salud.

En este contexto, los gobiernos, la academia, sociedad civil, empresa privada, población en general, desde luego el Gremio Médico debemos unirnos y formar alianzas que nos permita diseñar e integrar medidas de adaptación en las políticas de planificación, gestión sanitarias y adelantar estrategias de protección, prevención y mitigar en lo posible a su efecto.

Tengo la firme convicción que tenemos una enorme responsabilidad como seres humanos, como padres, como familias, como científicos, como educadores, como gobiernos, no digamos como gremio médico responsables de alcanzar un acuerdo integral para hacer alianza y unir fuerzas para generar propuestas que nos permita combatir los efectos del cambio climático. Finalmente, como Colegio Médico los invito a que pongamos lo mejor de nuestras capacidades y voluntades a trabajar para lograr una estrategia que incluya el fortalecimiento institucional y gremial de caminar juntos y unidos en contra de los efectos del cambio climático en la salud, que el mundo, Honduras espera de todos nosotros seamos los principales protagonistas, por la salud, por el bienestar y el futuro de nuestro planeta, de nuestras presentes y futuras generaciones.

Quiero congratular, a un padre, amigo, esposo, hermano, maestro, colega que Dios ha permitido resaltar su gran trayectoria como profesional de la medicina en Choluteca, Honduras y el mundo “Dr. Rolando Oliva Herrera”, Gracias a Dios le permita muchos días más para servir con amor a nuestros pacientes nuestra razón de ser médicos, enhorabuena.

Quiero además agradecer y felicitar a cada miembro del Comité Organizador, a todos los que de una u otra manera contribuyeron a que el Congreso fuese un verdadero éxito, los invito a todos a participar en la actualización y la educación médica y pues a la búsqueda del conocimiento continúe siendo un vehículo que nos permita más hermandad, más solidaridad y más unidad entre nosotros por TODOS SOMOS COLEGIO MÉDICO.

Desde ya empaquemos porque Santa Rosa de Copán nos espera en 2108 con los brazos abiertos desde ya estamos todos cordialmente invitados a conocer más sobre “Atención Primaria en Salud (APS) logros y desafíos del siglo XXI”.

Hipócrates dijo “El arte es largo, la vida breve, la ocasión fugitiva, la experiencia falaz, el juicio dificultoso. No basta que el médico haga por su parte cuanto debe de hacer, si por otro lado no concurren al mismo objeto, los asistentes y demás circunstancias exteriores”.

Muchas gracias, que Dios guíe nuestras vidas.

Dra. Johana Guicel Bermúdez Lacayo

Secretaria de Asuntos Educativos y Culturales

Presidenta CENEMEC

MENSAJE DE BIENVENIDA DE LA PRESIDENTA DEL COMITÉ ORGANIZADOR DEL LX CONGRESO MÉDICO NACIONAL COMENAC 2017



Es para mí un honor dirigirme al gremio médico de Honduras en representación del Comité Organizador del LX Congreso Médico Nacional.

Nuevamente la ciudad de Choluteca se viste de gala al convertirse en la Cuna de la Medicina, máximo evento científico del Colegio Médico de Honduras. Tomamos este desafío con mucho entusiasmo y en conjunto con una comisión conformada por médicos calificados y experimentados; aseguramos desarrollar una programación científica que este a la altura del compromiso adquirido.

Debido al impacto y vulnerabilidad de la población vinculada al medio ambiente, hemos elegido como tema del congreso: “La medicina moderna frente a los efectos del cambio climático”. En donde es imprescindible el asesoramiento científico y técnico que permita dar respuestas y toma de decisiones acertadas para enfrentar este fenómeno, trayendo expositores nacionales e internacionales de alto peso curricular, especializados en la materia.

Nuestro colega, maestro y amigo homenajeado es el “Dr. Rolando Oliva Herrera”, resaltando su gran trayectoria como profesional de la medicina en Choluteca.

Sin duda, este congreso brindara el marco adecuado para que este intercambio de conocimientos científicos sea agradable y satisfactorio para todos los visitantes, además tendremos actividades sociales para compartir, disfrutar y hacerlos sentir en casa, características propias de la zona sur.

Esperamos contar con su apoyo para hacer del COMENAC Choluteca 2017 el mejor puente de ciencia y amistad. Nuestra meta es superar los 1,500 médicos asistentes en el 2010, y más en este momento cuando Choluteca emerge como polo de desarrollo de Honduras y Centroamérica.

Dra. Marielle Zambrano

Presidenta del Comité Organizador

MENSAJE DE BIENVENIDA DEL COORDINADOR DEL COMITÉ CIENTIFICO

“Estimados Colegas, nuevamente nos disponemos a celebrar el evento más importante de la comunidad médica nacional en donde año con año tenemos una cita para compartir los conocimientos científicos, tanto los asimilados en nuestra Escuela de Medicina y actualidades que en el área de salud se presentan. En el Comité Científico hemos trabajado arduamente elaborando el programa que esperamos satisfaga las necesidades de aprendizaje del médico general y de los profesionales en las distintas especialidades de la medicina. Para ello, hemos invitado expertos nacionales y extranjeros seleccionando los expositores de trabajos libres para que compartan con nosotros su conocimiento y experiencias sobre los diferentes tópicos.



Se cuenta con un programa de cursos precongreso con temas de interés general en donde se incluyen lo relacionado a publicaciones biomédicas, la bioética y un tema especial que es sobre desastres naturales, además del Taller de uso de insulinización temprana y temas básicos de endocrinología, experiencias de otros países y la forma de prepararnos como personal de salud. En el Congreso se presentaran un total de 102 conferencias magistrales y 20 trabajos libres. 15 de presentación oral y 5 de presentación de cartel, con temas importantes que fomentan el espíritu de investigación. Están participando 14 conferencistas internacionales de los hermanos países de Argentina, Guatemala, México, Costa Rica, Canadá, Venezuela, Estados Unidos y Reino Unido. Contamos con la participación de los expositores nacionales con especialidades en las diferentes áreas de la Medicina.

En este año 2017 se escogió el tema Pre-Congreso “Taller de insulinización temprana en el paciente pediátrico y Casos clínicos de endocrinología básica del paciente adulto” y el tema central “La Medicina Moderna, frente a los efectos del cambio climático”, fundamentados en el concepto de que el paciente es un ente psico-bio-social y la medicina debe integrarse a los cambios sociales a nivel mundial.

¡Sean todos bienvenidos a esta cálida y hospitalaria ciudad de Choluteca que durante cuatro días se convierte en la capital del conocimiento médico en Honduras!”

La Medicina Moderna, frente a los efectos del Cambio Climático
BIENVENIDOS COLEGAS A LA SULTANA DEL SUR.

Dr. Allan Araujo

Coordinador del Comité Científico

PALABRAS DE INAGURACIÓN DE LA PRESIDENTA DEL COLEGIO MÉDICO DE HONDURAS

LX CONGRESO MÉDICO NACIONAL 2017

La medicina moderna frente a los efectos del cambio climático

Dr. Rolando Oliva

Amigas, amigos, colegas:

En nombre de la Junta Directiva del Colegio Médico de Honduras, que presido con orgullo y compromiso, les saludo cariñosamente, para dar inicio una vez más a nuestro Congreso Médico Nacional, desde la sultana del sur, desde la calidez de la ciudad de Choluteca, de donde es originario el Dr. Rolando Oliva a quien hacemos homenaje con este encuentro profesional en su ciudad natal.

Hace pocos años podíamos decir de Choluteca, que es una de las ciudades más calurosas del país, sin embargo el calentamiento global prácticamente ha borrado esas diferencias con una celeridad que nos está paralizando. Ya no sabemos qué responder a nuestros hijos e hijas, quienes tendrán que sobrevivir en un planeta colapsado si no hacemos algo hoy.

¿Seguirán siendo los grandes problemas globales y nacionales lemas de congresos, palabras decorativas de nuestros discursos, pretextos para eventos? ¿Qué acciones concretas podemos emprender los médicos para hacerle frente a los terribles efectos del cambio climático?

La organización Mundial de la Salud – OMS, ha informado que durante los últimos 30 años cada década ha sido más cálida que cualquier década precedente desde 1850. El cambio climático influye en los determinantes sociales y medioambientales de la salud: un aire limpio, agua potable, alimentos suficientes y una vivienda segura. Las temperaturas extremas del aire contribuyen directamente a las defunciones por enfermedades cardiovasculares y respiratorias, sobre todo entre las personas de edad avanzada. En la ola de calor que sufrió Europa en el verano de 2003, por ejemplo, se registró un exceso de mortalidad cifrado en 70,000 defunciones. Finalmente la OMS prevé que entre 2030 y 2050 el cambio climático causará unas 250,000 defunciones adicionales cada año, debido a la malnutrición, el paludismo, la diarrea y el estrés calórico.

Los saldos mortales en Honduras no se están midiendo con responsabilidad, mucho menos se han considerado acciones contundentes desde el Estado. El cambio climático en nuestro país ha provocado que enfermedades como el dengue, el Zika y la chicuncunya hayan cambiado su patrón y se consideren enfermedades emergentes, que además, podrían estar vinculadas a la migración de la población.

Detrás del cambio climático, de los diseños empresariales que están afectando los sistemas de salud en todo el mundo y negando el derecho universal a la salud, se afirman los intereses mezquinos de grandes empresas transnacionales. Como expresa el escritor Eduardo Galeano: *“La salvación del medio ambiente está siendo el más brillante negocio de las mismas empresas que lo aniquilan”*



Las aseguradoras incrementan sus ganancias con el aumento de los desastres socio naturales. Las sequías cada vez más frecuentes en inmensas áreas del planeta son una bendición para las compañías de agua que trasladan un recurso cada vez más escaso, mientras que las grandes compañías agrícolas (Monsanto, Cargill, DuPont, Syngenta, etc.) venden cultivos transgénicos resistentes a los cambios de temperatura y a las nuevas plagas.

Colegas, se trata de “negocio”. Debemos leer con atención la decisión del presidente Donald Trump, quien el jueves pasado anunció la salida de Estados Unidos del Acuerdo de París sobre cambio climático. Por lo menos Trump se ha desenmascarado al justificar su giro camaleónico respecto al tema: *“el concepto de calentamiento global fue creado por y para los chinos, para hacer no competitiva a la manufactura de Estados Unidos”*. Es evidente que se trata de unas formas de la economía que urgen de crecimiento y es, este crecimiento el que lleva al desastre climático. La solución al Cambio Climático no va a venir de las entrañas de las mismas prácticas que lo han producido. Eso es lo que debemos cambiar. No podemos aceptar el cinismo de un Banco Mundial que en 2003, reconoció que anualmente mueren 150 mil personas como consecuencia de la crisis climática.

El cambio climático afecta especialmente a los más pobres, destruye hogares, provoca el aumento de los precios de los alimentos y crea inseguridad alimentaria. Impactos directos como el aumento de temperatura, las inundaciones, las sequias o las tormentas intensas, tienen además consecuencias indirectas. A mayor calentamiento del planeta, mayor escasez de agua, riesgos para la calidad del agua potable y enfermedades.

Como médicos que defendemos la vida, debemos actuar. Como padres y madres responsables debemos responder con actos a nuestros hijos e hijas, que merecen heredar un planeta saludable. Por eso hoy les invito a que, como Colegio Médico de Honduras, hagamos una campaña comprometida y continuemos vinculándonos a la población para denunciar estas razones últimas de la negligencia frente al cambio climático.

¡LA SALUD DEL PLANETA NO SE VENDE, SE DEFIENDE!

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

RESEÑA BIOGRÁFICA DEL DR. ROLANDO OLIVA HERRERA



Rolando Oliva Herrera nació en la ciudad de Tegucigalpa un mes de febrero de 1949, en el hogar formado por doña Hercilia Herrera Moreno y Roberto Oliva Barralaga, originarios de Amapala, personas que formaron una familia y se proyectaron en la comunidad. Doña Hercilia fundó la Asociación Benéfica Ropero Infantil Niño Jesús y el doctor Roberto Oliva en su ámbito profesional, cultural y deportivo, dejando ambos una escuela de servicio.

De ese matrimonio nacieron 8 hijos: Roberto, Guillermo quien falleció a los cuatro años de edad, Ricardo Alonso, Víctor Armando, Rolando, Mauricio, Arturo y Luz Marina, quienes por sus raíces y por la tierra en que crecieron se consideran “Gente del Sur”.

Rolando está casado con Guadalupe Acosta Rodríguez desde hace 44 años, tienen 3 hijos, Hercilia María, Rolando, y Fernando Gustavo, quienes les han bendecido con 5 nietos y un bisnieto.

Realizó sus estudios primarios en la ciudad de Choluteca en la escuela Dionisio de Herrera, sus estudios secundarios fueron en el instituto José Cecilio del Valle y en el instituto La Salle. Estudió Medicina en la facultad de Ciencias Médicas de la UNAH, donde también realizó sus estudios de especialidad en Medicina Interna alternando entre el Hospital Escuela y el Instituto Hondureño de Seguridad Social.

Se incorporó como médico especialista en el Hospital del Sur, donde además se desempeñó como maestro ad honorem para los estudiantes de último año de pregrado de la facultad de Medicina, fue presidente de la Sociedad Médica del Sur y presidente del comité organizador del Congreso Médico Nacional.

En el entorno social y deportivo, fue fundador del Club Deportivo Broncos, miembro del equipo de Softball Médicos de la ciudad capital, miembro del Club Rotario de Choluteca, donde fue presidente y ha participado como orador en Jornadas Rotarias, Jornadas Morazánicas y como orador principal en la Conferencia de Distrito, miembro de la Sociedad de Medicina Interna de Choluteca.

Ha prestado servicios de apoyo médico a instituciones de servicio como el Asilo de Ancianos, Fraternidad de Jóvenes Cristianos y El Arca.

Escritor de varios ensayos, como el papel de la juventud en el desarrollo social y económico de América Latina en 1967, lo que le permitió participar en un intercambio cultural con jóvenes latinoamericanos, teniendo la oportunidad de interactuar con varias personalidades como el Vicepresidente de Estados Unidos Hubert Humprey, el Secretario General de la OEA José A. Mora , Senadores entre ellos Edward Kennedy , Congresistas, Alcaldes y el Presidente del Banco Mundial Felipe Herrera y recibió las llaves de la ciudad de Houston en el Estado de Texas como ciudadano honorario.

Otros ensayos:

- Ensayo sobre Carlos Mejía Enamorado
- Elogio a la madre
- Pensamiento Morazánico,
- Homenaje a los doctores Cornelio y Hernán Corrales Padilla
- Amistad, fundamento de Rotary
- Reflexiones sobre medicina
- Prólogo libro de Miguel Morazán, "La alforja de mis recuerdos"
- Homenaje póstumo a Eliseo Pérez Cadalso
- Amanecer de un nuevo milenio en Rotary

Reconocimientos:

- Servicio a través de la ocupación, Club Rotario
- Por su sentido de solidaridad social, Asociación San José Obrero
- Médico del Año
- Miembro Honorario del Club Rotario de Choluteca

Actualmente dedicado al servicio privado de su profesión.

PROGRAMA CIENTÍFICO DEL LX CONGRESO MÉDICO NACIONAL

CHOLUTECA 2017

MIÉRCOLES 12 DE JULIO, 2017
SALON GUANACAURE, HOTEL JICARAL.

CURSO PRE-CONGRESO SOBRE ESCRITURA Y PUBLICACION DE ARTICULOS BIOMEDICOS

Coordinación: Consejo Editorial de la Revista Médica Hondureña.

Objetivo: Fomentar la práctica de escritura y publicación de artículos científicos en revistas biomédicas. Al final del curso el participante tendrá conocimiento básico sobre: 1) Como preparar un artículo científico original y el proceso general para publicar, 2) Los antecedentes históricos y estado actual de la revista médica Hondureña. 3) como identificar una revista depredadora y realizar búsquedas bibliográficas.

<i>Moderadora</i>	<i>Dra. Ana Ligia Chinchilla</i>	
HORA	CÓDIGO	TEMA / EXPOSITOR
8:00 a 8:10		Bienvenida, objetivos del curso. Dra. Johana Bermúdez Secretaria de asuntos educativos y culturales
8:10 a 8:20 am		Reseña Histórica de la RMH Dr. Heriberto Rodríguez Gudiel Consejo editorial RMH
8:30 a 9:10		Empezando y estructurando su artículo, resultados cuadros y figuras. Dra. Rosa María Duarte Consejo editorial RMH
9:10 a 9:40		Materiales/sujetos y métodos. Dr. Heriberto Rodríguez Gudiel Consejo editorial RMH
9:40 a 10:10		Conflicto de Interés y consideraciones éticas para autores y editores Ana ligia Chinchilla Consejo editorial RMH
10:10 a 10:30	RECESO	
10:30 a 11:00		Discusión. Dr. Heriberto Rodríguez Gudiel Consejo editorial RMH
11:00 a 11:30		Revistas depredadoras. Dra. Ana Ligia Chinchilla Consejo editorial RMH
11:30 a 12:15		Búsqueda de bibliografía científica Dra. Rosa María Duarte Consejo editorial RMH
12:00 a 12:25		Preguntas y respuestas
12:25 a 12:30		Clausura Dr. Heriberto Rodríguez Gudiel. Consejo editorial RMH Dra. Johana Bermúdez CENEMEC

PROGRAMA CIENTÍFICO DEL LX CONGRESO MÉDICO NACIONAL
CHOLUTECA 2017
CURSO PRECONGRESO

MIÉRCOLES 12 de julio de 2017
 SALON VALLE, HOTEL JICARAL

Pre-Congreso de Ética Médica
PROGRAMA

<i>Moderadores</i>	<i>Dra. María Elena Rivas/Dra. Ana Silva Murillo</i>
HORARIO	TEMA/EXPOSITOR
8:00 – 8:15	Inauguración Dra. Suyapa María Figueroa
8:15 – 8:45	Relación Médico Paciente Dra. Johana Guicel Bermúdez Lacayo
8:45 – 9:15	Colegaje Médico Dr. José Lázaro Molina Cruz
9:15 – 9:45	Educación Virtual y Ética Médica Dr. Mario Francisco Aguilar López
9:45 – 10:15	El Aborto; Dilema Ético Dra. Daysi Fernanda Díaz Cobos
10:15 – 10:45	Dilemas Éticos en Reproducción Asistida Dra. Daysi Fernanda Díaz Cobos
10:45 – 11:15	<i>Coffe Break</i>
11:15 – 11:45	Conflictos Legales y la Ética Médica Dr. José Lázaro Molina Cruz
11:45 – 12:15	Redes sociales en la atención de los pacientes; Dilemas éticos Dr. Guimel Jahaziel Peralta López
12:15 – 12:45	El Médico como Servidor Público Dr. Said Álvarez
13:15 – 13:45	¿Secreto Médico y las aseguradoras que hacer? Dr. Mario Francisco Aguilar López
13:45 – 14:15	Médicos y Medios de Comunicación Dra. Sonia Carolina Fortín Zavala
14:15	<i>Cierre del Pre-Congreso</i>

PROGRAMA CIENTÍFICO DEL LX CONGRESO MÉDICO NACIONAL
CHOLUTECA 2017
CURSO PRECONGRESO

Taller de Endocrinología Pediátrico/Adulto

MIÉRCOLES 12 DE JULIO 2017
HOTEL JICARAL
SALON GUANACAURE 2

HORA	TEMA	EXPOSITOR
7:30-8:15	Inscripción	
8:15	Bienvenida y Objetivos	
8:30-9:30	Criterios diagnósticos de DM y clasificación de casos clínicos	Dra. Dinora Rosales
9:30-10:30	Diabetes Mellitus en el niño y adolescente (tipo1 y tipo 2), casos clínicos.	Dr. Guillermo Villatoro/ Dra. Lesby Espinoza/ Dra. Anahí Núñez
10:30-10:45	Receso.	
10:45-11:30	Manejo de DM tipo 2 de diagnóstico reciente opciones terapéuticas según Guías casos clínicos.	Dra. María Alejandra Ramos
11:30-12:30	Manejo de DM tipo 2 en poblaciones Especiales (complicaciones y ancianos o complicada casos clínicos	Dr. Juan Carlos Canales
12:30-13:00	Coffe Break	
13:00-14:00	Manejo de crisis de hiperglicémicas en niños y adolescentes casos clínicos	Dr. Guillermo Villatoro
14:00-15:00	Taller de Insulinas	Dra. Lesby Espinoza/ Dra. Anahí Núñez
15:00-16:00	Manejo de Diabetes Gestacional	Dra. Sandra Rodríguez
16:00-16:30	Conclusiones y cierre de evento	

**PROGRAMA CIENTÍFICO DEL LX CONGRESO MÉDICO NACIONAL
CHOLUTECA 2017**

C: Conferencia TL: Trabajos Libres

**FECHA: JUEVES, 13 DE JULIO DEL 2017
SALON GUANACAURE (1) HOTEL JICARAL
BLOQUE MÉDICO**

Moderadores		<i>Dr. José Marcel Bonilla Zepeda / Dra. Teresa Yamileth Ferrufino Acosta.</i>	
HORA	CODIGO	TEMA	EXPOSITOR
08:00	1 C	Manejo del Evento Cerebro Vascular	Dr. Lázaro Molina
08:25	2 C	Manejo actual Status Epiléptico	Dr. Jorge Cruz
08:50	3 C	Abordaje del Estado Confusional	Dr. Carlos Pineda
09:15	1 TL	Bicitopenia como signo inicial de Mieloma Múltiple	Dr. Omar Videa
09:30	4 C	Cambio Climático Impacto en el Adulto Mayor	Dr. Ángel Pineda
09:55	5 C	Implementación de Unidades de Ictus	Dra. Alejandra Molina
10:20	6 C	Examen Fast Básico	Dr. James Palma (USA)
10:45	Preguntas y Respuestas		
10:55	Receso		
Moderadores		<i>Dra. Karen Maritza Díaz Galeas / Dra. Lorena Patricia Coello Espinal.</i>	
11:25	7 C	Enfoque e Interpretación sistemática de la Rx de Tórax.	Dr. Eduardo Andino
11:50	2TL	Uso de Hidroxiurea en Pacientes con Trombocitosis Esencial Ósea	Dr. Omar Videa
12:05	8 C	Cirrosis Hepática. ¿Cuál es la expectativa de vida?	Dra. Susana Pineda
12:30	9 C	<i>Helicobacter pylori</i> . Actualidades en Manejo	Dr. Marco Sánchez
12:55	10 C	Actualidades en manejo de LES	Dra. Helga Codina
13:20	11 C	Actualidades en manejo de Artritis Reumatoide	Dr. Francisco Godoy
13: 45	12 C	<i>Diabetes Mellitus</i> Tipo 2, una epidemia	Dra. Johana Bermúdez
14: 10	3 TL	Determinantes sociales de la salud migración y deportación de hondureñas desde los Estados Unidos.	Dr. Lorenzo Pavón Rodríguez
14:25	4 TL	Caracterización a la aproximación del perfil médico en Honduras hasta febrero 2017	Dr. Lorenzo Pavón Rodríguez
14:40	5 TL	Vasculitis en Artritis Reumatoide: a propósito de un caso	Univ. Gabriela María Castillo Martínez
14: 55	Preguntas y respuestas		

**PROGRAMA CIENTÍFICO DEL LX CONGRESO MÉDICO NACIONAL
CHOLUTECA 2017**

**FECHA: JUEVES , 13 DE JULIO DEL 2017
SALON GUANACAURE (2), HOTEL JICARAL
BLOQUE QUIRÚRGICO/MÉDICO**

Moderadores		<i>Dr. José Ricardo Calix Reyes/ Dr. José Manuel Osorto Carranza.</i>	
HORA	CODIGO	TEMA	EXPOSITOR
08:00	13 C	Desprendimiento de Retina. Abordaje Médico-Quirúrgico	Dr. Félix Chu Chang
08:25	14 C	Lesiones Tempranas de Ca. Gástrico	Dr. Fredy Aguilera
08:50	15 C	Manejo Actual de la Artrosis.	Dr. Milton Rodas
09:15	16 C	Tos de difícil Manejo	Dr. Carlos E. Guillén
09:40	6 TL	Creación clínica integral, paciente con psoriasis: Proyecto vinculación UNAH/Fundación Psoriasis Honduras	Dr. Dagoberto Espinoza
10:05	Preguntas y Respuestas		
10:15	Receso		
Moderadores		<i>Dra. Leticia María Rueda Rojas / Dr. Osman Ayala Girón.</i>	
10:45	17 C	Se puede curar la Diabetes con cirugía	Dr. Lennyn Alvarenga
11:10	18 C	Manejo Quirúrgico de la obesidad	Dr. Lennyn Alvarenga
11:35	19 C	Manejo Quirúrgico del Hipertiroidismo	Dr. Roberto Esquivel
12:00	20 C	Diverticulitis Aguda	Dr. Mario Discua
12:25	21 C	Luxaciones Congénitas de Rodilla	Dr. José Avilés
12:50	22 C	Estigmatización de médicos de San Pedro Sula a la psiquiatría y trastornos mentales.	Dr. Martha Zelaya
13:15	23 C	Duelo Perinatal	Dr. José Luis Cruz
13:40	24 C	Burnout un problema médico real	Dra. Leticia Rueda
14:05	7 TL	Pseudotumor Orbitario: dilema diagnóstico; características clínicas y consecuencias post operatorias; a propósito de un caso	Dr. José Miguel Zúñiga
14:20	8 TL	Perforación intestinal espontánea en paciente inmucompetente con tuberculosis gastrointestinal y pulmonar: reporte de caso.	Dr. Guímel Jahaziel Peralta López
14:35	Preguntas y respuestas		

**PROGRAMA CIENTÍFICO DEL LX CONGRESO MÉDICO NACIONAL
CHOLUTECA 2017**

**FECHA: JUEVES 13 DE JULIO DEL 2017
SALON VALLE (3) , HOTEL JICARAL
BLOQUE MATERNO-INFANTIL**

Moderadores		<i>Dra. Siria Melgar / Dra. Martha Cano</i>	
HORA	CODIGO	TEMA	EXPOSITOR
08:00	9 TL	Seguimiento de un paciente con Síndrome de Beckwith-wiedemann. Presentación de caso y revisión de la literatura	Dra. Issell Nicolle Aguirre López.
08:15	10 TL	Carcinoma Papilar de Tiroides. Experiencia en el Hospital María de Especialidades Pediátricas.	Dr. Guillermo Villatoro
08:30	11TL	Incidencia de Sepsis Neonatal Temprana en salas de recién nacidos, Hospital Regional Atlántida y Hospital Regional San Francisco en el año 2016	Dra. Yoneida Cañas
08:45	25 C	Asma Bronquial Guías Actuales	Dra. Lourdes Morales
09:10	12 TL	Epidermólisis Ampollar Adquirida En Paciente Pediátrico. Reporte de Caso.	Dr. Allan Iván Izaguirre
09:25	13 TL	Estudio Multicéntrico Correlacional entre el Estado Nutricional, Paridad y Edad Materna con el Peso del Recién Nacido.	Dr. José Edgardo Laureano Alvarado
09:40	14 TL	Tumor Mixto de Células Germinales como Hallazgo Incidental en Paciente Adolescente con Himen Imperforado y Amenorrea Primaria	Dra. Gloria Esthefania Castro Guillén
09:55	15 TL	Hemangioma Vertebral Como Hallazgo Casual En Paciente Con Lumbalgia	Dra. Nidia Belliny Altamirano
10:10	Preguntas y Respuestas		
10:20	Receso		
Moderadores		<i>Dr. Darwin Pineda Mejía/Dr. César Ramon Argeñal Aguilar.</i>	
10:50	26 C	Abordaje inicial de la pareja infértil	Dr. Marvin Lazo
11:15	27 C	Obesidad y reproducción	Dra. Sayra López
11:40	28 C	Progesterona en reproducción	Dra. Flory Marera (Costa Rica)
12:05	29 C	Indicaciones quirúrgicas e infertilidad	Dr. Norman Morales
12:30	30 C	Infecciones Vaginales (Clinfol DUO)	Dra. Flory Marera (C.R.)
12:55	31 C	Uso de aspirina y embarazo	Dr. Heriberto Rodríguez
13:20	16 TL	Diagnóstico de Malformaciones Estructurales Fetales: Informe a 7 Años de la Unidad de Medicina Materno Fetal, Choloteca Honduras.	Dr. Pablo Martínez
13:35	17 TL	Factores que predisponen el embarazo en adolescentes que asisten al Centro de Salud Carlos B. Gonzales en el periodo de marzo a mayo del 2016	Dr. Luis Fernando Bonilla Larrama
13:50	18TL	Síndrome de Cushing secundario a Feocromocitoma: Reporte de Caso, Hospital General San Felipe	Univ. Marco Antonio Urquía
14:05	19 TL	Síndrome de Klippel-Feil: Reporte de un Caso	Dra. Ma. Ángeles Olivares
14:20	Preguntas y respuestas		

**HOTEL JICARAL
TL TRABAJO LIBRE
MODALIDAD POSTER**

Los posters se deberán de colocar desde las 8: 00 am del jueves 13 de Julio/2017 en el salón asignado para ello. Se deben de mantener en el salón hasta el último día del congreso.

El autor expositor deberá de estar presente el día y la hora asignada para poder defender el trabajo científico ante un jurado calificador.

FECHA: JUEVES, 13 DE JULIO DE 2017

HOTEL JICARAL

Moderadores		Comité Científico/Jurado Calificador	
HORA	CODIGO	TEMA	EXPOSITOR
08:00		COLOCACION DE POSTER	
08:50	57 TL	Limb Body Wall Complex: Diagnóstico Prenatal	Dr. Pablo Alberto Martínez Rodríguez
09:15	38 TL	Malformacion Arteriovenosa en Médico Interno: reporte de caso	Dr. Luis Fernando Bonilla
09:30	39 TL	Diagnóstico prenatal y evolución de los defectos del tubo neural	Dr. Pablo Alberto Martínez Rodríguez
09:55	40 TL	Dacrocistocele: diagnóstico prenatal	Dr. Pablo Alberto Martínez Rodríguez
10:20	41 TL	Sobrepeso y obesidad en médicos internos del hospital Dr. Mario Catarino Rivas septiembre 2016	Dra. Nancy Melissa Medrano Duarte
10:45	43 TL	Experiencia Educativa como Estrategia en la atención integral de pacientes con Diabetes Mellitus en el Instituto Nacional del Diabético, Tegucigalpa Honduras, Año 2017.	Dra. Johana Bermúdez Lacayo
10:55	44 TL	Miastenia Gravis de temprana presentación: A propósito de un Caso	Univ. Leonardo Flavio Medina Guillén
11:25	45 TL	Detección de riesgo de padecer diabetes valorado a través de Test de Findrisc aplicado en Centro Comercial Hondureño en el Día Mundial de Diabetes 2016.	Dr. Luis Alfredo Rodríguez Castellanos
11:50	42TL	caracterizacion de familia hondureña afectada por neoplasia endocrina multiple (nem). Instituto Nacional Cardio-Pulmonar (INCP), Tegucigalpa, 2017	Sonia Carolina Fortín/ Anna Geraldina Pendrey

**PROGRAMA CIENTÍFICO DEL LX CONGRESO MÉDICO NACIONAL
CHOLUTECA 2017**

FECHA: VIERNES, 14 DE JULIO DE 2017

HOTEL JICARAL

Moderadores		Comité Científico/Jurado Calificador	
HORA	CODIGO	TEMA	EXPOSITOR
08:00	56 TL	Criptococosis Cutánea en paciente VIH Positivo Reporte de Caso	Dra. Karen Ivon Lujan Álvarez
08:50	55 TL	Displasia Ósea: Reporte de un caso, Hospital General San Felipe	Dra. Sandra R. Rodríguez Osorto
09:15	46 TL	Características Epidemiológicas y Clínicas de los pacientes con malaria atendidos en El Hospital El Progreso	Dr. Andrés Javier Mora Castro
09:30	47 TL	Hiperpigmentación Generalizada como principal manifestación de enfermedad de Addison.	Dr. Luis Alfredo Rodríguez Castellanos
09:55	48 TL	Carcinoma Epidermoide en senos paranasales con Epistaxis Simula Schwannoma Vestibular: A propósito de un Caso	Univ. Leonardo Flavio Medina Guillen
10:20	49 TL	Beneficios del tratamiento con plasma rico en plaquetas en pacientes tratados por artrosis moderada y severa de rodilla en la Consulta Externa de Ortopedia del Hospital Regional Santa Teresa de Comayagua del 2012 al 2013	Dra. Nidia Altamirano
10:45	50 TL	Edema agudo de pulmón por presión negativa secundario a Laringoespasma. Reporte de caso	Dr. Allan Iván Izaguirre González / Dra. Aleida Gisselle Tejada Valladares
10:55	51 TL	Paciente con <i>diabetes mellitus</i> Tipo 2 descompensada asociada a depresión.	Univ. Diego Mauricio Bados Enríquez
11:25	52 TL	Prevalencia de obesidad en población mayor de 18 años en la encarnación Ocotepeque, Honduras	Dr. Mardonio Ordoñez Flores
11:50	53 TL	Glucogenosis Hepática: Reporte de caso	Univ. Angie Paola Claros
12:05	54 TL	Hidradenitis Hurley II en paciente VIH positivo: Reporte de Caso	Dra. Karen Ivon Lujan Álvarez

**PROGRAMA CIENTÍFICO DEL LX CONGRESO MÉDICO NACIONAL
CHOLUTECA 2017**

**FECHA: VIERNES, 14 DE JULIO DEL 2017
SALON GUANACAURE (1), HOTEL JICARAL
BLOQUE MÉDICO**

Moderadores			
<i>Dr. Carlos Noé Cerrato Varela /Dr. Douglas Iván Maradiaga</i>			
HORA	CODIGO	TEMA	EXPOSITOR
08:00	32 C	Actualidades sobre Arbovirus	Dr. Efraín Bú
08:25	33 C	Infecciones severas de la piel y tejidos Blandos	Dr. Tito Alvarado
08:50	34 C	Actualidades Sobre ZIKA	Dr. Tito Alvarado
09:15	35 C	Avances en el Tratamiento Antirretroviral	Dra. Wendy Moncada
09:40	36 C	Actualidades en el Tratamiento Antifímico	Dra. Diana Suyapa Varela Bustillo
10:05	Preguntas y Respuestas		
10:15	Receso		
Moderadores			
<i>Dr. Ricardo Trinidad Andino C. / Dr. Rolando Oliva Herrera</i>			
10:45	20 TL	Riesgo de desarrollo de DM tipo 2 en familiares de pacientes que asisten a la CE de Endocrinología del HE Mayo-Octubre de 2016	Dr. Omar Videá
11:00	37 C	Síndrome coronario agudo, abordaje desde los primeros minutos.	Dr. Ramón Fúnez
11:25	38 C	Mitos y Realidades de la Farmacología de "El Sobrepeso y La Obesidad"	Dr. Raúl Morin (México)
11:50	39 C	Guías 2016 en el Diagnostico y Manejo de la enfermedad de Chagas	Dr. Jorge Mitelman (Argentina)
12:15	40 C	Insuficiencia Cardíaca, estrategias Terapéuticas disponibles actualmente.	Dr. Carlos Ramos
12:40	41 C	Cáncer de piel y cambio climático	Dr. Rafael Valle
13:05	21 TL	Cáncer de Piel en Honduras de Enero 2011-Diciembre 2015	Dra. Lindsay Melissa Díaz
13:20	Preguntas y respuestas		
Conferencia Magistral			
Moderadores			
<i>Dr. Allan Anthony Araujo Vivas / Dr. Nery Erasmo Linárez Ochoa</i>			
13:30:13:50	42 C	Cambio climático en Honduras	Lic. César Quintanilla
13:50:14:40	43 C	Cambio climático	Dr. Carlos Méndez (IPCC) (Venezuela)

**PROGRAMA CIENTÍFICO DEL LX CONGRESO MÉDICO NACIONAL
CHOLUTECA 2017**

**FECHA: VIERNES 14 DE JULIO DEL 2017
SALON GUANACAURE (2), HOTEL JICARAL
BLOQUE MEDICO – QUIRURGICO**

Moderadores		<i>Dr. Edy Avelar / Dr. Milton Faustino Rodas Rosales</i>	
HORA	CODIGO	TEMA	EXPOSITOR
08:00	44 C	Colecistectomía Laparoscópica en colecistis aguda	Dr. Edwin Fernández
08:25	45 C	Chagas una enfermedad de exportación ¿Por qué?	Dra. Luisa Giménez (Argentina)
08:50	46 C	Colecistitis aguda criterios según Guías Tokio	Dr. Gerardo Castejón
09:15	47 C	Plasticidad cerebral e Hipoacusia	Dr. Lucas Zelaya
09:40	22 TL	Perfil clínico y epidemiológico de la enfermedad renal crónica en el Sur de Honduras. Tras la pista de la Nefropatía Mesoamericana	Dra. Menffis Valladares
09:55	Preguntas y Respuestas		
10:05	Receso		
Moderadores		<i>Dr. Saúl Edgardo Juárez / Dr. Aristides Barahona Gómez</i>	
10:35	48 C	Manejo del trauma en condiciones de Austeridad	Dr. Mathew Bernard (USA)
11:00	49 C	Abordaje endovascular de la hemorragia subaracnoidea	Dr. Tulio Pompeyo Murillo
11:25	50 C	Manejo por mínima invasión en invaginación intestinal.	Dr. Geovany Portillo
11:50	51 C	Abordaje actual del paciente quemado	Dr. Juan Carlos Fúnez
12:15	52 C	Implante Capilar	Dr. Juan Carlos Fúnez
12:40	23 TL	Quiste del Colédoco. Presentación de caso.	Univ. Julio David San Martín Pavón
12:55	24 TL	Sarcoma Sinovial en paciente Testigo de Jehová, a propósito de un caso.	Dr. Roger Ortega Galo
13:10	53 C	Metástasis Hepáticas del Cáncer Colorectal	Dr. Hoover Henríquez Cooper
13:35	54 C	Abordaje y manejo actual del nódulo tiroideo.	Dr. Jorge Rodríguez
14:00	55 C	Actualidades en Manejo de Insuficiencia Arterial	Dra. Ana Patricia Rueda
14:25	56 C	Trasplante Renal en Países en Vías de Desarrollo	Dr. Hoover Henríquez Cooper
14:50	Preguntas y respuestas		

**PROGRAMA CIENTÍFICO DEL LX CONGRESO MÉDICO NACIONAL
CHOLUTECA 2017**

**FECHA: VIERNES, 14 DE JULIO DEL 2017
SALON VALLE (3), HOTEL JICARAL
BLOQUE MATERNO-INFANTIL**

Moderadores		<i>Dr. Edgar Neptalí Hernández / Dr. Misael Antonio Álvarez Silva</i>	
HORA	CODIGO	TEMA	EXPOSITOR
08:00	57 C	Diabetes gestacional y programación metabólica	Dr. Pablo Martínez
08:25	58 C	RCIU manejo actual	Dra. Wendy Cárcamo
08:50	59 C	Estrategias preventivas de preeclampsia	Dr. Jorge Cerrato
09:15	60 C	Zika y embarazo	Dra. Mónica García
09:40	25 TL	Aspectos clínicos de chikungunya en mujeres embarazadas y complicaciones maternas fetales en el hospital materno infantil, honduras periodo enero-julio 2015.	Dra. Vicky Moncada Gadea
09:55	26 TL	Prevalencia de factores de riesgo de enfermedades y deficiencias congénitas de la población en edad fértil de la aldea de Monte Redondo, Francisco Morazán, Honduras. Marzo 2016.	Dr. Francisco Gerardo Cruz Zavala
10:10	Preguntas y Respuestas		
10:20	Receso		
Moderadores		<i>Dr. Clara maría Laínez Ordoñez / Dr. Edgar Ivan Flores</i>	
10:50	61 C	Abordaje actual del paciente nefrópata	Dr. Gaspar Rodríguez
11:15	62 C	Calendario Quirúrgico	Dr. Enrique Tome
11:40	27 TL	Estado nutricional en escolares de primero a sexto grado de la escuela centro de educación básica Valero meza, Intibucá, febrero y marzo de 2016	Dra. Scarleth Yanin Velásquez Velásquez
11:55	63 C	Abordaje actual del síndrome. Convulsivo Febril	Dra. Siria Melgar
12: 20	28 TL	Hiperplasia Suprarrenal Congénita variante virilizante simple a propósito de un caso	Dr. Guillermo Villatoro
12:35	64 C	Tratamiento Quirúrgico Actual de Tumores Hipofisarios	Dr. Osly Vásquez
Moderadores		<i>Dr. Marlon Eduardo Galeano Martínez/ Dra. Karen Fabiola Tercero</i>	
13:00	65 C	Manejo actual de ITU recurrente en la mujer	Dr. Kristian Navarro
13:25	66 C	VPH relacionado con CA de Cérvix	Dra. Carmen Rosales
13:50	29 TL	Abdomen agudo, como manifestación de enfermedad de crohn: reporte de caso.	Dra. Juan José Flores
14:05	30 TL	Miopatía Congénita en Adolescente. Reporte de Caso	Dr. Ian Fernando Guillén Álvarez
14:20	Preguntas y respuestas		

**PROGRAMA CIENTÍFICO DEL LX CONGRESO MÉDICO NACIONAL
CHOLUTECA 2017**

**FECHA: SÁBADO 15 DE JULIO DEL 2017
SALON GUANACUARE (1), HOTEL JICARAL
BLOQUE MÉDICO**

Moderadores		<i>Dr. Allan Anthony Araujo Vivas / Dr. Oscar Alberto Castejón</i>	
HORA	CODIGO	TEMA	EXPOSITOR
08:00	67 C	Síndrome de Superposición Asma EPOC	Dr. Suyapa Figueroa
08:25	68 C	Asma Bronquial, Manejo de acuerdo a Guías Gina y su aplicabilidad a nuestra realidad.	Dr. Marco A. Quiñónez
08:50	69 C	Detección Temprana de enfermedad Renal	Dr. Ovidio Calderón
09:15	70 C	Abordaje Inicial de Leucemia y Linfoma	Dr. David Cortés
09:40	71 C	Conceptos Básicos de Marcapasos	Dr. César Carrasco
10:05	Preguntas y Respuestas		
10:15	Receso		
Moderadores		<i>Dr. Lesly Carolina Flores / Dra. Mariel Cristina Zambrano Martínez</i>	
10:45	72 C	Actualidades sobre SAFF	Dr. Santiago Pastelín
11:10	73 C	Actualidades sobre Fibromialgia	Dra. Fanny Berrios
11:35	74 C	Manejo del Choque séptico en UCI	Dr. Oscar Díaz
12:00	75 C	Radioterapia efectos Beneficiosos y Adversos a largo Plazo.	Dr. Luis Flores
12:25	76 C	Arritmias Cardíacas: Abordaje Inicial	Dr. Carlos Almendares
12: 50	77 C	Arritmia Silenciosa y FC en obesidad	Dr. Dr. Hamze Sabra (Argentina)
13:15	78 C	Síndrome Aórtico Agudo	Dr. Haroldo López
13:40	79 C	Abordaje del paciente con temblor	Dr. Alex Medina
13:55	Preguntas y respuestas		

**PROGRAMA CIENTÍFICO DEL LX CONGRESO MÉDICO NACIONAL
CHOLUTECA 2017**

**FECHA: SÁBADO, 15 DE JULIO DEL 2017
SALON GUANACAURE (2), HOTEL JICARAL
BLOQUE MEDICO/QUIRÚRGICO**

Moderadores		<i>Dr. Gustavo Armando Avelar Aguilar / Dra. Sandra Raquel Rodríguez Osorto</i>	
HORA	CODIGO	TEMA	EXPOSITOR
08:00	80 C	Biopsia trasnrectal guiada por USG con bloqueo periprostático	Dr. Erick Osmań Barahona Saucedo
08:25	81 C	Actualización de trauma en la estabilización de un paciente con trauma penetrante (con ejemplo de un paciente)	Dr. Michael Owens (USA)
08:50	82 C	Bypass aortocoronario actualidades.	Dr. Binoy Chattuparambil (Reino Unido)
09:15	83 C	Circulación Extracorpórea Actualidades	Dr. Binoy Chattuparambil (Reino Unido)
09:40	84 C	Hiperuricemia Enfermedad Sistémica	Dr. Milton Lubeck Herrera (Guatemala)
10:05	Preguntas y Respuestas		
10:15	Receso		
Moderadores		<i>Dr. Víctor Rafael Umazor Mendoza/ Dra. Olga Marina Zavala Gonzales</i>	
10:45	85 C	Novedades en Vitíligo	Dr. Omar Zúniga
11:10	86 C	Uso de Filtros Solares	Dra. Xenia Velásquez
11:35	87 C	Manejo Actual de disautonomías	Dra. Luisa Giménez (Argentina)
12:00	88 C	Prueba de esfuerzo indicaciones	Dr. Hamze Sabra (Argentina)
12:25	89 C	Tratamiento antihipertensivo en función del riesgo CV	Dr. Milton Lubeck Herrera (Guatemala)
12:50	31 TL	Lipodistrofia asociada a terapia antirretroviral.	Dr. Luis Alfredo Rodríguez Castellanos
13:05	32 TL	Georreferenciación y Epidemiología del Dengue en el Hospital San Rafael del Espinal, durante el periodo 2010-2014	Univ. Diego Mauricio Bados Enríquez
13:20	33 TL	Tumor de PANCOAST: Presentación de un Caso.	Dr. Marco Antonio Zepeda Paz
13:35	34 TL	Experiencia Educativa sobre Autocuidado y Monitoreo Intrahospitalario de Pacientes con Diabetes, 2015-2017, Hospital Escuela Universitario, Tegucigalpa, Honduras	Dr. Luis Alfredo Rodríguez Castellanos
13:50	Preguntas y respuestas		

**PROGRAMA CIENTÍFICO DEL LX CONGRESO MÉDICO NACIONAL
CHOLUTECA 2017**

**FECHA SÁBADO 15 DE JULIO DEL 2017
SALON VALLE (3) HOTEL JICARAL
BLOQUE MATERNO-INFANTIL**

Moderadores		<i>Dra. Flavia Gabriela Martínez Quiroz / Dr. Oscar Ronaldo Sierra</i>	
HORA	CODIGO	TEMA	EXPOSITOR
08:00	90 C	Estrategias para disminuir la mortalidad materna	Dra. Wendy Cárcamo
08:25	91 C	Código rojo ¿Cuándo activarlo?	Dr. Rene Ramírez
08:50	192 C	Ca. de mama en edad reproductiva	Dr. Elmer Turcios
09:15	93 C	Avances en el tratamiento de la neoplasia cervicouterina	Dr. Andrés Coello
09:40	94 C	Abdomen agudo y embarazo	Dr. Ricardo Cáliz
10:05	Preguntas y Respuestas		
10:15	Receso		
Moderadores		<i>Dra. Oneyda Yamileth Cornelio Carbajal / Dra. Patricia Zuhey Rodas Ortega</i>	
10:45	35 TL	Enfermedad cardiovascular y factores de riesgo asociados en pacientes con diabetes en el Hospital General del Sur, Choluteca.	Dr. Geovanny F. López Montoya
11:00	36 TL	Resultados del Programa de Prevención y Educación en salud y Cáncer (PESCA) en la detección temprana de cáncer de cuello uterino en la zona noroccidental de Honduras, 2015-2016.	Univ. César Ulises Alas Pineda
11:15	95 C	Abordaje inicial del px pediátrico con sospecha de neoplasia	Dr. Carolina Arambú
11:40	96 C	Síndrome. TORCH vigencia actual	Dr. Marco Luque
12:05	97 C	Emergencias Oftalmológicas en pediatría	Dr. Carlos Maldonado
12:30	98 C	Manejo del Shock en Pediatría	Dra. Scheybi Miralda
12:55	99 C	Manejo del RN con sospecha de Sepsis	Dr. Alejandro Young
13:20	37 TL	Incidencia de Enfermedad Cardiovascular en Estudiantes de Medicina de 4 Universidades Colombia- Estudio Multicéntrico.	Univ. Diego Mauricio Bados Enríquez
14:00	Preguntas y respuestas		

PROGRAMA CEREMONIA INAUGURAL
MIÉRCOLES 12 DE JULIO DEL 2017, 7:30 PM

Lugar: Salón, Hotel y Centro de Convenciones Jicaral, Choluteca.
Código de vestimenta: Formal

Maestro de Ceremonia: Dr. Douglas Iván Maradiaga

1. Integración de la mesa principal:
 - Sr. Presidente del congreso nacional de la Republica: Dr. Mauricio Oliva
 - SR. Alcalde Municipal. PM. Quintín Soriano.
 - Sra. Gobernadora Departamental. Abogada Vilma Avelar.
 - Sra. Presidenta del Colegio Médico de Honduras. Dra. Suyapa Figueroa.
 - Sra. Presidenta del Comité Organizador LX COMENAC. Dra. Mariel Zambrano.
 - Sra. Ministra de Salud. Dra. Delia Rivas.
 - Medico Homenajead. DR. Rolando Oliva Herrera.
 - Sra. Presidenta CENEMEC. Dra. Johana Bermúdez.
 - Sr. Presidente de Delegación Medica Choluteca. Dr. Carlos Cerrato.
 - Sr. Presidente del Comité Científico. Dr. Allan Anthony Araujo Vivas.
2. Entrada solemne del pabellón nacional y estandartes del Colegio Médico de Honduras.
3. Invocación a Dios por: Dra. Ana Silvia Murillo.
4. Himno Nacional de Honduras interpretado por el :
5. Palabras de Bienvenida por la Dra. Mariel Zambrano. Presidente del Comité Organizador.
6. Palabras de inauguración del LX Congreso Medico Nacional por Dra. Suyapa Figueroa. Presidente Colegio Médico de Honduras.
7. Reseña Biográfica del Dr. Rolando Oliva Herrera. (Video)
8. Entrega de reconocimiento al Dr. Rolando Oliva Herrera por la Dra. Mariel Zambrano y posteriormente, palabras del Homenajead.
9. Coctel de Bienvenida.

PROGRAMA CEREMONIA DE CLAUSURA

Al final de las Conferencias

Sábado 15 de Julio 2017, 2:00 p.m.

Lugar: Salón, Hotel Y Centro de Convenciones Jicaral.

Maestro de Ceremonias: José Marcel Bonilla Zepeda

1. Oración
2. Entrega de premios a los tres primeros lugares en trabajos libres.
3. Presentación y Juramentación del Comité Organizador LXI COMENAC, San Pedro Sula.
4. Palabras de despedida por la Dra. Mariel Zambrano. Presidente del LXI, Congreso Médico Nacional.
5. Palabras de clausura por la Dra. Suyapa Figueroa, Presidente del Colegio Médico de Honduras.
6. Entrega de certificados.

PROGRAMA SOCIOCULTURAL COMENAC 2017

FECHA	HORA	LUGAR	EVENTO	TRAJE
Miércoles 12 de julio	7:30 pm. 12:00 pm.	Salón de Eventos Hotel Jicaral	Coctel de Bienvenida Homenaje al Dr. Rolando Oliva Herrera Violinista: Oscar Ríos	Formal
Jueves 13 de julio	5:00 pm.	Área de la Piscina	Exposición de Pintura Marimba	Casual
	7:00 pm. - 2:00 am.	Salón de Eventos Hotel Jicaral	Noche Sureña Grupo Musical Zona Caliente	
Viernes 14 de julio	8:00 pm. - 2:00 am.	Salón de Eventos Hotel Jicaral	Actos de Clausura Cena de Gala Cantante: Jorge Torres	Formal

CONFERENCIAS MAGISTRALES

RESUMENES

2C. MANEJO DE EMERGENCIA DEL ESTATUS EPILEPTICO EN ADULTOS. Jorge Arturo Cruz Rodríguez, Especialista en Medicina Interna y Neurología, Miembro de la American Academy of Neurology, Hospital SEMESUR y Hospital y Clínicas Sinaí, Choluluteca.

Los estudios poblacionales muestran una incidencia anual, incluyendo todos los grupos de edad y tipo de convulsiones de 41 por 100,000 habitantes. Aunque se puede presentar a cualquier edad, existe un patrón bimodal, donde se presenta con mayor frecuencia en los menores de un año de edad y los más de 60 años. Los adultos mayores son el grupo etario con mayor riesgo, presentándose una incidencia anual de 86 por 100,000 habitantes y un riesgo de 3 a 10 veces más que otros grupos. Las principales causas son las concentraciones sanguíneas bajas de las drogas antiepilépticas en pacientes con epilepsia crónica (34%), causas sintomáticas remotas (24%), eventos cerebrovasculares (22%), anoxia o hipoxia (10%), causas metabólicas (10%), abstinencia alcohólica y drogas (10%). En niños en más del 50 % de los casos ocurre en presencia de fiebre e infección. Debido a la heterogeneidad del estatus epiléptico, ninguna clasificación ha sido completamente aceptada, algunas se basan en la edad del paciente, localización, semiología clínica, patrón EEG o combinación de cada uno de ellos, lo que indica la necesidad de encontrar una definición operacional, la cual defina convulsiones que duren más de 5 minutos sin recuperación del estado de conciencia. El objetivo principal del tratamiento es el cese de toda actividad clínica y electroencefalográfica, de las convulsiones haciendo uso de medicamentos de primera línea como las benzodiacepinas, segunda línea donde la Fenitoina y Fosfenitoina son de elección y recientemente se incorpora Acido Valproico y Levetiracetam como alternativas, y si no responde a estos medicamentos el uso de barbitúricos y anestésicos se hace indispensable, asociado a la intubación del paciente. Siempre es importante establecer la causa del Estatus epiléptico a través de estudios de imagen y laboratorio.

8C. CIRROSIS HEPÁTICA EXPECTATIVA DE VIDA Susana Elena del Carmen Pineda Padilla Médico especialista en Gastroenterología Hospital Escuela y Medical Center.

La cirrosis hepática es causada por alcoholismo, esteatosis hepática no alcohólica, hepatitis B y C, siendo la esteatosis la causa más común. Una vez hecho el diagnóstico de cirrosis el riesgo de muerte es 4.7 veces mayor que la población en general y la cirrosis descompensada aumenta 9.7 veces. La expectativa de vida es de 10-13 años y puede ser de 2 años si la persona está descompensada. El 65% de los alco-

hólicos que dejan las bebidas tienen una expectativa de vida de 3 años. El gasto económico en los Estados Unidos es de 2 billones y costos indirectos de 10 billones anuales. Las probabilidades de desarrollar complicaciones son de 47% ascitis, 28% encefalopatía y 25% sangrado gastrointestinal. La incidencia de hepatocarcinoma es de 5% anual. La cirrosis es una enfermedad que está aumentando en incidencia en nuestro país sobre todo por alta incidencia de síndrome metabólico que tenemos en nuestro país. Para poder mejorar la expectativa de vida de pacientes cirróticos tenemos que hacer varias modificaciones, tratar la enfermedad de base en el caso de las hepatitis vírales, conciencia en el paciente de su enfermedad y dejar los agresores como el alcohol, cambio en el estilo de vida que incluye ejercicios y cambio en hábitos alimentarios. En la medida de posible evitar las descompensaciones ya que cada descompensación disminuye la expectativa de los pacientes.

9C. HELICOBACTER PYLORI: ¿A QUIÉN TRATAR Y CON QUÉ? Marco Sánchez. Médico especialista en Gastroenterología y Endoscopia, Jefe servicio de Gastroenterología. Hospital Escuela. Tegucigalpa.

Aun cuando la prevalencia de *H. pylori* este disminuyendo en algunas partes del mundo, la infección permanece presente en 28% a 84%, dependiendo de la población estudiada. *Helicobacter pylori*, es una causa importante en el desarrollo y su erradicación está recomendada en el tratamiento de la úlcera gástrica y duodenal, el cáncer gástrico temprano y el linfoma asociado a tejido linfóide de la mucosa gástrica. Su tratamiento ha sido sugerido para la prevención del cáncer gástrico en personas con alto riesgo. La infección puede tener un rol en el riesgo de úlcera en pacientes que ingieren dosis bajas de aspirina, o inician terapia con antiinflamatorios no esteroideos, en la anemia por deficiencia de hierro sin causa determinada, en la purpura trombocitopenia idiopática y la dispepsia no investigada y funcional. La infección por *Helicobacter pylori* cada vez es más difícil de tratar. El aumento en la prevalencia de cepas resistentes a los antibióticos de los esquemas tradicionales ha conducido a una disminución importante (de menos del 50% en algunos estudios), en las tasas de erradicación. Otra causa a considerar, es el apego sub-óptimo del paciente en la toma de su tratamiento. Al seleccionar el tratamiento, el paciente debería ser interrogado sobre la exposición previa a antibióticos. El tratamiento de primera línea, con triple terapia que incluya claritromicina deberá reservarse para pacientes sin antecedentes de exposición a macrólidos, quienes residan en áreas donde la resistencia a la claritromicina por el microorganismo sea baja. Actualmente, se recomienda, la terapia cuádruple como primera línea que incluya bismuto, o

la terapia concomitante, que consiste en IBP, claritromicina, amoxicilina y metronidazol.

10C. ACTUALIZACIÓN LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO. Helga Codina. Médico especialista en Medicina Interna, Subespecialista en Reumatología. Instituto Hondureño de Seguridad Social.

LES enfermedad reumática sistémica, heterogénea, con alta prevalencia en mujeres, producida por trastorno en la inmunomodulación, con base genética e influencia hormonal y ambiental. Descripción de múltiples posibles manifestaciones, para sospechar el diagnóstico clínico y ayudas laboratoriales, incluida la utilidad de la banda lúpica. Menciones de patologías diferenciales y detalle del tratamiento de acuerdo a la gravedad de las manifestaciones conteniendo sus efectos adversos. Especificación de factores pronóstico. Entre las novedades más relevantes se revisan la patogenia de la anemia crónica, la estimación del riesgo cardiovascular, el síndrome antifosfolípido, la predicción del daño acumulado y los avances más recientes en el tratamiento, incluyendo los tolerógenos y las terapias biológicas. También se revisan las contribuciones más relevantes sobre las terapias clásicas, como la optimización del uso de los glucocorticoides y los antipalúdicos, así como el papel que pueda desempeñar la vitamina D.

11C. ARTRITIS REUMATOIDE. Francisco Godoy. Médico Especialista en Medicina Interna, Subespecialista en Reumatología. Hospital Escuela Universitario, Tegucigalpa, Honduras.

La AR es la forma más común de poli artritis crónica. Los criterios de clasificación para la AR se han revisado en 2010 para permitir el diagnóstico y la investigación sobre esta enfermedad que conlleva una importante discapacidad física. La incidencia y la prevalencia de RA generalmente aumentan proporcionalmente con la edad hasta aproximadamente los 70 años, luego declina. Las mujeres son más frecuentemente que los hombres. La incidencia de AR es de 20-50 casos por 100.000 al año, La prevalencia de AR varía entre 0.2-1.2% La AR es una enfermedad multifactorial que incluye componentes genéticos y ambientales. Tiende a ocurrir en familias. Los alelos HLA-DRB1 que codifican un epítipo compartido Poco se sabe sobre los factores ambientales que pueden desencadenar la AR. La infección puede desempeñar un papel en algunas personas. Existen interacciones complejas entre las hormonas sexuales femeninas y la AR. El inicio de la AR es poco frecuente en el embarazo y la AR son más comunes en las mujeres nulíparas. La intensidad y duración del tabaquismo, así como la obesidad, son factores de riesgo para la AR, Así como la presencia de anticuerpos anti-citrulinados. El impacto en los pacientes es importante dentro de los 10 años de aparición, al menos el 50% de los pacientes son incapaces de mantener un traba-

jo a tiempo completo. Aquellos cuya enfermedad comienza temprano (antes los 45 años) son más propensos a ser severamente discapacitados que aquellos cuya enfermedad comienza a mayores edades de 70 años. De ahí la importancia de un diagnóstico temprano y manejo precoz utilizando racionalmente varios medicamentos llamados drogas de acción lenta capaz de frenar esta enfermedad además de contar con el apoyo de cirugía ortopédica. Se calcula que la discapacidad por AR podría verse reducida en un 40% si se hacen buenas gestiones de salud.

15C. ARTROSIS. Milton Faustino Rodas. Médico especialista en Ortopedia y Traumatología.

Es el Resultado de cambios mecánicos y eventos biológicos que desestabilizan el equilibrio entre la síntesis y degradación del cartílago articular, matriz extracelular y hueso subcondral. El Cartílago articular Está formado por agua 70%, agregados moleculares 25% (Colágeno tipo II y proteoglicanos) y células 5% (condrocitos). Los factores predisponentes no modificables son la edad mayor, sexo femenino, raza blanca y las articulaciones de carga, principalmente las rodillas y las caderas. Los factores modificables son el sobrepeso y la ocupación. La artrosis es el resultado de la disparidad entre el stress aplicado al cartílago articular y la capacidad de este para soportarlo, la deformación del cartílago produce insuficiencia de colágeno, la que causa pérdida de los proteoglicanos de la matriz extracelular, lo que lesiona los condrocitos y libera enzimas proteolíticas produciendo mayor pérdida de proteoglicanos y destrucción progresiva del cartílago articular. Como respuesta hay esclerosis del hueso subcondral, formación de osteofitos, quistes subcondrales y fibrosis de la capsula articular. El síntoma principal es el dolor de tipo mecánico, puede haber rigidez articular matutina, tumefacción, limitación de la función; y en los casos avanzados, perdida funcional, deformidad articular, atrofia muscular e inestabilidad. La clasificación más utilizada, es la clasificación radiológica: Artrosis grado I que es un estrechamiento del espacio articular, Artrosis grado II que consiste en estrechamiento del espacio articular, esclerosis del hueso subcondral Artrosis grado III que cursa con estrechamiento del espacio articular, esclerosis y osteofitos. Artrosis grado IV donde hay un estrechamiento del espacio articular, esclerosis, osteofitos y quistes subcondrales. El Tratamiento puede ser no farmacológico: Educación, pérdida de peso, ejercicios de bajo impacto e instrumentos de apoyo, y el tratamiento Farmacológico: Analgésicos no opioides y opioides, AINES, inhibidores COX 2, inyecciones intraarticulares con esteroides de depósito y ácido hialurónico, y fármacos modificadores de los síntomas (Glucosamina, condroitín, diacereina e insaponificables de persea gratísima y glicina) finalmente el Tratamiento quirúrgico: Limpiezas articulares, osteotomías y artroplastias.

16C. TOS DE DIFÍCIL MANEJO. Carlos Enrique Guillén Ayala. Médico especialista en Otorrinolaringología. Hospital SEMESUR Choluteca.

La tos es uno de los motivos de consulta más frecuente. La mayoría de las veces obedece a un problema agudo y la causa es evidente; pero si es una tos diaria y persiste más de 3 semanas se considera como tos persistente o crónica. Es un mecanismo para la movilización de las secreciones, cuerpos extraños y factores irritantes para el tracto respiratorio. Según sus características la tos crónica se divide en tos específica (asociada a síntomas y signos que indican un problema subyacente) e inespecífica (seca que no se relaciona con ninguna causa conocida). La etiología de la tos crónica: Reflujo gastroesofágico, Infección, Asma, Aspiración de cuerpo extraño, Foco Otorrinolaringológico (goteo postnasal). La tos en este caso obedece a estimulación mecánica de la rama aferente del reflejo de la tos en la vía aérea superior provocada por las secreciones que descienden de la nariz o los senos. Aparte de las infecciones víricas, los gérmenes más habituales que producen infecciones a este nivel son: *S.pneumoniae*, *H.influenzae*, *M.catarrhalis* y *S.aureus*. El patrón típico es el niño en edad preescolar que comienza con infecciones repetidas de vías altas que conllevan a una hipertrofia adenoamigdalina, otitis e incluso a cuadros obstructivos durante el sueño. En niños mayores, la presencia de rinitis persistente o hipertrofia de cornetes debe hacernos pensar en la presencia de atopia. El diagnóstico se hará por la Historia clínica, antecedentes alérgicos, respiratorios, digestivos, Características de la tos, ¿Cuándo tose?, Antecedentes familiares de atopia en primer grado fibrosis quística, tuberculosis, Exploración física, Estudio radiológico, Función pulmonar, Estudio microbiológico, Phmetría, Endoscopias (broncoscopia) y ORL flexible. La tos es un síntoma y no una enfermedad por lo que nuestro objetivo fundamental es identificar su causa para tratarla.

17C. SE PUEDE CURAR LA DIABETES CON CIRUGIA?

Lennyn Alvarenga. Médico especialista en Cirugía General y Laparoscopia Avanzada. Subespecialidad en cirugía Bariátrica, endocrina y metabólica. Hospital Vall d'hebron, Barcelona. España.

Según la OMS la diabetes mellitus tipo 2 (DMT2) es una enfermedad crónica que aparece cuando el páncreas no produce insulina suficiente o cuando el cuerpo no la utiliza eficazmente. En el 2014 el 9% de los adultos a nivel mundial la padecía. Su tratamiento es amplio e incluye cambios en el estilo de vida, dejar de fumar, hacer ejercicio, dieta hipocalórica y varios medicamentos orales e insulina, pero sin lograr remisión de la patología. La cirugía bariátrica para la obesidad mórbida, con el paso del tiempo evidencio que los pacientes mientras bajaban de peso, mejoraban sus comorbilidades, especialmente la DMT2. Para 1995 existen publicaciones con remisión después de un bypass gástrico aun-

que aún no estaba clara la razón para ello. Se plantearon hipótesis como que la reducción en la ingesta de alimentos y la consecuente pérdida de peso era la causa, pero no explicaba porque mejoraban desde los pocos días de operados cuando aún no ha ocurrido la pérdida de peso; descubriendo así que al desviar los alimentos, se inhibe la liberación de sustancias diabetogénicas en el intestino proximal, logrando reducir la resistencia a la insulina y restaurar la tolerancia a la glucosa. También se liberan sustancias antidiabetogénicas (incretinas: GLP-1, PYY) en el intestino distal, las que estimulan el páncreas favoreciendo la liberación de insulina, disminuyendo la producción de glucagón, consiguiendo que el hígado produzca menos glucosa y mejorando la diabetes por varias señales hormonales. Las tasas de remisión de la diabetes con cirugía varían desde 64% hasta 91.6%. La federación internacional de la diabetes, Desde el 2011, considera la Cirugía Bariátrica como un tratamiento efectivo, seguro y rentable económicamente para personas con DMT2 y obesidad que no alcanzan las metas recomendadas con terapias médicas, especialmente en presencia de otras comorbilidades mayores.

18C. MANEJO QUIRURGICO DE LA OBESIDAD. Lennyn Alvarenga. Médico especialista en Cirugía General y Laparoscopia Avanzada. Subespecialidad en cirugía Bariátrica, endocrina y metabólica. Hospital Vall d'hebron, Barcelona. España.

Según la OMS la obesidad y el sobrepeso se definen como la acumulación anormal o excesiva de grasa, la que puede ser perjudicial para la salud. Usando el índice de masa corporal cuando está arriba de 25 se considera sobrepeso, arriba de 30; obesidad. Para el 2014 el 13% de la población adulta a nivel mundial tenía obesidad. En Honduras el 2009 el 34.4% de la población tenía sobrepeso y el 20.9% obesidad. Las causas son multifactoriales, incluyendo más de 200 genes y factores ambientales como el aumento en el consumo de calorías de la dieta, sedentarismo y malos estilos de vida entre otros. Se han asociado múltiples comorbilidades que afectan el sistema cardiovascular (ateroesclerosis, dislipidemia, hipertensión), pulmonar (apnea del sueño, asma), metabólico (diabetes mellitus tipo 2, síndrome metabólico) y otras a nivel psicológico, genitourinario, gastrointestinal, dermatológico, musculoesquelético e incluso cáncer de colon, mama y útero. La dieta, el ejercicio físico o los fármacos no han demostrado ser suficientes para lograr una reducción sostenida y mantenida de peso, por lo que la cirugía es la única modalidad de verdad efectiva. Sus objetivos son tanto reeducar sobre los hábitos alimenticios; como prevenir, reducir y tratar las morbilidades asociadas. Se hará en pacientes con un IMC mayor a 40, o si tiene comorbilidades cuando sea mayor de 35. Estos procedimientos funcionan al reducir la capacidad del estómago para recibir alimentos (restricción), al desviar el alimento en el intestino y lograr reducir la absorción de nutrientes (malabsorción) o ambas co-

sas (mixtos). Los procedimientos restrictivos como la manga gástrica, y los mixtos como el bypass gástrico son los más utilizados. Con ellos se logra obtener pérdidas del exceso de peso alrededor del 75 al 90%, y resolución de morbilidades en 80 a 85% de los casos.

20C. DIVERTICULITIS AGUDA. MARIO FABRICIO DISCUA. Médico especialista en cirugía general y laparoscopia. Hospital Roberto Suazo Córdova, La Paz. Honduras.

La enfermedad diverticular es una patología frecuente en nuestra población, la cual corresponde a la herniación de la mucosa a través de puntos de debilidad en la pared colónica. La inflamación y/o perforación de los divertículos suele provocar un cuadro clínico en muchas ocasiones grave y de urgencia, el cual debe ser diagnosticado y resuelto de forma óptima. El diagnóstico clínico se confirma con la tomografía computada de abdomen y pelvis, y de acuerdo a los hallazgos se clasifica y decide la terapéutica adecuada. En los casos de diverticulitis simple donde solo ocurre la inflamación del divertículo, el reposo intestinal y los antibióticos endovenosos son la terapia más efectiva. Ante la presencia de diverticulitis complicada (absceso, peritonitis purulenta o fecaloidea) existen múltiples opciones que comprenden desde el drenaje del absceso vía percutánea, operación de Hartmann, resección y anastomosis primaria, y lavado laparoscópico. En la presente charla se expone la etiopatogenia, diagnóstico, tratamiento médico y las múltiples alternativas quirúrgicas en los pacientes con diverticulitis aguda complicada.

21C. MANEJO QUIRÚRGICO DE LAS SECUELAS DE LA LUXACIÓN CONGÉNITA DE RODILLAS EN PACIENTES CON TRATAMIENTO FALLIDO EN SU INFANCIA. José B. Aviles. Médico especialista en ortopedia y traumatología, Neurortopedia; especialista en enfermedades Neuro musculares Centro Hondureño de Deformidades Oseas (CHDO). Médico asistencial Centro Hondureño de Deformidades Oseas CHDO.

La luxación congénita de rodilla es un proceso raro, con una mayor incidencia en el sexo femenino (2,1). Existen tres grados de severidad según la clasificación de Laurence y Fisher: Grado I: Hiperextensión de la rodilla sin desplazamiento de las superficies articulares. Grado II: Subluxación con deslizamiento de la epífisis tibial sobre la cara anterior del fémur. Grado III: Luxación anterior completa de la tibia sobre el fémur. La incidencia de esta patología es de 0.017 por cada 1.000 nacidos vivos. En algunos casos se asocia a luxación de cadera (45%), malformaciones en los pies (30%) o a determinados síndromes como el Síndrome de Larsen, Ehlers-Danlos o el Síndrome de Down. En nuestro sistema de salud se tratan efectivamente con medios conservadores los primeros dos grados de luxación, pero existe un grupo de pacientes q no recibieron tratamiento al momento de na-

cer y otro grupo de pacientes que los tratamientos fracasaron; en el presente trabajo se presenta un caso el cual llevo a nuestro servicio a los 24 años de edad presentado deformidades severas que de forma progresiva han afectado la marcha y la calidad de vida de la paciente. Ante tal deformidad en nuestro medio no existía la posibilidad de corregir tales deformidades con cirugías convencionales.-En la actualidad nuestro gremio médico cuenta cada día más con sub especialista que mejoran las expectativas de los tratamiento quirúrgicos a través de la implementación de técnicas no convencionales. El presente trabajo muestra las técnicas quirúrgicas no convencionales realizadas en un solo tiempo quirúrgico y su resultados. La obtención de buenos resultados con la implementación de estas técnicas no convencionales nos hace ponernos a la vanguardia de los estándares de atención actual.

23C. DUELO PERINATAL. José Luis Cruz Flores. Médico especialista en Psiquiatría. Universidad nacional autónoma de Honduras y DIME.

El duelo es un proceso psicológico "normal" que se produce por la muerte de una persona querida. Es una experiencia emocional, universal y dolorosa que se vive en diferentes momentos: impacto y crisis, turbulencia afectiva, desesperanza reversible, reorganización y revinculación. El duelo perinatal puede ser de los más difíciles e indescriptibles en vista que es la experiencia de los padres que comienza tras la pérdida de un bebé por aborto involuntario, muerte fetal, neonatal o la interrupción voluntaria por anomalías fetales que podría desencadenar resultados sociales, psicológicos y biológicos negativos a largo plazo, particularmente cuando es repentino y traumático. Se caracteriza por ser una respuesta emocional compleja, a menudo expresada de forma diferente entre hombres y mujeres. El duelo perinatal no solo incluye la pérdida de un hijo, supone la pérdida de un proyecto de vida que a veces no puede ser reconocido socialmente, expresada ni apoyada en público. Considerando lo anterior es importante la necesidad de hablar sobre este tema ya que en muchos casos los profesionales de la salud no sabemos cómo actuar ya sea por falta de conocimiento o la propia tendencia inconsciente de evitar situaciones negativas y dolorosas, sin embargo, somos los llamados a conducirlos, orientarlos y ayudarlos prestando atención al tono de la voz, gestos, postura y mirada sin menospreciar la pérdida y reconocer los casos en que sea necesario el abordaje psicoterapéutico o farmacológico especializado.

25C. ASMA EN PEDIATRÍA. GUÍAS ACTUALES. Lourdes Regina Morales Luna. Pediatra Neumóloga. Hospital Escuela Universitario.

El asma es una enfermedad crónica que representa uno de los principales problemas de salud a nivel mundial afectando a más de 300 millones de habitantes y que se relaciona

con la pérdida progresiva de la función pulmonar, limitación de las actividades cotidianas, menor calidad de vida y muerte prematura, así como un gran impacto socioeconómico. Es una enfermedad heterogénea, de base genética y origen multifactorial, de evolución crónica y curso variable, que se expresa en la clínica por diversos fenotipos. El diagnóstico de asma establece un reto en la práctica clínica especialmente en lactantes y preescolares. Las bases para el diagnóstico son clínico, funcional y la exclusión de diagnósticos alternos, incluyendo enfermedades como fibrosis quística, o malformaciones broncopulmonares. Los síntomas clásicos son tos de predominio nocturno, que se exacerba con risa o llanto, dificultad respiratoria, sibilancias, opresión torácica, variables en tiempo e intensidad. En menores de 5 años es frecuente la tos y sibilancias episódicas durante infecciones respiratorias virales, o tos nocturna como único síntoma. Según edad del paciente se demostrará obstrucción reversible del flujo aéreo mediante espirometría y/o flujometría. Los objetivos del tratamiento son el control de síntomas diurnos y nocturnos, reducir el riesgo de exacerbación y pérdida de función pulmonar, así como evitar efectos adversos. El tratamiento farmacológico se establece según el nivel de control y gravedad, riesgo de exacerbación y el fenotipo asmático. El tratamiento escalonado del asma se inicia con medicamento de rescate (β_2 agonista de acción corta) sin embargo, la piedra angular para lograr el control, la constituyen los corticosteroides inhalados, con revisión de respuesta cada 2-3 meses de tratamiento, ajustando dosis o agregándose otras terapias. Previo a modificar el tratamiento se debe verificar adherencia, accesibilidad a medicamentos, control ambiental, así como detectar y tratar comorbilidades frecuentes en niños como rinitis o reflujo gastroesofágico.

26C. ABORDAJE INICIAL DE LA PAREJA. Marvin Lazo Cabrera. Médico especialista en Ginecología y Obstetricia. Sub-especialista en Infertilidad y Reproducción Asistida (Biólogo de la Reproducción), Diplomado en Endoscopia Ginecológica. Jefe del servicio de ginecología y obstetricia Hospital San Lorenzo.

La incidencia de infertilidad en el mundo va en aumento con cifras que varían entre 15 y 20%, este aumento se debe principalmente por la tendencia actual de posponer embarazos a edades más avanzadas la contaminación ambiental, aumento de enfermedades de transmisión sexual, obesidad, drogadicción y hábitos nocivos, la distribución aproximada de los factores causales según diversos estudios está el factor masculino de un 30-50%, ovárico 20-30%, tubario 15-20%, cervical 5-10% en más de 30% de los casos se observan factores múltiples, en el 60% de las parejas infértiles se logra un embarazo. La investigación básica requiere ser integral y organizada, el estudio comienza de acuerdo a lo que sugiera el interrogatorio. Los objetivos en la evaluación

implican, descubrir la causa o causas de la infertilidad, establecer un pronóstico, y ofrecer tratamiento. La historia clínica es indispensable dirigida al hombre y a la mujer en busca de la causa de infertilidad, dentro de los estudios iniciales, espermograma en busca de factor masculino, histerosalpingografía en busca de factor tubario, histeroscopia, laparoscopia, ultrasonido en busca de factor ovárico, exámenes laboratoriales, FSH, LH, estradiol, prolactina, progesterona en día 21, para llegar a un tratamiento, médico quirúrgico o técnicas de reproducción asistida.

27C. OBESIDAD Y REPRODUCCIÓN. Sayra Carolina López Fuentes. Médico Especialista en Ginecología y Obstetricia, Subespecialista en Biología de la Reproducción Humana Hospital SEMESUR; Choluteca.

La función reproductiva es controlada por el eje hipotálamo-hipófisis-gonadal y es muy sensible a las condiciones ambientales, la dieta, contaminantes químicos y diferencias epigenéticas. La obesidad es la enfermedad crónica más común en los Estados Unidos, casi dos tercios de las mujeres y tres cuartas partes de los hombres tienen sobrepeso u obesidad. En 1998 el National Institutes of Health definió obesidad en relación al índice de masa corporal, esta relación varía por sexo, edad, raza y etnia; es una enfermedad crónica caracterizada por exceso de grasa, cuya etiología es un desbalance entre la energía ingerida en los alimentos y la energía gastada, este desbalance es promovido por complejas interacciones entre inadecuados hábitos dietéticos, disminución del ejercicio físico y antecedentes genéticos. El exceso de energía almacenada en las células de grasa que aumentan en número o se agrandan, resulta en un tejido adiposo disfuncional que resulta en un incremento sistémico de citocinas proinflamatorias e incremento en la liberación y acumulación de especies reactivas de oxígeno que conducen a inflamación crónica y stress oxidativo que producen daño en el ADN; con consecuencias patológicas como diabetes tipo 2, enfermedades cardiovasculares y disfunciones reproductivas. El status oxidativo de las células moduladoras de la angiogénesis, es crítico para el desarrollo folicular, formación del cuerpo lúteo, diferenciación endometrial, y crecimiento embriogénico, además el stress oxidativo es un mecanismo poderoso que daña el espermatozoide, eventualmente produce infertilidad masculina. Las alteraciones epigenéticas tienen impacto sobre la función reproductiva en general se divide en dos áreas, efectos somáticos y efectos en línea germinal. Las modificaciones epigenéticas son dinámicas y reversibles y cambian en respuesta a los patrones dietéticos, actividad física y pérdida de peso, los marcadores epigenéticos relacionados con obesidad, pueden constituir objetivos terapéuticos para la prevención de trastornos relacionados con la obesidad incluyendo patologías reproductivas.

29C. MANEJO QUIRÚRGICO DE LA INFERTILIDAD. Norman Gustavo Morales Alvarado. Médico Especialista en Ginecología y Obstetricia, Sub Especialidad en Biología de la Reproducción Humana, Adiestramiento en Endoscopia Ginecológica. Hospital Escuela Universitario. Profesor Titular II Facultad de Ciencias Médicas UNAH

Infertilidad se define como la ausencia de embarazo después de un año de relaciones sexuales sin protección. En la época actual, la Fertilización In Vitro (FIV) se ha convertido en el tratamiento para la mayor parte de los problemas de infertilidad, sin embargo, aún existen patologías relacionadas con infertilidad que pueden ser manejadas y resueltas mediante técnicas quirúrgicas. Estas técnicas, enmarcadas bajo el nombre de endoscopia ginecológica, incluye la laparoscopia e Histeroscopia tanto diagnostica como quirúrgica, se han utilizado con éxito para resolver patologías asociadas a infertilidad primaria o secundaria. En el caso de la laparoscopia, esta se ha utilizado para el manejo del factor tubárico en patologías como el hidrosalpinx, oclusión tubárica distal (fimosis de fimbrias, adherencias tubarias) endometriosis tubárica o deseo de recanalización tubárica posterior a esterilización quirúrgica; además de resección de endometriomas o quistes persistentes en ovarios, o simplemente para corroborar permeabilidad tubárica mediante cromopertubación. En cuanto a la Histeroscopia, permite una visualización directa de la cavidad uterina, y las anomalías presuntivas de las imágenes radiológicas pueden diagnosticarse con mayor certeza. Se precisan diagnósticos en entidades como: útero didelfo, tabicado, *uni* o *bicollis*. Es el estándar de oro en el diagnóstico y resección de tabiques, miomas submucosos, pólipos o adherencias, asociados a infertilidad y Pérdida Gestacional Recurrente. Una mujer sueca de 35 años se convirtió en septiembre de 2014 en la primera del mundo en dar a luz un bebé tras recibir un trasplante de útero, en la Universidad de Göteborg, siendo MATS BRANNSTROM, el jefe del proyecto investigador. Se realizó FIV (extrajeron 11 óvulos) y, tras realizarse exitosamente el trasplante de útero, procedente de una mujer menopaúsica, se le transfirió un único embrión. Ya hay otras 4 mujeres que han dado a luz mediante esta técnica quirúrgica.

31C. USO DE ASPIRINA EN EMBARAZO. HERIBERTO RODRÍGUEZ GUDIEL. Médico especialista en Ginecología y Obstetricia, Subespecialista en Medicina Materno Fetal. Hospital San Felipe y Hospital Escuela Universitario.

La aspirina inhibe la ciclooxigenasa (COX). Al disminuir el tromboxano (TXA₂), modifica la relación PGI₂/TXA₂ y tiende a reestablecer el balance fisiológico alterado por la invasión trofoblástica fallida. La administración continua de aspirina a dosis entre 0,3 y 1,5 g/kg por día parece inhibir con más efectividad la actividad COX de las plaquetas que la actividad COX de las células endoteliales. Las células endoteliales son nucleadas y pueden resintetizar COX, a dife-

rencia de las plaquetas anucleadas, que están permanentemente inactivadas. Solo las nuevas plaquetas formadas de megacariocitos pueden renovar TXA₂, pero entonces ellas se vuelven incapaces de producir más, cuando se repite la administración de aspirina. Al revés, las células endoteliales renuevan PGI₂ de manera rápida. De esta manera, es apropiado prescribir un tratamiento preventivo con aspirina en embarazos en mujeres con historia de preeclampsia severa de inicio temprano o RCIU severa, o un síndrome antifosfolípido (donde los anticuerpos anticardiolipina pueden interferir con la síntesis endotelial de PGI₂) son indicaciones para la prevención con dosis bajas de aspirina, de 100 a 150 mg. Parece necesario empezar el tratamiento preventivo tan temprano como sea posible, a las 13 semanas o aún antes, dependiendo de las bases fisiopatológicas señaladas y la historia obstétrica. El tratamiento se continuará hasta las 35 semanas. Algunas veces, el tratamiento puede iniciarse antes de la concepción (enfermedades autoinmunes, tales como el síndrome antifosfolípido), combinada con heparina o corticoesteroide. La terapia de prevención con dosis bajas de aspirina no es efectiva en mujeres con enfermedades médicas, como hipertensión crónica, nefropatía crónica o trasplante renal, diabetes.

33C. INFECCIONES DE LA PIEL Y TEJIDOS BLANDOS. Tito Alvarado, MD, MI, MPH, MsCTM. Infectólogo Asociado al Hospital Escuela Universitario y Hospital Medical Center.

Las infecciones de la piel y tejidos blandos incluyen a todos aquellos procesos agudos y crónicos que afectan la piel, mucosas, anexos cutáneos, tejido celular subcutáneo, fascias y músculo estriado. Estas infecciones son muy comunes y son producidas por una amplia variedad de microorganismos (bacterias, hongos, virus, parásitos etc.). Muchos de ellos forman parte de la microbiota de la piel y mucosas y otros son del medio ambiente. Estos microorganismos penetran al organismo a través de las soluciones de continuidad en la piel y mucosas, por heridas traumáticas, quemaduras, mordeduras, como complicaciones de cirugías, o pueden producirse desde un foco de infección distante a través de la sangre o linfa. El espectro clínico de estas infecciones abarca desde procesos leves hasta cuadros graves que comprometen la vida del paciente. Entre los tipos de infecciones se encuentran las siguientes en la piel: impétigos, erisipelas, ectimas, celulitis, abscesos, paroniquias, dematocosis, fascitis necrotizantes, gangrenas gaseosas y en las mucosas: conjuntivitis, amigdalitis, faringitis, estomatitis, vaginitis, uretritis etc. El diagnóstico de estas infecciones es, en general clínico y no microbiológico. El diagnóstico microbiológico se reserva para los casos en los que se precisa conocer la etiología de la infección debido a la gravedad del caso, por la sospecha la presencia de un microorganismo poco frecuente en pacientes inmunocomprometidos o porque son infecciones de larga evolución que no cicatrizan dentro de un período de tiempo razonable. En el tratamiento de es-

tas infecciones se impone el juicio clínico y se utilizan una amplia variedad de drogas antibacterianas, antimicóticas, antivirales etc., las que se administran por vía parenteral, o tópica, con duraciones variables y a veces se utiliza la estrategia dosis -respuesta. En ocasiones se realiza el drenaje quirúrgico si el caso lo amerita.

34C. AVANCES: ENFERMEDAD POR VIRUS ZIKA. Tito Alvarado MD. MI, MPH. MsCTM. Infectólogo Asociado al Hospital Escuela Universitario y Hospital Medical Center.

El Zika es causada por el virus Zika (ZIKV) y transmitida por un mosquito del género Aedes. Su cuadro clínico es de carácter leve, caracterizado por fiebre, acompañada de erupción maculopapular de intensidad variable. Hasta 2007, solo se había documentado en circulación viral y varios brotes de la infección en África tropical y en algunas zonas del sudeste asiático. Posteriormente, desde 2007, varias islas del Pacífico han experimentado brotes, y hasta 2015 han ocurrido brotes en Sudamérica. Actualmente, es considerada por el ECDC (*Centro Europeo de Prevención y Control de Enfermedades*) como una enfermedad infecciosa emergente. En 2014 se informó de un aumento significativo de la incidencia de casos del síndrome Guillain-Barré (GBS) en la Polinesia Francesa, algo parecido junto con un aumento inusual de la microcefalia congénita se observó en niños nacidos de madres infectadas por ZIKV durante el embarazo, en algunas regiones en el noreste de Brasil en 2015, y posteriormente en otros países de América. Actualmente, la relación causal entre el virus y la microcefalia está definitivamente establecida, así como el síndrome congénito de Zika con sus múltiples alteraciones neurológicas motoras y sensitivas. Además, existe evidencia parcial que este virus destruye a las células de reproducción en los testículos y ovarios produciendo esterilidad en ambos sexos. En relación a tratamiento y prevención, se esperan los resultados clínicos del uso de azitromicina en mujeres embarazadas infectadas por el virus, ya que experimentalmente en ratones se descubrió que esta droga inhibe la infección del virus en células neurológicas progenitoras de estos animales. La vacuna contra el virus se encuentra en fases clínicas avanzadas. En consecuencia, al no disponer de estas medidas contra el virus, solo nos queda aplicar las recomendaciones sanitarias del Ministerio de Salud en el control de los mosquitos vectores y las medidas personales de protección.

36C. ACTUALIDADES EN TUBERCULOSIS. Diana Suyapa Varela Bustillo. Médico Especialista en Medicina Interna. Infectóloga del Hospital Escuela Universitario.

La tuberculosis es una infección causada por bacterias del complejo *M. tuberculosis*, que se transmite por partículas infecciosas a través de la tos. Esta enfermedad continúa siendo una de prioridad en salud pública a nivel mundial. Según el Reporte Global de Tuberculosis, en el 2015 se reportaron 10.4 millones de casos nuevos, de los cuales 480,000 fue-

ron de Tuberculosis Multidrogoresistente. En Honduras se reportaron 2,906 casos nuevos y recaídas este mismo año. Además es una de las 10 principales causas de muerte por enfermedades infecciosas, aun por encima de la infección por VIH. Por esta razón la OMS planteo La estrategia "Eliminemos la Tuberculosis" que tiene como meta para el 2035, reducir en 95% los casos de muerte asociada a Tuberculosis, y en un 90% la tasa de incidencia en comparación con el 2015. Uno de los pilares de esta estrategia es el diagnóstico temprano con pruebas de droga susceptibilidad a fármacos anti tuberculosis de primera línea, y el tamizaje sistemático de contactos y grupos de alto riesgo. Para el diagnóstico el cultivo sigue siendo el estándar de oro. A partir del 2007 con el cultivo en medio líquido (MGIT 960) se acorta el tiempo de identificación de la especie a 14 días, con una sensibilidad ligeramente mayor a la del cultivo en medio sólido, una ventaja para la instauración oportuna de tratamiento. En el 2011 la OMS aprobó el uso de **GeneXpert MTB/rif**, una prueba molecular que amplifica el ADN de *M. tuberculosis* de forma automatizada en 2 horas, capaz de detectar cepas resistentes a Rifampicina. Esta prueba representa un gran avance en países de alta prevalencia, como el nuestro, y de mucha utilidad para la detección temprana de casos de fármaco resistencia.

39C. PERIODO CRÓNICO SIN PATOLOGÍA DEMOSTRADA. ENFERMEDAD DE CHAGAS. Jorge Mitelman. Profesor Titular IUCS Fundación HA Barceló, Secretario Ciencia y Técnica IUCS Fundación HA Barceló, Director consejo de enfermedad de Chagas SIAC.

La Enfermedad de Chagas se clasifica en: Fase Aguda: Que incluye el Vectorial, Congénito, y Transfusional. La Fase Crónica aquella en la cual no hay evidencia de patología demostrable y con Patología demostrable. La cardiopatía Puede ser Sin dilatación, con arritmias supra ventriculares y con dilatación más Insuficiencia Cardíaca. La Etapa preclínica, subclínica o inaparente es aquella donde los pacientes tienen serología positiva para Chagas, carecen de síntomas clínicos, su examen físico cardiovascular es normal y los estudios complementarios son normales (ECG, Rx Tx, PEG, ECO). Además el examen del aparato digestivo es normal. La Enfermedad de Chagas se puede estudiar mediante; Serología para Chagas (Elisa/HAI/IFI), Examen clínico, EKG, Radiografía de tórax, Prueba de Esfuerzo, Ecocardiograma y Doppler, Holter de 24 Hs. Y además mediante estudios del aparato digestivo (transito esofágico, SEG, ecografía de vesícula y vías biliares). Estudios condicionales, PVT, VFC; Dispersión QT, Cámara Gamma La ausencia de cambios electro cardiográficos, descartaría la cardiomiopatía chagásica crónica en la mayoría de los casos con infección crónica (buena especificidad). No obstante el uso de otras herramientas diagnósticas revelarían hallazgos anormales en aproximadamente 20 a 30 % de los pacientes asintomático con ECG normal: Esta tasa de anomalías de magnitud similar a la de los pacientes que desarrollan en-

fermedad clínica representa un desafío al valor de la clasificación convencional (Reunión expertos TDR/OPS 2005) Surge así el concepto que la simple presencia de serología reactiva debe ser considerada como factor de riesgo de desarrollo de miocardiopatía y de muerte súbita. Que esto pueda ocurrir en un tiempo alejado no quita que debamos prevenirlo configurando protocolos que tiendan a evitar el remodelado, mejoren la disfunción endotelial y homogenicen los períodos refractarios. Análisis de riesgo Mitelman-Giménez. Score Integrado para detectar precozmente alteraciones que conducirían al desarrollo de complicaciones cardíacas en pacientes crónicos sin patología demostrada.

40C. MANEJO ACTUAL DE ICC ESTRATEGIAS TERAPÉUTICAS DISPONIBLES ACTUALMENTE. Carlos E Ramos Midence. Médico Especialista en Medicina Interna y Cardiología. Instituto Nacional Cardiopulmonar, Tegucigalpa, Honduras.

La Falla Cardíaca es una condición que afecta una importante población alrededor del mundo y en nuestro país. Se acepta que la mitad de los pacientes que tiene esta condición fallecen en menos de 5 años. La mortalidad asociada a esta condición sobrepasa a la que ocurre en algunas formas de cáncer. En la falla cardíaca ocurre la activación del sistema renina angiotensina aldosterona y del sistema simpático, por lo cual el bloqueo de estos 2 sistemas ha demostrado disminuir la mortalidad y morbilidad asociada a esta condición. A través de diversos estudios existen estrategias firmes para guiar el uso de los fármacos que ayudan en el tratamiento de la misma. La disminución de la frecuencia cardíaca a través de la intervención farmacológica en los Canals If que existen en el nodulo sinusal y el uso de un bloqueador de los receptores de angiotensina con inhibidor de la nepresilina ya han sido incluidos en la nuevas guías de manejo de falla cardíaca. El conocimiento de las estrategias que demuestran ayudar en el tratamiento de la falla cardíaca es un conocimiento muy valioso para ayudar a los pacientes afectados por esta condición.

41C. CÁNCER DE PIEL Y CAMBIO CLIMÁTICO. Rafael Valle Pinto. Dermatólogo. Hospital San Marcos de Ocotepeque.

La predisposición al cáncer de piel es en parte genética, siendo más frecuente en las personas de piel blanca, que corresponde a tipo I, II y III de la clasificación de Fitzpatrick. Sabemos que la incidencia del cáncer de piel está aumentando debido entre otros al cambio de nuestros hábitos de vida, como la incorporación de actividades al aire libre y el abuso de bronceado sin adoptarse las medidas de protección adecuadas. El calentamiento global y la reducción de la capa de ozono también están directamente ligados al incremento del cáncer de piel. El ozono que contiene la estratosfera absorbe la mayor parte de la radiación ultravioleta procedente del sol, en particular la radiación de menor

longitud de onda, que es la más nociva. Se calcula que la concentración anual media de ozono ha descendido aproximadamente un 4% por década. Aumentando los días de sol y creciendo el número de horas de exposición a la radiación ultravioleta, que es el agente cancerígeno más conocido en la actualidad. Clásicamente se han considerado a los rayos UVB como los más dañinos ya que los UVC son filtrados por la capa de ozono. En la actualidad, la reducción de la capa de ozono hace que disminuya la filtración de los rayos UVC. Los tipos de cáncer de piel más frecuentes son Carcinoma Basocelular (85% a 90%), Carcinoma Espinocelular (10% a 15%), Y Melanoma Maligno (3% a 5%).

53C. METÁSTASIS HEPÁTICAS DEL CÁNCER COLORECTAL. Hoover R. Henríquez Cooper. Médico especialista en Cirugía Oncológica, Subespecialidad en Cirugía Gastrointestinal Alta, Bariátrica y Laparoscópica, Cirugía de trasplante, Cirugía Hepato- Bilio-Pancreática. Calgary Alberta, Canadá.

El Hígado es el sitio más frecuente para las metástasis hematógenas del Cáncer Colorectal (CCR). El 25% de los pacientes con CCR tienen metástasis hepáticas sincrónicas, y eventualmente entre el 50-60% de los pacientes a quienes se les reseco su CCR primario desarrollaran metástasis hepáticas metacrónicas. El principal determinante para la sobrevida de los pacientes con MHCCR es la extensión hepática de estas metástasis. Por lo tanto, cuando no son tratadas en forma adecuada, la sobrevida de los pacientes puede ser estimada en meses. A pesar de contar con mejores terapias regionales, mejores quimioterapias, y excelentes agentes biológicos, la sobrevida de estos pacientes raramente sobrepasara los 3 años en la ausencia de la intervención quirúrgica. Sin embargo en las ultimas 3 décadas, se ha demostrado que la cirugía para las MHCCR, realizada por cirujanos hepato-pancreato-biliares (HPB) es segura y que potencialmente puede ser curativa. Actualmente, podemos asegurar que la sobrevida a 5 años de estos pacientes, seguida de una resección hepática con márgenes negativos es del 40%, y la sobrevida a 10 años puede alcanzar casi el 20%. Dado a estos resultados la cirugía hoy en día, es considerada como el tratamiento primario en cierto grupo de pacientes con MHCCR.

56C. TRASPLANTE RENAL EN PAÍSES EN VÍA DE DESARROLLO. Hoover R. Henríquez Cooper. Médico especialista en Cirugía Oncológica, Subespecialidad en Cirugía Gastrointestinal Alta, Bariátrica y Laparoscópica, Cirugía de trasplante, Cirugía Hepato- Bilio-Pancreática. Calgary Alberta, Canadá.

La población mundial sobrepasa los 7 billones de habitantes. Más del 80% habitan en los catalogados países en vía de desarrollo (PVD). Las enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT) son las responsables de más del 60% de las muertes y el 80% de estas ocurren en PVD. El aumento de las ECNT se manifiesta en el incremento del número de

muerdes, por ejemplo, muertes por enfermedad renal crónica. La pandemia de la DM amenaza más a los PVD. En Latino América se estima que en 20 años la población de personas con DM aumentara en un 88%, 98% en África y 91% en Asia. Comparado con un 18% en Europa. Para el 2030 más del 80% de los diabéticos serán de PVD. Tanto para los países desarrollados como para lo PVD, la DM tipo II ha reemplazado a la glomerulonefritis como la principal causa enfermedad renal terminal (ERT). Para la mayoría de pacientes con ERT que habitan en PVD, el trasplante renal (TR) es la única opción terapéutica viable para prolongar la vida. El poderío económico de los países desarrollados permite que sus habitantes con ERT tengan acceso a la terapia de remplazo renal (diálisis) mientras aguardan por un trasplante. Sin embargo en PVD, estas terapias no son accesibles para la mayoría de los afectados, lo que significa que este diagnóstico es una sentencia de muerte. Los altos costos de la diálisis, limita que los afectados con ERT que viven en PVD recibían tratamiento; Este último enunciado hace que el TR sea de mayor necesidad y urgencia que en los países ricos. Aun así solo el 10% de los trasplantes realizados en el mundo son en hechos en PVD, cuando los costos del TR son hasta 50% menores.

59C. ESTRATEGIAS PREVENTIVAS DE PREECLAMPSIA.

Jorge Cerrato Ferrufino. Médico Especialista en Ginecología-Obstetricia, Subespecialista en Medicina Materno Fetal.

La preeclampsia es un síndrome definido por la nueva aparición de hipertensión en la segunda mitad del embarazo que es generalmente, pero no siempre, acompañada de proteinuria; la preeclampsia es un problema de salud pública y una de las principales causas de muerte materna. La prevalencia varía a nivel mundial desde 1.8 a 16.7%. en los últimos 10 años no hemos logrado disminuir la incidencia de esta patología, La Organización Mundial de la Salud (OMS) estima que la incidencia de preeclampsia es siete veces mayor en los países en desarrollo que en los desarrollados. Dentro de las barreras que tenemos es el manejo médico ineficaz debido a la presentación insidiosa de la enfermedad, la naturaleza impredecible que muchas veces conlleva a un tratamiento tardío con la presencia de resultados perinatales adversos tanto maternos como fetales. Se ha intentado crear programas con la finalidad de disminuir la mortalidad por esta enfermedad, aumentando la conciencia en las mujeres sobre la necesidad de recibir atención de emergencia, apoyando a los sectores de salud en casos de surgir complicaciones durante el parto con una intervención médica rápida, eficaz e incrementando así la probabilidad de éxito terapéutico ;Un objetivo importante de la atención prenatal es detectar preeclampsia incipiente y evitar su progresión La investigación que se ha desarrollado alrededor de detección del primer trimestre para la preeclampsia ha ofrecido una oportunidad significativa para replantear el potencial de las estrategias de prevención. Motivo por el cual considero que la paciente debe ser evaluada en base a perfiles de

riesgos, Se identificó que el 77% de las mujeres tenían al menos un perfil de riesgo. Siendo los más importantes perfiles Metabólico, cardiovascular, Protrombótico, de riesgo placentario, y el perfil de riesgo personal, encontrándose el IMC incrementado como la variable individual para riesgo de preeclampsia.

60C. ZIKA Y EMBARAZO. Mónica García Santacruz, Ginecóloga y Obstetra, Fellowship en Medicina Fetal, Kings College Hospital; Certificada por la Fetal Medicine Foundation.

La Organización Mundial de la Salud (OPS) en 2015 publicó una alerta respecto al incremento de los casos de microcefalia en Brasil, en Diciembre del 2015 la OPS informó la identificación del ARN del virus del Zika por medio de una prueba de reacción en cadena de la polimerasa con transcriptasa inversa en muestras de líquido amniótico de dos mujeres embarazadas. En el 2016 la Organización Mundial de la Salud, declaro a la Infección por el Virus del Zika emergencia Mundial de Salud Pública y para Abril del 2016 la CDC confirma que el Virus del Zika causa Microcefalia y otros trastornos neurológicos. nuestro país, considerado país endémico para Zika, Dengue, Chikunguya, es mandatorio considerar a todas las embarazadas como de Riesgo Alto a presentar Afectación Fetal por Zika; las Guías Internacionales de manejo para la mujer embarazada que viaja o vive en áreas de exposición al Virus del Zika recomiendan que el control prenatal debe incluir el estudio serológico por Zika y un ultrasonido de morfología fetal detallado entre las 18 y 24 semanas de gestación, El hallazgo ultrasonográfico más frecuente es la microcefalia que se define como una circunferencia cefálica igual o superior a 2 desviaciones estándar por debajo de la media para la edad gestacional, otros hallazgos ecográficos sugestivos de daño neurológico, encontrados: calcificaciones intracraneales, ventriculomegalia, disgenesia de cuerpo calloso, disgenesia de vermis, dilatación de cisterna magna, lisencefalia, talamos hipoplásicos, convulsiones antenatales y cerebelo hipoplásico calcificaciones en cristalinos, cataratas, nistagmos y artrogriposis. En Honduras tenemos casos confirmados de Microcefalia y Artrogriposis asociados a Infección por Virus de Zika, por lo que recomendamos incluir en el control prenatal de las mujeres embarazadas el estudio de morfología fetal detallado e insistir en la consejería para la erradicación del mosquito transmisor del virus.

66C. INFECCIÓN POR VPH Y CÁNCER DE CÉRVIX. Carmen Bethania Rosales. Médico especialista en Ginecología y Obstetricia, Oncología. Hospital san Felipe. Instituto Hondureño Seguridad Social.

Los virus del papiloma humano (VPH) son un grupo de más de 200 virus relacionados. Más de 40 tipos de VPH pueden transmitirse fácilmente por contacto sexual directo, de la piel y de las membranas mucosas de personas infectadas a la piel y a las membranas mucosas de sus parejas. Pueden

transmitirse por contacto sexual vaginal, anal y oral. Los tipos de VPH que se transmiten sexualmente corresponden a dos categorías: Los VPH de bajo riesgo, los cuales no causan cáncer pero pueden causar verrugas en la piel. Por ejemplo, los tipos 6 y 11 de VPH causan 90% de todas las verrugas genitales. Los tipos 6 y 11 causan también papilomatosis respiratoria recurrente, una enfermedad menos común en la que tumores benignos crecen en las vías respiratorias que van de la nariz y la boca a los pulmones. Los VPH de alto riesgo, los cuales pueden causar cáncer. Se han identificado cerca de una docena de tipos de VPH de alto riesgo. Dos de estos, los tipos 16 y 18 de VPH, son responsables de la mayoría de los cánceres causados por VPH. Los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC) calculan que más de 90% y de 80%, respectivamente, de hombres y mujeres activos serán infectados por al menos un tipo de VPH alguna vez en sus vidas. Casi la mitad de estas infecciones son por un tipo de VPH de alto riesgo. La mayoría de las infecciones por VPH de alto riesgo ocurren sin síntomas, desaparecen en 1 o 2 años y no causan cáncer. Sin embargo, algunas infecciones por VPH pueden persistir por muchos años. Las infecciones persistentes por tipos de VPH de alto riesgo pueden resultar en cambios celulares que, si no se tratan, pueden evolucionar a cáncer.

67C. SÍNDROME DE SOBREPOSICIÓN ASMA EPOC. Suyapa María Figueroa Eguigurems. Médico especialista en Medicina Interna y Neumología. Hospital Escuela Universitario.

El síndrome de sobre posición Asma EPOC es hoy por hoy una condición clínica cada vez más reconocida. Con una prevalencia de aproximadamente un 20%, siendo importante mencionar que se ha demostrado un incremento no solo de la morbilidad sino también de la mortalidad por esta condición, existiendo un heterogéneo patrón inflamatorio en el que pudieran participar Eosinófilos, neutrófilos o patrones inflamatorios mixtos, existiendo evidencia de participación de datos de inflamación sistémica. Es de suma importancia el reconocimiento de estos sub grupos y saber escoger el tratamiento que mejor se ajuste a cada condición clínica. Les invito a que juntos revisemos la evidencia sobre el tema y nos adentremos en estos nuevos paradigmas y mejores alternativas terapéuticas para nuestros pacientes.

70C. APLICABILIDAD DE LA SEMIOLOGÍA Y LABORATORIO INICIAL DE LEUCEMIA Y LINFOMAS. David E Cortés. Médico Especialista en Medicina Interna, Hematología y Oncología. Instituto Hondureño de Seguridad social, Hospital y Clínica del Valle, San Pedro Sula. Honduras.

Las leucemias y linfomas son un grupo de neoplasias caracterizadas por una proliferación clonal de los progenitores hematopoyéticos en la médula ósea, y en los ganglios linfáticos respectivamente. Hay una ligera predominancia del

sexo masculino tanto para leucemia como linfomas y se pueden presentar tanto en niños como en adultos. En el caso de leucemias, se puede sospechar en los pacientes que presentan: palidez, debilidad, equimosis, fiebre y disminución de peso. El linfoma se puede presentar con adenopatías, esplenomegalia, disminución de peso, fatiga, fiebre, diaforesis nocturna o prurito. La primera herramienta de sospecha diagnóstica en leucemia es el hemograma con la revisión del frotis de sangre periférica y posteriormente aspirado con biopsia de médula ósea. Para una clasificación definitiva, y con fines pronósticos es necesario estudio de citometría de flujo con estudio citogenético. En el caso de linfoma es necesario el estudio de biopsia escisional con estudio de inmunohistoquímica. Para el estadiaje hay que completar estudio de TAC de cuello, tórax y abdomen. Cuando sea posible, se debe realizar tomografía con emisión de positrones, que tiene mayor exactitud diagnóstica y nos brinda pronóstico. Con el avance en los métodos diagnósticos y en el tratamiento dirigido, principalmente en la leucemia mieloide crónica y en los linfomas no Hodgkin CD 20 positivos, en los últimos 10 a 15 años hemos tenido mejores tasas de respuesta al tratamiento y ello se traduce en una mayor supervivencia.

87C. ALTERACIÓN DEL SISTEMA AUTONÓMICO EN LA ENFERMEDAD DE CHAGAS. Luisa Gimenez. Profesora. Adjunta IUCS-Fundacion HÁ Barceló, Buenos Aires, Argentina. Docente Investigadora UCU (Universidad Concepción Uruguay. Entre Rios). Fellow-Ship SIAC.

Se han propuesto factores vasculares, inflamatorios, inmunológicos y neurológicos para explicar la compleja y multifactorial acción del parásito en el organismo, que posiblemente actuarían interrelacionándose para desarrollar y desencadenar la enfermedad cardíaca. El tripanosoma *Cruzi* afecta la función cardíaca en forma compleja¹. El parásito posee una neurominidasa y se ha postulado que la misma puede afectar los grupos de ácido siálico de los esfingolípidos de las membranas de las fibras de conducción cardíaca del sistema autónomo y de las células endoteliales del miocardio y los vasos sanguíneos. Habría un desequilibrio autónomo consistente en disfunción simpática y parasimpática en los pacientes chagásicos, que predispone a sus arterias coronarias a un estímulo constrictor. La importancia clínica de estos hallazgos radica en relacionarlos con los síntomas de angina referidos por los pacientes y en su contribución hacia el avance a miocardiopatía chagásica crónica, de los pacientes que posean esta anomalía del vaso motión en la fase crónica sin patología demostrada. La inflamación y fibrosis serían la causa de la denervación de las fibras vagales, de la destrucción de las células neuronales ganglionares y la circulación de anticuerpos antimuscarínicos, que provocarían desensibilización y regulación en baja de los receptores específicos. La patogénesis de las alteraciones simpáticas es similar al de las vagales, presentando denervación y presencia de anticuerpos beta-adrenérgicos. La presencia de megavisceras digestivas también sugeriría y

confirmaría el compromiso del sistema nervioso autónomo. El pronóstico y valor clínico sobre los disturbios autonómicos es aun día material de debate por muchos autores. Actualmente la disautonomía se estudia mediante la detección de anticuerpos anti receptores muscarínicos, el estudio de la dispersión del qt y la variabilidad de la frecuencia cardiaca mediante Holter. La prueba ergométrica graduada es un método de diagnóstico incruento, confiable y de relativo bajo costo que puede contribuir al diagnóstico temprano de las alteraciones disautonómicas y de la repolarización ventricular y así identificar a los pacientes chagásicos con mayor riesgo de muerte súbita arritmogénica. La consistente correlación entre la detección de anticuerpos antirreceptores a neurotransmisores con el alargamiento en la dispersión del QT y el acortamiento en la variabilidad de la frecuencia, son datos que afianzan la estrategia de búsqueda de marcadores de riesgo. La esperanza de descubrir “**el marcador único**” es poco consistente con la realidad. Es importante entonces desarrollar, colectivamente, una estrategia que incluya y pondere la mayor cantidad de marcadores de riesgo posibles, diseñando un algoritmo que abarque desde lo humoral, por ejemplo, anticuerpos antirreceptores, más fáciles de estudiar y más abarcativos, hasta la aplicación de técnicas cardiológicas de creciente complejidad.

88C. ERGOMETRÍA EN ENFERMEDAD DE CHAGAS.

Sabra, Ahmad- Becario Investigador Instituto Universitario de Ciencias de la Salud-Facultad de Medicina. Médico Cardiólogo. Unidad Cardiología Hospital Álvarez. Buenos Aires, Argentina.

La Enfermedad de Chagas o Tripanosomiasis americana, se define como una afección parasitaria hística y hemática producida por el protozoo flagelado, *trypanosoma cruzi*, hematófilo que se anida y reproduce en el tejido. Se calcula que en todo el mundo y principalmente en América Latina hay 10 millones de infectados, de los cuales un 30 % de los enfermos crónicos presentan alteraciones cardiológicas y un 10% neurológicas y digestivas o ambas. La disautonomía es una de las manifestaciones más precoces de esta enfermedad, por la afectación del sistema nervioso autónomo, que estaría relacionada con la presencia de anticuerpos que actuarían contra los receptores muscarínicos, el primero estimulando y luego bloqueando. Esto generaría bradicardias extremas y efectos sobre la conducción cardiaca, que muchas veces es responsable de la aparición de cuadros sincopales y muerte súbita. La disfunción autonómica tiene una acción importante en la génesis de muerte súbita, ya que la inervación no uniforme del corazón del paciente chagásico puede dar por resultado una dispersión mayor de la refractariedad ventricular. Diversos estudios demostraron la importancia de la afectación del sistema autónomo en los pacientes y sus graves consecuencias. Los pacientes chagásicos asintomáticos, sin cardiopatía demostrable que representan el 70 % de los pacientes, presentaron durante la ergometría

una alta prevalencia de signos de disautonomía, como la incompetencia cronotrópica y la prolongación del intervalo QTc durante el esfuerzo. La prueba ergometría graduada es un método de diagnóstico incruento, confiable y de relativo bajo costo que puede contribuir al diagnóstico temprano de las alteraciones disautonómicas y de la repolarización ventricular y así identificar a los pacientes chagásicos con mayor riesgo de muerte súbita arritmogénica.

92C. CÁNCER DE MAMA EN EDAD REPRODUCTIVA. Elmer Rene Turcios Cadénas. Médico especialista en Ginecología y Obstetricia, Oncología. Hospital San Felipe. Instituto Hondureño Seguridad Social.

A nivel mundial el cáncer de mama es la neoplasia más frecuente en mujeres, es responsable del 26% de todos los cánceres nuevos en mujeres diagnosticándose más de 1,000,000 casos nuevos al año. El cáncer de mama en edad joven se define como aquel diagnosticado antes de los 35 años de edad. 3% de la incidencia de esta enfermedad la podemos diagnosticar durante el embarazo que corresponde 1/3000 embarazos. El manejo de esta coexistencia es multidisciplinario, siendo posible durante el embarazo, a pesar de que hay pocos estudios prospectivos que evalúen esta condición. La cirugía es segura y puede realizarse en cualquier trimestre del embarazo, con riesgo mínimo para el feto. La quimioterapia es segura administrada durante el segundo y tercer trimestre con ciclofosfamida y doxorubicina sin 5-fluoracilo. El uso de trastusumab y tamoxifeno no se recomienda durante el embarazo. El pronóstico por estadios clínico es similar al de una mujer no gestante administrando el mismo tratamiento. A medida aumenta la edad en la mujer aumenta el riesgo de desarrollar cáncer de mama, y este riesgo es mayor hasta un 80% en mujeres con mutaciones genéticas del BRCA1 y BRCA2. La mujer menor de 30 años que recibe tratamiento oncológico con quimioterapia tiene mayor probabilidad de poder embarazarse en un futuro después de recibir quimioterapia, que aquella que recibe tratamiento en edad más cerca de la menopausia. Cuando la mujer tiene más de 40 años son propensas en entrar a menopausia, sobre todo si se usa ciclofosfamida, cisplatino y adriamicina, con los taxones hay pocos estudios que indique efectos adversos a la fertilidad. No hay estudios prospectivos que evalué la fertilidad en los hijos de las pacientes que recibieron manejo con quimioterapia durante el embarazo.

98C. SEPSIS EN PEDIATRÍA: REVISIÓN DE LITERATURA. Scheybi Miralda Méndez. Médico especialista en Pediatra, subespecialista en cuidados Intensivos. Emergencia Pediatría Hospital Escuela Universitario.

La sepsis y el choque séptico se mantienen como las principales causas de muerte intrahospitalaria en el paciente pediátrico, los últimos avances en la comprensión de estas condiciones sugieren que para disminuir el riesgo de mor-

bilidad y mortalidad además de los progresos en el manejo intrahospitalario, se necesita implementar mejoras en la atención prehospitalaria en forma de acciones de diseminación de utilidad de protocolos manejables por médicos generales, aunque aún no se dispone de experiencia para su implementación en servicios de emergencias atendidos por paramédicos. Los beneficios para el paciente y la institución también se logran si se realiza reconocimiento y manejo agresivo temprano del paciente en el cuarto de emergencias hospitalarias. Se expone el manejo básico en el departamento de emergencias previo a la transferencia del paciente a la unidad de cuidados intensivos pediátricos (UCIP). Se realiza revisión del tema basada en publicaciones por expertos obtenidas de búsqueda de literatura en motores de búsqueda PUBMED, Scielo y Science-Direct™ y Google

Académico™, incluyéndose la literatura de mayor impacto de los últimos 5 años de acuerdo al autor. Se genera una revisión que incluye elementos que pueden ser tomados por médicos generales o pediatras ubicados en salas de emergencias de hospitales de área o regionales, además se expone la problemática metodológica y de investigación sobre estos temas y se destacan las nuevas definiciones, criterios y protocolos para facilitar la identificación temprana en el contexto pre hospitalario o comunitario para disminuir riesgo de mortalidad y morbilidad intrahospitalaria, también se abordan las controversias actuales en el manejo inicial de líquidos, como es la aplicación de protocolos basados en inicio rápido de administración de líquidos intravenosos para resucitación en bolos.

RESUMENES TRABAJOS LIBRES

1TL. BICITOPENIA COMO SIGNO INICIAL DE MIELOMA MÚLTIPLE: REPORTE DE CASO. Elvin Omar Videa Irías¹, Ramón Yefrin Maradiaga¹, Alison Miralda², Luis Alfredo Rodríguez Castellanos², Emma Sofia Mendoza³. ¹Doctor en Medicina y Cirugía. Especialista en Medicina Interna, HOSPIMED, Tegucigalpa, Honduras. ²Doctor en Medicina y Cirugía. Universidad Nacional Autónoma de Honduras-UNAH. ³Estudiante de Medicina 6to año Facultad de Ciencias Médicas, Universidad Nacional Autónoma de Honduras UNAH.

Antecedentes: La bicitopenia es una alteración en dos de las tres series principales de la médula ósea y puede ser uno de los signos iniciales en el mieloma múltiple. Éste es un cáncer poco común de la médula ósea, con un riesgo de 0.7% de padecerla a lo largo de la vida y que se produce por degeneración maligna de las células plasmáticas que forman parte del sistema inmune y se encuentran normalmente en la médula. **Descripción del caso:** paciente femenina de 63 años de edad, con antecedentes de hipertensión arterial controlada con Irbesartán 300 mg diarios, quien refería 6 meses de evolución de síntomas constitucionales; astenia, adinamia y pérdida involuntaria de peso, además un mes de evolución de dolor óseo intenso de predominio en columna lumbosacra y cadera. A su ingreso con hemograma que reportaba: hemoglobina de 3.8 g/dl, plaquetas 100,000 mm³, leucocitos de 7,800, linfocitos: 52%, neutrófilos: 38%, radiografía de pelvis, cráneo y huesos largos con lesiones líticas, además proteína de Bence Jones positiva, se realizó medula ósea con tinción de Wright que reportó predominio de células plasmáticas, se transfundió 3 unidades de glóbulos rojos mejorando hemoglobina a 9.5 g/dl, se inició manejo con talidomida 100 mg diarios y se egresó estable con plan de evaluaciones periódicas. En 15 días posteriores al egreso, sus niveles de hemoglobina se mantenían similares, con plaquetas de 136,000 mm³, con reducción del dolor óseo. **Conclusiones/Recomendaciones:** Los síndromes anémicos pueden ser la primera manifestación de enfermedades de origen neoplásico, cuya detección temprana mejoraría el pronóstico del paciente a largo plazo. Se recomienda que en el abordaje de los síndromes anémicos que habitualmente se presentan en las consultas de atención primaria, se haga una marcha diagnóstica que permita encontrar la causa primaria y no administrar tratamiento sintomático hasta tener una etiología definida.

2TL. USO DE HIDROXIUREA EN PACIENTE CON TROMBOCITEMIA ESENCIAL: REPORTE DE CASO. Elvin Omar Videa Irías¹, Ramón Yefrin Maradiaga¹, Scarlet Betzabel Rodas Gallardo², Michelle Elieth Trejo Cruz². ¹Doctor en Medicina y Cirugía. Especialista en Medicina Interna, HOSPIMED, Tegucigalpa, Honduras. ²Estudiante de Medicina 6to año Facultad de Ciencias Médicas, Universidad Nacional Autónoma de Honduras UNAH.

Antecedentes: La trombocitemia se define como un trastorno mielo proliferativo crónico clonal, que compromete en forma primaria la línea de megacariocitos de la médula ósea. Tiene una incidencia de 1 a 2.5 por cada 100,000 personas. La hidroxiurea es un fármaco mielo supresor que se puede usar como terapia inicial para la trombocitemia esencial, suele tener éxito en disminuir el conteo de plaquetas en un plazo de varias semanas, con menos efectos secundarios a corto plazo. **Descripción del Caso:** paciente femenina de 68 años, con antecedentes de hipertensión arterial controlada, refería cefalea holocraneana de 6 meses de evolución, mareos, parestesias de predominio en miembros inferiores, además episodio de lipotimia de un día acudiendo a la Emergencia de HOSPIMED. Se recibió sin afectación neurológica, presión arterial de 160/100 mmHg, frecuencia cardíaca y pulso de 82 por minuto, con exámenes iniciales que reportaron Glucosa: 94 mg/dl, Creatinina: 1 mg/dl, Nitrógeno Ureico: 20 mg/dl, Hemoglobina: 13 g/dl, Plaquetas 2,019,000/UL, Leucocitos: 11,700mm³, Neutrófilos: 77%, Linfocitos: 16%. Se decidió manejo intrahospitalario, biopsia de médula ósea reportó presencia de megacariocitos de 8-10 por campo con formas anormales gigantes, con patrón clásico de trombocitemia, serie eritroide sin alteración. Se manejó con hidroxiurea 500 mg cada 6 horas. Se evalúa dos meses posteriores, presentando hemoglobina: 11g/dl, plaquetas 345,000/UL, leucocitos: 6,700mm³, Neutrófilos: 65%, Linfocitos: 26%, refiriendo significativa mejoría e incorporada a sus actividades cotidianas, evolucionando satisfactoriamente y evaluándose trimestralmente. **Conclusiones/Recomendaciones:** La hidroxiurea en trombocitemia esencial es considerada de primera elección, previene episodios trombo hemorrágicos y favorece el descenso plaquetario como efecto esperado. La trombocitemia suele presentarse regularmente en la práctica clínica, es importante definir si es secundaria a una patología asociada o una señal de un trastorno de la médula ósea que no se ha diagnosticado, se debe sospechar en todo paciente con niveles sostenidos de plaquetas mayores al valor normal.

3TL. DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD MIGRACIÓN Y DEPORTACIÓN DE HONDUREÑAS DESDE LOS ESTADOS UNIDOS. Lorenzo Ubaldo Pavón Rodríguez Doctor en Medicina y Cirugía General. Máster en Salud Pública. Máster en Administración en Salud. Pasante PhD en Ciencias de la Salud. Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua.

Antecedentes. Según Wegrzynowska los factores que inducen la migración femenina son la transformación del sistema socio-económico, los demográficos en especial las madres solteras, la violencia de todo tipo, área rural y en condición de pobreza son las que más migran hacia Estados Unidos (USA). Solís² afirma que la migración femenina nicaragüenses está relacionada con el nivel de pobreza y las desigualdades del país, que los motivos son: los “bajos salarios, escasas oportunidades de empleo, búsqueda de satisfacer las necesidades básicas, afirma que el perfil es, ser joven, madre soltera entre 20 a 35 años, y de zona urbana. No se encontraron estudios reportados relacionados con el tema. **Objetivo.** Comprobar la asociación de algunos determinantes de la salud con la migración deportación hacia y desde Estados Unidos de mujeres hondureñas de marzo a junio 2016. **Materiales y Métodos.** Estudio analítico, comparativo, retrospectivo, transversal. Muestra 437 fichas del Centro de Atención del Migrante Regular. **Resultados.** La media fue 28.7 años, mediana 27 años, moda 19 años, edad mínima fue 18 y la máxima 62 años. La mayor deportación, se presentó de 18-29 años de edad (62.2%), 237; (54%) de zona rural, 196; (45%) zona urbana y 4; (1%) no refirió su procedencia. Cortés 67;(15.3%) presentó mayor deportación. En cuanto al accesos a los servicios: sin vivienda 281(64.3%), sin agua potable 209 (47.8%), sin servicio sanitario 232(53.08%), no respondieron: 25 (5.7%), 39 (8.9%) y 38 (8.69%) respectivamente y 322;(73.70%) migraron por pobreza. **Conclusiones/Recomendaciones.** La mayoría indicó vivir en pobreza, sin vivienda propia, sin acceso a agua potable y sin servicio sanitario, por lo que se comprueba que la migración está asociada a los Determinantes. El éxodo femenino es multicausal, pero de predominio económico.

4TL. CARACTERIZACIÓN A LA APROXIMACIÓN DEL PERFIL MEDICO EN HONDURAS HASTA FEBRERO 2017. Lorenzo Ubaldo Pavón Rodríguez. Doctor en Medicina y Cirugía General. Máster en Salud Pública. Máster en Administración en Salud. Pasante PhD en Ciencias de la Salud. Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua.

Antecedentes. Los Médicos Generales, Másteres y Especialistas son determinantes básicos para la Atención Primaria en Salud Renovada, para ello Honduras necesita principalmente de toda la gama de perfiles profesionales para cumplir con dicho propósito y alcanzar los Objetivos de Desarrollo Sostenibles. Valladares & col. encontraron seis médicos tenían el grado de Máster, el 73,8%. Navarro & col encontraron 6,196 médicos generales y los Pediatría con

mayor número 1,4611, Clínica Médica 12,659, y Obstetricia y Ginecología 9,681, Medicina del Trabajo 3,504, Medicina del Deporte 558, Salud Pública 324. No se encontraron estudios en Honduras. **Objetivo.** Describir la aproximación de la caracterización del perfil de los médicos en Honduras hasta febrero 2017. **Materiales y Métodos.** Estudio descriptivo comparativo, retrospectiva, transversal. Universo: 11656 profesiones médicas. Método cuantitativo, unidad de análisis: lista de profesiones médicas. **Resultados.** Se caracterizó los diferentes tipos de perfiles profesiones médicos entre ellos: generales 71.63%, especialistas clínicos 25.80% (incluye sub especialistas) y másteres con el 2.56%. El departamento de Francisco Morazán presentó el mayor número de Médicos Generales (MG), Especialistas y Másteres: 42.60%, 49%, 60% respectivamente, Gracias A Dios 0.54%(MG). Respecto a Especialistas, Gracias A Dios, La Paz, Ocotepeque presentaron 0.43% respectivamente, Islas de la Bahía 0.36%. Concerniente a maestrías, La Paz, Islas de la Bahía, Intibucá y Ocotepeque presentaron el 0.60% cada uno, Santa Bárbara y Gracias a Dios 0.33% correspondientemente. **Conclusiones/Recomendaciones.** El perfil de la mayoría de los médicos fue representado por generales. Francisco Morazán presentó la mayor concentración de médicos generales, Especialistas y másteres en comparación al resto de departamentos. La especialidad de mayor predominio en Honduras fue Pediatría seguidamente Ginecología y Obstetricia, medicina interna y en cuarto lugar Cirugía. Las maestrías de mayor predominio fue Salud Pública.

5 TL. VASCULITIS EN ARTRITIS REUMATOIDE: A PROPOSITO DE UN CASO. Alejandro José Cárcamo Gómez¹, Gabriela María Castillo Martínez.² ¹Doctor en Medicina y Cirugía. Especialista en Medicina Interna. ²Estudiante 7to año Carrera de Medicina y Cirugía. Universidad Nacional Autónoma de Honduras en el Valle de Sula.

Antecedentes. La vasculitis es una manifestación extraarticular de la artritis reumatoide (AR) que se caracteriza por inflamación de arterias medianas y capilares; solamente se observa en 1% de los casos de AR y está asociada con la cronicidad. La vasculitis reumatoide es una complicación inusual y catastrófica de la AR. **Presentación del Caso.** Femenina de 65 años de edad con 15 días de fiebre diurna, no cuantificada, subjetivamente alta, atenuada con acetaminofén y síntomas constitucionales. Además, con parestesia de lengua que impide habla y alimentación. Presenta cambios de coloración de labio inferior desde el ángulo izquierdo hasta línea media inicialmente con cianosis luego palidez y posterior necrosis cutánea extendiéndose al mentón ipsilateral. Clínicamente con pérdida de la solución de continuidad del labio inferior desde ángulo izquierdo hasta línea media con áreas de necrosis y presencia de exudado purulento. Se aprecia ausencia del tercio anterior del lado izquierda de la lengua. Presenta inflamación articular de las manos, codos y rodillas con desviación cubital de los dedos

de manos; con isquemia digital del primer y cuarto dedo del pie derecho. Laboratorio. HGB 7.4 g/dl, HCT 23.6%, PLT 848,000, WBC 15.900. GLUC 53 mg/dL, PCR 1526 mg/L, VES 74 mm/h, FR 10,240 UI/L, antiRo y antiLa negativos. Rayos X de manos: erosiones marginales y deformidad en cuello de cisne. Inicialmente se dio cobertura antibiótica de amplio espectro debido a infección del sitio de necrosis de lengua y labio; la cual tiene mejoría clínica. Después de la evaluación conjunta con el Reumatólogo se inicia manejo de paciente con Prednisona, metotrexate, ácido fólico, pentoxifilina y pregabalina. Después de una semana de tratamiento presenta mejoría de la condición articular, aunque con persistencia de parestesias. **Conclusiones/Recomendaciones.** La vasculitis reumatoide es una manifestación potencialmente catastrófica en cuanto afectación funcional y estigmas físicos cuyo diagnóstico rápido y preciso para mejorar el pronóstico del paciente.

6TL. CREACION CLINICA INTEGRAL PACIENTE CON PSORIASIS: PROYECTO VINCULACION UNAH/FUNDACION PSORIASIS HONDURAS. Dagoberto Espinoza Figueroa¹. Doctor en Medicina y Cirugía. Especialista en Dermatología. Universidad Nacional Autónoma de Honduras-UNAH. Cirugía Dermatológica y Cosmética, El Salvador.

Antecedentes. La psoriasis es una enfermedad conocida desde hace muchos siglos, tiene una distribución mundial, afecta todas las razas, sexos y edades. Según la literatura revisada afecta del 2-10% de la población estudiada y 22% de pacientes con psoriasis moderada a severa tendrán artritis psoriasica. **Descripción de la Experiencia.** En el año 2013 se decreta el 29 de octubre como el día mundial del psoriasis, con el objetivo de crear concientización sobre la enfermedad y combatir la estigmatización. Un grupo de pacientes psoriasicos se reúne y decide formar en Tegucigalpa la Fundación Psoriasis de Honduras (FPH) con la cual venimos colaborando desde su creación. Desde sus inicios hasta el año 1980 la UNAH llevaba cabo funciones de Extensión Universitaria, de manera poco sistematizada. Es hasta el año 2008 que se crea la Dirección de Vinculación-Sociedad. Los proyectos de vinculación giran sobre los ejes de la docencia, capacitación e investigación de forma interdisciplinaria para dar un abordaje más global a la problemática que se decide abordar. En el año 2015 propusimos la creación de un proceso de Vinculación para poder dar consulta gratuita en la sede de la FPH y se firmó una carta compromiso ente la UNAH/FPH dando a lugar al protocolo que dirigiría las actividades. Se han llevado a cabo 3 trabajos de investigación (en conjunto con la carrera de nutrición), escrito un manual de nutrición para el paciente con psoriasis e iniciado un proceso de educación física con clases de yoga para los pacientes. **Lecciones Aprendidas.** Son muchas las lecciones aprendidas, la gran mayoría positivas y provienen de un trabajo en equipo motivado y organizado. Las lecciones negativas se desmiembran de la falta de apoyo institucio-

nal donde la vinculación es una obligación de todo docente UNAH, pero unidades como Efectividad (antes personal) dificultan llevar a cabo dichas actividades.

7TL. PSEUDOTUMOR ORBITARIO: EVOLUCIÓN CLÍNICA, DIAGNÓSTICO Y SECUELAS POST OPERATORIAS; APROPOSITO DE UN CASO. José Miguel Zúñiga Inestroza¹, Stefany Navas Álvarez², Yina López³. ¹Doctor en Medicina y Cirugía. Médico Residente Postgrado Oftalmología. Universidad Francisco Marroquín. Guatemala. ²Doctora en Medicina y Cirugía. Clínica Integral e Ambulatoria de Heridas y Ulcera. Tegucigalpa, Honduras. Voluntariado en Centro imagenológico DIAGNOS. ³Doctora en Medicina y Cirugía. Universidad Nacional Autónoma de Honduras.

Antecedentes. El Pseudotumor Orbitario es una entidad inflamatoria crónica benigna. Aparece generalmente en mujeres jóvenes (30 años promedio) y su incidencia anual representa el 3% de todas las masas orbitarias. Honduras no cuenta con datos epidemiológicos ni casos publicados. Su presentación clínica más común, su evolución natural, método diagnóstico, conducta terapéutica más apropiada y potenciales secuelas postquirúrgicas las mostramos en el siguiente caso. **Descripción del Caso:** Estudiante femenino de 29 años, procedente de Tegucigalpa sin antecedentes patológicos. Consultó servicio de oftalmología del Hospital San Felipe por resequeidad ocular y sensación de cuerpo extraño en el ojo izquierdo. La exploración física sugirió masa no palpable, agudeza visual normal, hipotropia leve sin nistagmo, BUT positivo (8 segundos), presión intraocular, reflejos pupilares y fondo de ojo normales. Se indicó tratamiento ambulatorio para ojo seco simple con lubricante tópico. Tres años después, la paciente regresó por tumefacción evidente, indolora, sólida, móvil, ptosis palpebral, moderada restricción de movimientos extraoculares, abertura ocular limitada e hipotropia en ojo izquierdo. La tomografía orbitaria evidenció lesión nodular ovoidea intraorbitaria de 14X8mm de diámetro y 37 UH, bordes bien definidos, localizada en porción ventral de la glándula lagrimal izquierda, sin invasión de estructuras adyacentes por lo que se decidió realizar resección quirúrgica. El estudio histopatológico postoperatorio reportó infiltración linfoidea folicular sustentando el diagnóstico de Pseudotumor orbitario. Tres meses después, la paciente persistió con ptosis y abertura palpebral disfuncional indicándosele blefaroplastia izquierda. Con ello recuperó la simetría estética binocular, abertura palpebral voluntaria y función oculomotriz, pero quedó con cierre palpebral incompleto y resequeidad ocular crónica, requiriendo tratamiento lubricante perenne. **Conclusión/Recomendación:** Ante la sospecha clínica de masa intraorbitaria, la conducta inicial debe ser primero dimensionar la masa y su extensión mediante una TAC orbitaria, ya que el manejo es esencialmente quirúrgico y la demora diagnóstica puede acarrear complicaciones adicionales al paciente.

8TL. PERFORACIÓN INTESTINAL ESPONTÁNEA EN PACIENTE INMUCOMPETENTE CON TUBERCULOSIS GASTROINTESTINAL Y PULMONAR: REPORTE DE CASO. Guímel Jahaziel Peralta Lopez,¹ Martha L. Álvarez².

¹Doctor en Medicina y Cirugía. Especialista en Medicina Interna. Unidad de Cuidados Intensivos, Instituto Nacional Cardiopulmonar (INCP); ²Doctora en Medicina y Cirugía. Universidad Nacional Autónoma de Honduras (UNAH).

Antecedentes. La tuberculosis (TB) gastrointestinal representa 1-3% de los casos de TB en el mundo. Sus síntomas son inespecíficos y su presentación es inusual en pacientes inmunocompetentes. Aproximadamente 15-25% de los casos de TB gastrointestinal presentan TB pulmonar concomitante, por lo general debido a la deglución de esputo infectado. La TB gastrointestinal puede resultar en obstrucción y perforación intestinal, incluso después del inicio de la terapia antifúngica. A pesar de la intervención quirúrgica, la perforación intestinal asociada a TB conlleva elevadas tasas de complicaciones graves, con mortalidad cercana al 25%, siendo difícil predecir su evolución y desenlace.

Descripción del Caso. Paciente femenina de 18 años, sin comorbilidades ni hábitos tóxicos, con antecedente familiar de TB pulmonar. Cuadro clínico de un mes de evolución caracterizado por tos con expectoración amarillenta; fiebre alta e intermitente, de predominio nocturno; concomitante, astenia, hiporexia y pérdida de peso estimada en 10 libras. Se evaluó en unidad de salud confirmando diagnóstico bacteriológico de TB pulmonar, iniciando terapia antifúngica de primera línea. Luego de dos semanas presentó dolor abdominal agudo, vómitos y paro de evacuaciones; se realizó laparotomía que evidenció obstrucción y perforación intestinal, confirmando diagnóstico histológico de TB gastrointestinal. Dos meses después presentó nuevo episodio de obstrucción y perforación intestinal, realizándose segunda laparotomía con resección y anastomosis intestinal. Asimismo, presentó hepatotoxicidad por antifúngicos, requiriendo ajustes al tratamiento inicial; sin embargo, fue necesario el cambio a terapia de segunda línea (capreomicina, ethionamida, levofloxacina y cicloserina). Después de siete meses de hospitalización y debido a buena evolución, se indicó alta médica y manejo ambulatorio en unidad de salud. **Conclusiones/Recomendaciones.** La presentación inespecífica de la TB gastrointestinal representa un reto diagnóstico. Un alto índice de sospecha es factor determinante para su identificación oportuna. El tratamiento temprano y adecuado es crucial para prevenir las complicaciones graves y la muerte.

9TL. SEGUIMIENTO DE UN PACIENTE CON SÍNDROME DE BECKWITH-WIEDEMANN. PRESENTACIÓN DE CASO Y REVISIÓN DE LA LITERATURA. Issell Nicolle Aguirre¹,

Guillermo Villatoro Godoy², Lesby Espinoza Colindres³.
¹Doctora en Medicina y Cirugía. Médico Residente del Posgrado de Pediatría. Universidad Nacional Autónoma de Honduras. Tegucigalpa, Honduras. ²Doctor en Medicina y Cirugía. Especialista en Pediatría. Subespecialista en Endocrinología. Jefe del Servicio de Endocrinología Pediátrica del Hospital María de Especialidades Pediátricas. Tegucigalpa, Honduras. ³Doctora en Medicina y Cirugía. Especialista en Pediatría. Subespecialista en Endocrinología. Consulta externa del Hospital María de Especialidades Pediátricas e Instituto Hondureño de Seguridad Social. Tegucigalpa, Honduras.

Antecedentes: El síndrome de Beckwith-Wiedemann es el síndrome de sobrecrecimiento más común. Se caracteriza por macrosomía, macroglosia y defectos de la pared abdominal. Con una incidencia de 1 entre 13,700 nacidos vivos. Según nuestro conocimiento no hay casos documentados en el país. **Descripción de Caso:** Se trata de paciente masculino, tercer hijo de madre de 32 años, sin antecedentes patológicos ni infecciosos. Nació por parto en Hospital General San Felipe, Apgar 8 y 9, peso de 4090 gramos, talla: 53 cm, al examen físico con onfalocele por lo que se decide su traslado al Hospital Materno infantil. Se ingresó en sala de recién nacidos, donde presentó hipoglicemia transitoria que resolvió con manejo convencional. Además, se le realizó cierre del onfalocele a las 2 semanas de vida, Así mismo se evidenció macroglosia. Evaluado por cardiología donde se diagnosticó con PCA de 2.5 mm la cual en ecocardiogramas posteriores fue disminuyendo de tamaño. Debido a la macroglosia, onfalocele y macrosomía se sospecha de Síndrome de Beckwith-Wiedemann. Durante su infancia sin hipoglicemias, sin embargo, con respecto a su peso a los 27 meses alcanzó el percentil 97. A los 2 años de edad se le realizó glosoplastia por parte de cirugía plástica. Al examen físico con criptorquidia bilateral, testículo derecho no palpable y testículo izquierdo atrófico, se le realizó orquidopexia a los 3 años de edad. Actualmente con 12 años de edad, IMC: 20.9kg/m², crecimiento adecuado, con talla para la edad en el percentil 50-75 y peso para la edad en el percentil 75 a 90, velocidad de crecimiento normal, sin hipoglicemias, con macroglosia relativa, ultrasonidos normales, sin visceromegalias ni hemihipertrofias. **Conclusiones/Recomendaciones** El síndrome de Beckwith-Wiedemann es un síndrome raro sin embargo debe ser reconocido por el pediatra ya que el abordaje inicial puede ser efectuado por él y deberá descartar las complicaciones asociadas.

10TL. CARCINOMA PAPILAR DE TIROIDES. EXPERIENCIA EN EL HOSPITAL MARIA DE ESPECIALIDADES PEDIÁTRICAS. Lesby Marisol Espinoza Colindres¹, Guillermo Villatoro Godoy². ¹Doctora en Medicina y Cirugía. Especialista en Pediatría. Subespecialista en Endocrinología. Adscrita Servicio Pediatría, Instituto Hondureño Seguridad Social y Hospital María de Especialidades Pediátricas. Tegucigalpa, Honduras. ²Doctor en Medicina y Cirugía. Especialista en Pediatría. Subespecialista en Endocrinología. Adscrito Servicio Pediatría, Hospital Escuela Universitario y Hospital María de Especialidades Pediátricas. Tegucigalpa, Honduras.

Antecedentes. El cáncer de tiroides en niños es raro, incidencia 0.54 por 100,000 habitantes. La variante papilar representa el 90% de los casos en pediatría. Usualmente es multifocal, bilateral, metástasis a nódulos linfáticos regionales, a pulmón solo en 25% de los casos. La ultrasonografía es importante para diagnóstico. El tratamiento es tiroidectomía total. La estratificación es a las 12 semanas postoperatorias, se basa en la presencia de nódulos. El yodo 131 está indicado cuando hay nódulos linfáticos regionales o metástasis a distancia, con clasificación TNM: T3, N1a o N1b. **Descripción Serie de Casos.** presentamos ocho casos de Carcinoma papilar de tiroides seis niñas y dos varones, entre 10-16 años. Procedencia, 50% de Tegucigalpa, Motivo de consulta: nódulo tiroideo en la mayoría de los casos. Examen físico 5 casos con nódulo, 3 con bocio y uno con adenomegalias. Funcionalmente dos con hipotiroidismo subclínico, 6 Eutiroides, Ultrasonográficamente: tejido hipoecogénico 2 casos, microcalcificaciones 3, flujo intranódulo 3. BAAF positiva en todos los casos. Tratamiento: tiroidectomía total, vaciamiento ganglionar dos casos. Biopsia quirúrgica: patrón clásico 4 casos y patrón follicular 4, uno con células de Hurthle. Rastreo con yodo en promedio a los 4 meses. Metástasis a pulmón en un caso. Dosis terapéutica promedio de yodo 100 mCi. Tiroglobulina bajo de 162 ng/ml en promedio a 45 ng/ml posterior al yodo. Actualmente, dosis promedio de 137 ug al día de levotiroxina sódica, 6 tienen TSH suprimida. El 50% de los casos quedó con hipoparatiroidismo permanente. El 62.5% son de riesgo ATA alto, predominando TNM T4a, N1a, M0, solo un caso con metástasis a pulmón. **Conclusiones/Recomendaciones.** El carcinoma papilar es una patología rara en la infancia, pero es más agresiva que en la edad adulta y requiere de tiroidectomía total y vaciamiento ganglionar de la zona VI del cuello.

11TL. INCIDENCIA DE SEPSIS NEONATAL TEMPRANA EN SALAS DE RECIÉN NACIDOS, HOSPITAL REGIONAL ATLÁNTIDA Y HOSPITAL REGIONAL SAN FRANCISCO EN EL AÑO 2016. Yoneida Sarahí Cañas,¹ Nicole Alejandra Hernández¹, Rolando Aguilera,² Jorge Humberto Melendez³. ¹Doctora en Medicina y Cirugía. Universidad Católica de Honduras Nuestra Señora Reina de la Paz. ²Médico Pediatra, adjunto Servicio de Pediatría Hospital

Materno Infantil. ³Médico Pediatra, Universidad Católica de Honduras Nuestra Señora Reina de la Paz.

Antecedentes: La Sepsis neonatal temprana es un síndrome clínico de infección sistémica, en las primeras 72 horas de vida. Es causa principal de morbilidad y mortalidad en países en vías de desarrollo, junto a la prematuridad y asfíxia. En América Latina se reportan incidencias de 3.5-8.9 por 1000 recién nacidos. En México se reportan incidencias de 15 a 30 por 1000 recién nacidos. **Objetivo:** Describir la incidencia de Sepsis Neonatal Temprana y factores de riesgo asociados, en la Sala de Recién Nacidos del Hospital Regional Atlántida y Hospital Regional San Francisco, año 2016. **Metodología:** Estudio descriptivo transversal en Hospital Regional Atlántida y Hospital Regional San Francisco; la muestra fue de 150 y 124 casos en base a criterios de inclusión (recién nacido ingresado con diagnóstico de Sepsis neonatal temprana, y con resultados de Hemograma, PCR, Hemocultivo). Se recolectaron datos del expediente clínico, aplicando una ficha, que fue creada en base a conceptos y factores de riesgo para Sepsis neonatal de las Normas nacionales para Atención Materno Neonatal (2011), se creó una base de datos en Epiinfo y se realizó el análisis de distribución de frecuencia. **Resultados:** La incidencia de Sepsis neonatal temprana fue 40 por 1000 nacidos vivos en Hospital Regional Atlántida y 31 por 1000 nacidos vivos en Hospital Regional San Francisco. El factor de riesgo materno más frecuente fue la Infección del tracto urinario ante parto (44%). El Hemocultivo fue positivo en el 42% y 56.45% en cada centro hospitalario respectivamente. El Patógeno aislado con mayor frecuencia fue *Klebsiella pneumoniae* (23.8%), *Staphylococcus spp* (40%) respectivamente. **Conclusiones/Recomendaciones:** La incidencia encontrada en este estudio fue mayor a otros países de Latinoamérica. No se encontró significancia estadística de factores de riesgo maternos para Sepsis neonatal temprana. Recomendamos brindar educación más eficiente, acerca de los controles prenatales y patologías en el embarazo.

12TL. EPIDERMÓLISIS AMPOLLAR ADQUIRIDA EN PACIENTE PEDIÁTRICO. REPORTE DE CASO. Allan Iván Izaquirre González^{1,2}, Alejandro Ramírez-Izcoa², Carlos Mejía-Irías², Sully Nohelia Barahona Laínez^{1,2}, Carlos Amilcar Godoy-Mejía³, Gustavo Lizardo-Castro⁴. ¹Doctor en Medicina y Cirugía, Centro de Salud Integral (CIS) – Amigos de las Américas (ONG), Región # 7, Trojes, El Paraíso, Honduras. ²Doctor en Medicina y Cirugía, Universidad Nacional Autónoma de Honduras (UNAH). ³Médico Especialista en Pediatría. Jefe de Sala Medicina Pediátrica. Hospital Escuela Universitario. ⁴Pediatra-Dermatólogo, Coordinador del Posgrado de Pediatría, Hospital Escuela Universitario, Tegucigalpa, Honduras.

Antecedentes. La Epidermólisis Bullosa Adquirida es una enfermedad ampollar subepidérmica crónica que afecta la piel y mucosas, caracterizada por presentar autoanticuer-

pos circulantes y/o tisulares dirigidos contra el colágeno tipo VII de las fibrillas de anclaje localizadas en la unión dermo-epidérmica. Es una enfermedad rara, infrecuente, no hereditaria, que afecta a ambos sexos, a todas las razas y grupos étnicos, cuya incidencia y prevalencia anual se estima entre 0,17 a 0,26 casos por 1 millón de habitantes. **Descripción del Caso clínico.** Masculino de 8 años, procedente de zona rural de Honduras, con historia de lesiones ampollares flácidas generalizadas de 4 años de evolución, acompañadas de prurito moderado y fiebre no cuantificada, subjetivamente alta, sin diaforesis con escalofríos, atenuada con antipiréticos. Al examen físico se observó lesiones antiguas hipopigmentadas generalizadas, ampollas de contenido seroso y hemático, con presencia abundantes costras en región cervical posterior. A su vez, presencia de anoniquia cicatrizal de mano derecha y ambos pies. Se realizó biopsia que reportó: presencia de ampolla subepidérmica con infiltrado mixto de polimorfonucleares (eosinófilos y neutrófilos), e inmunofluorescencia directa que mostró: depósito parcheado lineal y granular fino de inmunoglobulina G en la zona de la membrana basal, característico de Epidermólisis Bullosa Adquirida. Se administraron compresas con acetato de calcio/sulfato de aluminio, ácido fuscídico, gel de sábila, antibióticos, antisépticos y antihistamínicos. Paciente evolucionó de manera satisfactoria, con buena resolución, presentando lesiones residuales hipopigmentadas. **Conclusión/Recomendación.** Las enfermedades ampollares autoinmunitarias presentan características clínicas comunes, sin embargo, es crucial establecer su etiología para tratar de manera adecuada cada una de ellas, en especial si se trata de epidermólisis ampollar adquirida por el importante número de complicaciones que pueden desarrollarse.

13TL. ESTUDIO MULTICÉNTRICO CORRELACIONAL ENTRE EL ESTADO NUTRICIONAL, PARIDAD Y EDAD MATERNA CON EL PESO DEL RECIÉN NACIDO. José Edgardo Laureano Alvarado¹, Karen Sobeyda Ortiz Torres¹, Gilma Lidia Casildo Martínez¹, Martha Rocío Madrid Villanueva¹. ¹Doctor en Medicina y Cirugía. Universidad Nacional Autónoma de Honduras en el Valle de Sula.

Antecedentes. El bajo peso al nacer actualmente sigue representado un importante problema de salud. Según cifras de la Organización Mundial de la Salud representa una prevalencia del 17% a nivel mundial de los cuales un 96% corresponde a países en vías de desarrollo. **Objetivo.** Investigar potenciales correlaciones entre el estado nutricional, paridad, edad de las puerperas con el peso del recién nacido en las comunidades: El Trigo, La Unión, Copán, 3 de abril, El Progreso, Yoro, Hospital de Tela durante el 2015 y 2016. **Metodología.** Estudio descriptivo correlacional, usando el coeficiente de correlación de Pearson y t de student para muestras independientes. **Resultado.** Se encontró una correlación moderada en las 3 comunidades

(El Trigo n=89, 3 de Abril =86; Hospital Tela= 162) entre el 1er registro de IMC en el primer trimestre (p valor < 0.01) y para los valores de hemoglobina menores de las 20 semanas de gestación (p valor < 0.05) en el 3 de Abril, existieron diferencias en el promedio de peso de los recién nacidos procedentes de madres adolescentes (2838grs) y edad adecuada(3105grs); bajo peso inicial(2756 grs) y sobrepeso (3262.7grs); nulíparas (2897.1grs) y múltiparas (3126.8grs) con un p valor de 0.006, 0.049, y de 0.029 respectivamente para la comunidad de El Trigo. **Conclusiones/Recomendaciones.** Es de vital importancia el 1er registro de IMC en el 1er trimestre del embarazo. Las puerperas adolescentes, nulíparas y con bajo peso inicial dieron a luz productos con un peso menor a su contraparte. Fomentar la captación pregestacional y preparación integral.

14TL. TUMOR MIXTO DE CÉLULAS GERMINALES COMO HALLAZGO INCIDENTAL EN PACIENTE ADOLESCENTE CON HIMEN IMPERFORADO Y AMENORREA PRIMARIA.

Gloria Esthefanía Castro Guillén¹, Jorge Alberto Rodríguez Sabillón², Osmán Muñóz³, Dulce Mejía Osegueda, Jandy Janeth Flores Rodríguez⁵. ¹Doctora en Medicina y Cirugía. Universidad Nacional Autónoma de Honduras. Médico Asistencial CESAMO Francisco Rodríguez, Comayagua, Comayagua. ²Doctor en Medicina y Cirugía. Médico Asistencial Centro Médico Comayagua Colonial, Comayagua, Comayagua. ³Doctor en Medicina y Cirugía. Especialista en Ginecología y Obstetricia. Médico Asistencial Clínicas del Valle, Comayagua, Comayagua. ⁴Doctor en Medicina y Cirugía. Hospital de Especialidades Pediátricas María. Tegucigalpa, Honduras. ⁵Doctora en Medicina y Cirugía. Residente de Postgrado de Pediatría. Universidad Nacional Autónoma de Honduras, Tegucigalpa. Honduras.

Antecedentes. El Himen imperforado es una malformación congénita infrecuente, incidencia del 0.0014– 0.1%. Se entiende como amenorrea primaria cuando una paciente fenotípicamente femenina, tiene ausencia de la menarquía a los 16 años, las causas más frecuentes son genéticas. Los tumores de células germinales, se derivan de las células germinales primordiales, su incidencia es del 6%. **Descripción del Caso:** Paciente femenina de 16 años, con historia de dolor supra púbico y amenorrea. Producto de segundo embarazo, gemelar. Examen físico: adolescente femenina con desarrollo mamario TANNER IV, en abdomen se palpa hipogastrio tenso, con dolor a la palpación profunda, no signos de irritación peritoneal. Genitales femeninos tañer IV, a la inspección no se observa orificio himeneal. Ecografía: útero aumentado de tamaño, con abundante contenido in útero, se sospecha de hematómetra secundaria. Se realizó himenectomía, se perforó el himen y se canalizó a vagina, no hubo salida de sangre, se identificó el cérvix, no se pudo permeabilizar, se procedió a realizar Laparotomía exploratoria, encontrando masa en ovario derecho: violácea, de aprox. 4-5 cm, friable con flictenas llenas de sangre, dicha

masa estaba adherida a útero, intestino y a pared parietal derecha. Biopsia reportó Coriocarcinoma ovárico, se refirió a un hospital de tercer nivel. Marcadores tumorales: alfa fetoproteína de 64ng/ml y Fracción beta de la hormona GCH de 5.82 UI/dl y LDH de 188 U/L. Nuevo estudio histopatológico reveló Tumor mixto de células germinales, (coriocarcinoma, carcinoma embrionario y tumor del saco vitelino). La paciente cumplió tratamiento con quimioterapia. En control y estudio por la amenorrea primaria. **Conclusiones/Recomendaciones:** El himen imperforado es una infrecuente malformación congénita, es causa de Amenorrea, pero su estudio no debe ser subestimado, se necesitan realizar exámenes de extensión previos (TC, IRM, entre otros) para dar un abordaje adecuado, estandarizar manejos sería una medida eficaz.

15TL. HEMANGIOMA VERTEBRAL COMO HALLAZGO CASUAL EN PACIENTE CON LUMBALGIA. María Paola Herrera¹, Hilda Carolina Ramos², Nidia Altamirano³, Emanuel Pacheco⁴. ¹Médico General, Universidad Católica de Honduras, Consulta Externa Hospital Mario Catarino Rivas; ²Médico General, Universidad Católica de Honduras, Jefe Hospital Vista del Valle; ³Médico General, Universidad Católica de Honduras, Médico de Planta, Sistema Médico de Empresas; ⁴Médico General, Universidad Autónoma de Honduras.

Antecedentes. El hemangioma vertebral es un tumor óseo benigno, cuya incidencia en la población en general es elevada. Suelen cursar de forma asintomática, constituyendo un hallazgo radiológico y se estima que sólo en el 1%-7% de los casos producen sintomatología. No existen datos registrados en el país. **Descripción del caso clínico.** Paciente femenina, de 53 años, 65 kg de peso, atendida el 25-02-16 en la Consulta Externa del Hospital Mario Catarino Rivas, San Pedro Sula, donde se le solicitó estudio de tomografía computarizada luego que el examen físico fue normal sin alteraciones neurológicas por compresión vasculonerviosa; con signos de Lassegue y Bragard negativos. Se presenta nuevamente el día 11-3-16 con estudios de laboratorio e imagen que reportan: glóbulos blancos: 6,200; hemoglobina 13.1; plaquetas 245,000; VES, PCR y FR negativos. Radiografía de columna lumbosacra: osteofitos múltiples de varios cuerpos vertebrales; tomografía de columna lumbosacra: se observa osteofitos anteriores y laterales de varios cuerpos vertebrales. Se observa hemangioma de 5 mm a nivel del cuerpo vertebral de L4 y desmineralización ósea. Se explica a paciente sobre el hemangioma y su patología benigna la cual no requerirá ningún tratamiento, solo vigilancia. **Conclusiones/Recomendaciones.** El hemangioma vertebral es un tumor benigno generalmente asintomático, que en ocasiones puede producir clínica de dolor o signos de compresión medular. El diagnóstico de estos hemangiomas sintomáticos se basa fundamentalmente en la TC y la RM, y el conocimiento de

sus características por imagen es esencial para su correcto manejo diagnóstico y terapéutico.

16TL. DIAGNÓSTICO DE MALFORMACIONES ESTRUCTURALES FETALES: INFORME A 7 AÑOS DE LA UNIDAD DE MEDICINA MATERNO FETAL, CHOLUTECA HONDURAS. Pablo Alberto Martínez Rodríguez¹. ¹Doctor en Medicina y Cirugía. Especialista en Ginecología y Obstetricia. Sub Especialista en Medicina Materno Fetal. Adscrito al Servicio de Ginecología y Obstetricia Hospital Regional del Sur y Servicios Médicos del Sur (SEMESUR), Choluteca Honduras.

Antecedentes. Una malformación es un defecto de un órgano o región del cuerpo resultante de un proceso defectuoso en la configuración y desarrollo del mismo. Las malformaciones pueden ser únicas o múltiples, evidentes, internas y externas; además, pueden aparecer como entidades aisladas o se parte de un síndrome polimalformativo o ser la secuencia de un insulto en etapas tempranas o tardías en el desarrollo intrauterino. Los defectos de nacimiento son comunes en el desarrollo humano. Aproximadamente un 3% de los neonatos sufren alguna anomalía reconocible, y al menos 5% en última instancia serán diagnosticados con un defecto congénito. Debido a que la mayoría de las anomalías aparecen sin una historia familiar o factores de riesgo reconocidos, todo embarazo puede correr el riesgo de sufrir un defecto de nacimiento significativo y se debe enfocar como tal. Por ello, está muy claro que la detección inicial de las malformaciones fetales requiere una exploración sistemática de todos los embarazos a una edad gestacional apropiada y por personal apropiado. El objetivo primordial que perseguimos con este informe de nuestra unidad en los primeros 7 años de trabajo es dar a conocer cuáles son las malformaciones que más frecuentemente se presenta en nuestra población para así procurar implementar un sistema de vigilancia epidemiológica que permita determinar el comportamiento de las anomalías congénitas en nuestra región mediante la detección oportuna y establecer procesos para su notificación, seguimiento, evolución, recolección y análisis de datos. **Metodología.** Estudio descriptivo de carácter retrospectivo sobre los hallazgos encontrados mediante la implementación en nuestra unidad de un proceso sistematizado de evaluación fetal en 2 etapas en aquellas pacientes propias (1ra evaluación entre semana 11 y 13.6 y 2da evaluación entre semanas 18-22) y para aquellas pacientes referidas a la edad gestacional (cualquiera) en que su médico tratante la envió a nuestra unidad. **Conclusiones/Recomendaciones.** Para la detección inicial de las anomalías fetales es trascendental que la persona que lleve a cabo la ecografía este muy familiarizado con la anatomía fetal normal y las variantes comunes relacionadas con la edad gestacional. Además, al momento de llevar a cabo la revisión estructural fetal estar entrenado en el reconocimiento de las patologías fetales,

ser capaz de integrar un síndrome o una secuencia y brindar una asesoría genética a los padres con sus implicaciones, el pronóstico fetal/neonatal y de ser posible ofrecer opciones terapéuticas.

17TL. FACTORES QUE PREDISPONEN EL EMBARAZO EN ADOLESCENTES QUE ASISTEN AL CENTRO DE SALUD CARLOS B. GONZALES EN EL PERIODO DE MARZO A MAYO DEL 2016. Luis Fernando Bonilla Lama-rra¹, Suyapa Rosa¹, Juan Sánchez¹, Karen Lujan¹. ¹Doctor en Medicina y Cirugía General egresado de la Universidad Autónoma de Honduras.

Antecedentes: Según la CEPAL nos refleja que aproximadamente 50,000 adolescentes hondureñas quedan embarazadas anualmente. Esta cifra convierte a Honduras en el segundo país de Latinoamérica con más casos de embarazo adolescente, **Objetivo:** Establecer los factores de predisponen y ocurrencia de embarazo en adolescente que asisten al centro de salud Carlos B. Gonzáles de El Progreso Yoro, en el periodo de marzo-mayo 2016. **Metodología** Estudio cuantitativo con diseño no experimental, correlacional, causal de corte trasversal, el universo lo comprendió las adolescentes embarazadas que asistieron a la unidad de salud en el periodo de marzo a mayo del año 2016, del universo se tomaron 200 adolescentes embarazadas. Criterios de inclusión; Adolescentes embarazada de 10-19 años sin importar la edad gestacional o número de gestas. Criterios de exclusión fueron: Pacientes embarazadas mayor de 19 años, Para el inicio del estudio se elaboraron dos pruebas pilotos que se aplicaron a las adolescentes embarazadas con los criterios de inclusión y exclusión ya descritos. Las pruebas piloto se comprobaron mediante el coeficiente alfa de Cron Bach. El procesamiento y análisis de datos se llevó a cabo con el programa estadístico SPSS v.18. **Resultados:** El 42.5% de las adolescentes embarazadas tenían 15 a 17 años, 48% inicio su vida sexual dos años después de la menarquia y antes de los 2 años después del inicio de la vida sexual el 38% quedo embarazada. el 52% afirmo haber visto pornografía. **Conclusiones/Recomendaciones:** Entre más temprano inicie la vida sexual a menor edad la adolescente quedara embarazada, Los medios de comunicación social y la tecnología genera presión social por la gran cantidad de estímulos sexuales. La Secretaría de Salud asegurar la implementación y evaluación rigurosa de la estrategia nacional para la prevención de embarazo en adolescentes, a fin de establecer lineamientos que contribuyan a determinar el éxito de la misma.

18TL. SÍNDROME DE CUSHING SECUNDARIO A FEOCROMOCITOMA: REPORTE DE UN CASO, HOSPITAL GENERAL SAN FELIPE. Juan José Flores¹, Sandra Rodríguez², Linda Enamorado³, Ruth Torres³, Marco Antonio Urquía⁴. ¹Doctor en Medicina y Cirugía. Especialista en Medicina Interna. Hospital General San Felipe. Tegucigalpa, Honduras. ²Doctora en Medicina y Cirugía. Especialista en Endocrinología. Hospital General San Felipe. Tegucigalpa, Honduras. ³Doctora en Medicina y Cirugía. Residente Postgrado de Medicina Interna. Universidad Nacional Autónoma de Honduras-UNAH. ⁴Médico en Servicio Social. Universidad Nacional Autónoma de Honduras-UNAH. Hospital General San Felipe. Tegucigalpa, Honduras.

Antecedentes. El síndrome de Cushing refleja el conjunto de características clínicas que resultan de una exposición crónica al exceso de glucocorticoides de cualquier etiología. Este síndrome puede ser dependiente o independiente de la hormona adrenocorticotropica, siendo la causa más común el Cushing iatrogénico secundario a la administración exógena de glucocorticoides sintéticos. Considerada una enfermedad rara tanto en Europa como en USA, con una incidencia de 1-2 casos por 100,000 habitantes por año. El feocromocitoma es un tumor que se origina en las células cromafinas medulares, con una incidencia por año de 0.8 casos por 100,000 habitantes. **Presentación de Caso.** Paciente femenina de 45 años de edad, sin antecedentes personales patológicos, se presenta a consulta con cuadro clínico de 8 meses de evolución, caracterizado por aumento de perímetro abdominal, cara en media luna, jibá, acné en tórax anterior y posterior, hirsutismo facial, amenorrea de 4 meses de evolución, plétora facial, equimosis espontánea, cefalea frontal intermitente, cifras tensionales elevadas y cuadros de hiperglicemia de reciente aparición. Se considera el diagnóstico de síndrome de Cushing por lo que se inicia protocolo diagnóstico. Niveles de Cortisol sérico elevados, Cortisol urinario en 24 horas elevado, ACTH sérico normal y una prueba de supresión de dexametasona positiva. Se realiza TAC abdominal con contraste cuya conclusión fue masa tumoral a nivel de la glándula suprarrenal izquierda, con características de un tumor de tipo feocromocitoma. Se hace nefrectomía radical izquierda. Biopsia e inmunohistoquímica reporta positivo para feocromocitoma. **Conclusión/Recomendación:** Aunque el Síndrome de Cushing independiente de ACTH y causado por un feocromocitoma sea una entidad muy rara, en Honduras cero casos reportados, el diagnóstico correcto es importante ya que cada causa de este síndrome tiene diferentes abordajes y diferentes pronósticos, por lo que es conveniente considerarlo en el repertorio de diagnósticos clínicos diferenciales.

19TL. SÍNDROME DE KLIPPEL-FEIL: REPORTE DE UN CASO. María de los Ángeles Olivares¹, Sandra Tovar^{1,2}, María Montoya³, Juan Navarro^{1,4}, Gaspar Rodríguez^{1,5}. ¹Doctora en Medicina y Cirugía. Especialista en Pediatría, Honduras Medical Center. Tegucigalpa, Honduras. ²Doctora en Medicina y Cirugía. Especialista en Pediatría. Subespecialista en Gastroenterología, Hospital Escuela Universitario. Tegucigalpa, Honduras. ³Especialista en Genética y Neurogenética Clínica. Hospital Escuela Universitario. ⁴Doctor en Medicina y Cirugía. Especialista en Pediatría. ⁵Subespecialista en Nefrología, Instituto Hondureño de Seguridad Social. Tegucigalpa, Honduras.

Antecedentes: El síndrome de Klippel Feil es una enfermedad autosómica dominante, con incidencia 1: 42,000 y predominancia en el sexo femenino (65%). Se caracteriza por fusión congénita de vértebras cervicales, implantación baja del cabello, cuello corto con movilidad limitada, elevación congénita de la escápula por fusiones de las vértebras cervicales y se relaciona a otras malformaciones del sistema nervioso, cardiovascular, urogenital y esqueléticas. **Descripción de Caso.** Masculino de 18 meses de edad, procedente de Siguatepeque, Comayagua. **ANTECEDENTES:** Escoliosis, convulsiones en tres ocasiones y neumonía a los 12 meses. Referido por historia de fiebre, tos, dificultad respiratoria y estertores crepitantes. Se ingresó observándose diferentes malformaciones: Exostosis parietal derecha, frente alta, lengua bífida, cuello corto del lado izquierdo, agenesia de esternocleidomastoideo izquierdo. Tórax asimétrico por agenesia de omoplato izquierdo y agenesia de pectoral menor izquierdo, teletelia, polidactilia preaxial en mano izquierda y clinodactilia bilateral en ambas manos, ESTUDIOS DE GABINETE: Rayos X de Tórax se observa alteraciones de caja torácica de origen óseo, escoliosis. Ultrasonido renal: agenesia renal izquierda. Electrocardiograma y ecocardiograma: normal. TAC columna cervico-toraco-lumbar: displasia toraco-lumbar asociada a falta de fusión de cuerpos vertebrales cervicales, así como la presencia de hemivertebrales. Electroencefalograma y TAC cerebral reportados sin alteraciones. Serie Esofagogastroduodenal: normal. **DIAGNOSTICOS:** Síndrome Klippel-Feil, Epilepsia parcial, Neumonía. Se administró tratamiento antibiótico, Acido Valproico y consejería genética con seguimiento en forma ambulatoria su evolución ha sido satisfactoria. **Conclusiones/Recomendaciones:** Es una patología congénita rara, con múltiples anomalías esqueléticas y sistémicas que deben conocerse, para identificar en forma temprana y así poder tratamiento temprano junto consejería genética adecuada.

20TL. RIESGO DE DESARROLLO DE DIABETES MELLITUS TIPO 2 EN FAMILIARES DE PACIENTES QUE ASISTEN A LA CONSULTA EXTERNA DE ENDOCRINOLOGÍA DEL HOSPITAL ESCUELA UNIVERSITARIO EN EL PERIODO DE MAYO-OCTUBRE 2016. Elvin Omar Videá Irías¹, Scarlet Betzabel Rodas Gallardo², Michelle Elieth Trejo Cruz², Ramón Eduardo Mejía², Victoria Alejandra Sarmiento Alvarado², Luis Alfredo Rodríguez Castellanos³, Dalia María Ávila Turcios⁴, María Alejandra Ramos Guifarro⁴. ¹Especialista en Medicina Interna, Servicio de Endocrinología, Hospital Escuela Universitario. ²Estudiante de Medicina 6to año Facultad de Ciencias Médicas, UNAH. ³Medicina General y Cirugía, UNAH. ⁴Especialista en Endocrinología, Servicio de Endocrinología, Hospital Escuela Universitario. Grupo para el estudio de enfermedades endocrinológicas, metabólicas y cardiovasculares.

Antecedentes: La Diabetes Mellitus (DM) es una de las principales enfermedades crónicas existentes con 415 millones de adultos entre 20-79 años con diagnóstico conocido y 193 millones aun no identificados. **Objetivo:** Identificar el riesgo de desarrollo de DM 2 en familiares de pacientes con DM que asisten a la consulta externa de endocrinología del Hospital Escuela Universitario de Mayo – octubre de 2016 aplicando el cuestionario FINDRISC. **Metodología:** Estudio prospectivo, no experimental, correlacional, realizado de mayo a octubre del 2016, aplicándose la escala de FINDRISC a una muestra aleatoria de 323 personas no conocidas por DM todos familiares en primer o segundo grado de consanguinidad de uno de los 2000 pacientes con DM2 evaluados en la Consulta de Endocrinología. Se hizo el análisis estadístico a través del Programa SPSS. El estudio contó con dictamen ético, se obtuvo consentimiento informado verbal. **Resultados:** De los 323 encuestados 77.7% eran del género femenino y 22.3% masculino. Se documentó sobrepeso y obesidad en 68.4% con un índice de masa corporal mayor de 25 kg/m². Al evaluar perímetro abdominal (PA) en hombres el 57% presentaron mayor de 94 cm, y en las mujeres 86% un PA mayor de 80 cm. El 45.8% cumplió con ejercicio semanal. En el 73.4% de la población estudiada sus familiares diabéticos eran sus padres, hermanos o hijos. La estratificación de riesgo encontrada fue de 12.7% Bajo, el 33.1% ligeramente elevado, el 29.1% moderado, el 22.6% alto y el 2.5% muy alto. **Conclusiones/Recomendaciones:** 1 de cada 4 personas evaluadas presento riesgo alto o muy alto de padecer DM a 10 años; recomendamos aplicar este test en población general que asiste con sus familiares a consulta; o por otras causas a las unidades de salud con el afán de realizar una intervención temprana para detener o prevenir resistencia a la insulina y prediabetes.

21TL. CÁNCER DE PIEL EN HONDURAS DE ENERO 2011-DICIEMBRE 2015. Ariana Grissel Hernández Orellana^{1,2}, Axell Gómez Pineda¹, Lindsay Melissa Diaz^{1,3}, Melba Rocío Rivera Banegas¹, Nancy Melissa Medrano Duarte.¹ Yanina Celeny Cruz¹, Elizabeth Casco Funes de Núñez^{1,4}, Jorge Lopez^{1,5}. ¹Doctor en Medicina y Cirugía. Universidad Nacional Autónoma de Honduras en el Valle de Sula. ²Médico Asistencial en Clínica Médica Santa María, San Pedro Sula. Honduras³ Médico Asistencial en Clínica Médica Murillo, San Pedro Sula. Honduras. ⁴Médico Asistencial. Instituto Hondureño de Seguridad Social. Maestría en Metodología de Investigación. ⁵Especialista en Dermatología, Subespecialista en Dermatología de Enfermedades Veneras.

Antecedentes. El cáncer de piel es considerado un problema para la salud pública como para la ciencia en general. En Honduras se realizó un estudio de registro histopatológico de cáncer en el Hospital Escuela Universitario durante el periodo 1996-2000, en el cual se encontraron 4372 neoplasias malignas, donde las neoplasias de piel ocuparon el primer lugar de frecuencia por sí solas con un 17.6%. **Objetivo.** Caracterizar el cáncer de piel por informe obtenido de biopsias reportadas por el laboratorio de anatomía patológica del Hospital Mario Catarino Rivas de enero 2011 a diciembre 2015. **Métodos.** Estudio cuantitativo de tipo retrospectivo corte transversal. La población estaba constituida por 361 informes de biopsias que reportaban tumores de piel; la muestra estaba constituida por los 158 reportes de biopsia de carácter maligno. **Resultados.** En 158 reportes de biopsia, se registró 43.8% (158) lesiones malignas, 58.2% (92) sexo femenino, 25.9% (41) edad entre 71-80 años, 53.8% (85) la procedencia urbana; 41.8% (66) rural, 36.1 % (57) ocupación ama de casa, 78.5% (124) en cara, 56.4% (70) de los casos en la cara se presentaron en nariz y mejilla, 74.1% (118) el diagnóstico clínico fue carcinoma basocelular, 81.6% (129) diagnóstico histológico fue carcinoma basocelular, 70% (110) su diagnóstico clínico fue confirmado mediante estudio anatomopatológico (diagnóstico histológico) siendo carcinoma basocelular. **Conclusiones/Recomendaciones.** El diagnóstico de Cáncer de piel es clínico confirmándose con anatomía patológica. Se amerita que a nivel de Salud Pública Nacional se creen mecanismos para la promoción y prevención de dicha patología. Se recomienda un estudio de seguimiento de los casos para conocer el pronóstico del cáncer de piel en el país.

22TL. PERFIL CLÍNICO Y EPIDEMIOLÓGICO DE LA ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA TERMINAL EN EL SUR DE HONDURAS. TRAS LA PISTA DE LA NEFROPATÍA CRÓNICA MESOAMERICANA. Menffis S. Valladares Sánchez¹, Jairo J. Vásquez Ortiz¹, Julia Nohemy Hernández Maradiaga¹, Suhaily Varinia Álvarez¹, Carlos Noé Cerrato², Fidel Barahona³, Edgardo Benítez⁴, Ricardo J. Lardizábal Sierra⁴, Alejandra M. Laínez Zelaya⁴, Reyna M. Durón^{2,5},

Nery E. Linarez Ochoa². ¹Médico General, Departamento de Medicina Interna, Hospital Regional del Sur, Choluteca, Honduras. ²Médico Especialista, Departamento de Medicina Interna, Hospital Regional del Sur, Choluteca, Honduras. ^{2,5}Investigadora Asociada. Unidad de Investigación Científica, Fundación Lucas para la Salud, Tegucigalpa, Honduras. ³Médico Especialista en Salud Pública. Secretaría de Salud, Honduras. ⁴Estudiante de Medicina, Sociedad Científica de Estudiantes de Medicina UNITEC (SOCEM-UNITEC. ⁵Docente Investigador. Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad Tecnológica Centroamericana UNITEC, Tegucigalpa, Honduras.

Antecedentes. La Enfermedad Renal Crónica (ERC) es un problema de salud pública en Honduras. Generalmente se debe a nefropatía diabética, hipertensiva o autoinmune, sin embargo, se sospecha que en la región pacífica de Honduras también existe la Nefropatía Crónica Mesoamericana (NCM), que está asociada a causas ambientales, deshidratación y agroquímicos. **Objetivos.** Determinar el perfil clínico epidemiológico y factores de riesgo para NCM en pacientes del Sur de Honduras en hemodiálisis. **Pacientes y Métodos.** Se realizó un estudio transversal-descriptivo incluyendo a pacientes consecutivos asistiendo a dos unidades de diálisis en los Departamentos de Choluteca y Valle, al sur de Honduras. Los criterios de inclusión fueron estar en el programa de hemodiálisis y dar consentimiento informado. La aprobación ética del estudio fue dada por UNITEC y el Hospital Regional del Sur. La encuesta incluyó aspectos demográficos, clínicos, laboratoriales y de calidad de vida. El análisis de datos se realizó en Excel y Epi-Info. **Resultados.** Se encuestó a 99 pacientes, 49 en Choluteca y 40 en Nacaome, Valle, con edad promedio de 52 años, predominantemente hombres (73.7%). Las principales manifestaciones fueron palidez (79.8%), fatiga (78.8%), edemas (70.7%), orina espumosa (64.6%), nicturia (54.5%) y disuria (38.3%). El 31.6% inició diálisis hace menos de un año, 34.7% más de un año, pero menos de tres años y 33.6% más de 3 años. Los factores de riesgo presentes antes de enfermar fueron: HTA (22.2%), diabetes (48.4%), infecciones urinarias recurrentes (20.2%), trabajar en labores del campo (71.7%), uso frecuente de antiinflamatorios (38.3%), exposición a algún plaguicida (55.5%), tomar poca agua (40.4%), y por autoevaluación, el tomar muchas bebidas gaseosas (57.6%). **Conclusiones/Recomendaciones.** Se encontró alta frecuencia de diabetes, pero se encontró un grupo de pacientes que reúnen criterios para sospechar NCM. Es necesario un estudio nacional multicéntrico con pacientes en varios estadios de la enfermedad.

23TL. QUISTE DE COLÉDOCO: REPORTE DE UN CASO.

Julio David San Martín Pavón¹, Jerson Bautista¹, Efraín Silva¹, Sairy Perez², Juan Navarro³, Sandra Tovar⁴. ¹Estudiante de 5to año, Carrera de Medicina, Facultad de Ciencias Médicas, UNAH, ²Residente Postgrado de Pediatría, Facultad de Ciencias Médicas, UNAH, ³Médico Pediatra, Sala de Nutrición, Depto. de Pediatría, Hospital Escuela Universitario. Tegucigalpa, Honduras, ⁴Gastroenteróloga pediatra, Sala de Nutrición, Depto. de Pediatría. Hospital Escuela Universitario, Tegucigalpa, Honduras.

Antecedentes: El quiste de colédoco es una anomalía congénita, caracterizada por dilataciones de las vías biliares. En la región occidental tiene una incidencia de 1:100,000 a 1: 150,000 y en el continente asiático de 1: 1,000 recién nacidos vivos, más frecuente en menores de 10 años y de predominio en el sexo femenino. Entre las principales manifestaciones encontramos: dolor en hipocondrio derecho, ictericia y masa palpable. El diagnóstico definitivo se hace por ultrasonido prenatal, ultrasonido abdominal y/o colangiografía. El tratamiento consiste en extirpación quirúrgica del quiste con hepato-yeyuno anastomosis en forma temprana, sino pueden presentarse complicaciones como cirrosis y colangiocarcinoma. **Descripción del caso:** Niña de 2 años de edad que ingresó al Hospital Escuela Universitario en octubre de 2016 con dolor abdominal, ictericia, fiebre y masa palpable en hipocondrio derecho. El laboratorio reportó elevación de la bilirrubina directa, transaminasas y fosfatasa alcalina. El ultrasonido abdominal mostró una lesión quística de paredes delgadas redondeadas bien definidas de 78x75x52mm compatible con quiste de colédoco. Se realizó resección de un quiste extrahepáticos con hepato-yeyuno anastomosis en Y de Roux. Posteriormente una colangiografía reportó un quiste de vía biliar intrahepática, haciéndose el diagnóstico de quiste de colédoco tipo IVa. La biopsia hepática reportó datos incipientes de cirrosis. El postoperatorio fue favorable. **Conclusión/Recomendación:** El quiste de colédoco es una patología rara, cuyo diagnóstico debe ser realizado lo más temprano posible para intervenir oportunamente y prevenir complicaciones.

24TL. SARCOMA SINOVIOL EN PACIENTE TESTIGO DE JEHOVÁ, A PROPÓSITO DE UN CASO. Roger Ortega Galo¹, Geovanna Michelle Moya Diaz¹, Danielson Antúnez Rojas².

¹Doctor en Medicina y Cirugía. Egresado Universidad Nacional Autónoma de Honduras. ²Doctor en Medicina y Cirugía. Especialista en Oncología Quirúrgica. Adscrito Servicio Oncología Quirúrgica Hospital de Especialidades San Felipe. Tegucigalpa, Honduras.

Antecedentes: El Sarcoma sinovial es una neoplasia maligna de tejidos blandos. Su incidencia anual es de 2,5/100,000 habitantes; Representa alrededor del 8 al 10 % de todos los sarcomas, con predominio en hombres con una relación a mujer de 3:2. **Descripción de Caso Clínico:** Paciente fe-

menina de 34 años de edad, Testigo de Jehová con tumoración subdérmica en antebrazo de tres meses de evolución, pruriginosa y caliente, sin movilidad pasiva. Se realizó biopsia excisional de la lesión que reportó Sarcoma Sinovial Fusiforme. Posteriormente tumor recidiva con crecimiento y destrucción local. TAC de abdomen no reveló signos de metástasis. RM reveló perforación de humero, olecranon y fosa cubital con compromiso total de tejidos blandos. Hemograma mostró: hemoglobina de 9,1 g/dl y hematocrito de 31,4. Se reusó a la indicación de derivados sanguíneos y fue tratada con ciclos continuos de eritropoyetina. Masa se extiende a región supra-glenoidea, lo que requirió amputación del miembro superior izquierdo. **Conclusiones/Recomendaciones** Los pacientes pertenecientes al grupo de Testigos de Jehová son reconocidos por la comunidad médica mundial, por su rechazo a los derivados sanguíneos. La aplicación de eritropoyetina recombinante humana en estos pacientes que acepten su uso, es una alternativa viable ante la negativa de hemoderivados, aunque los resultados son mínimamente aceptables, tal como ocurrió en este caso. La eritropoyetina y la amputación son medidas alternativas y necesarias en casos con pobre aceptación de terapias convencionales.

25TL. ASPECTOS CLÍNICOS DE CHIKUNGUNYA EN MUJERES EMBARAZADAS Y COMPLICACIONES MATERNO FETAL EN EL HOSPITAL MATERNO INFANTIL, HONDURAS PERIODO ENERO-JULIO 2015. Vicky Moncada¹, Mario Mejía², María Félix³, Daisy Bejarano⁴, Norman Morales⁵, José A. Zamra⁶.

¹Médico general, Emergencia Hospital Escuela universitario (HEU); ²Master epidemiología coordinador del postgrado de Epidemiología. Universidad Nacional autónoma de Honduras (UNAH); ³Médico general Coordinador de postgrado de epidemiología universidad Nacional Autónoma de Honduras-UNAH; ⁴Gineco-obstetra. Docente Facultad de Ciencias médicas (FCM) UNAH, ⁵Gineco-obstetra, profesor titular III UNAH-FCM. ⁶Pediatra, Coordinador del departamento de pediatría HEU, Docente de facultad de ciencias médicas FCM.

Antecedentes Chikungunya Enfermedad febril aguda emergente, Según la OMS para la semana epidemiológica 52 del 2014 América reportó casos sospechosos: 1,106,481 confirmados: 23,957. En Honduras en el 2015 se reportan 85,369 con una de las tasas más altas de prevalencia. En la isla de la Reunión en Francia en el 2007, se documenta la transmisión transplacentaria con una tasa de 49%. **Objetivo:** Identificar los aspectos clínicos, epidemiológicos, laboratoriales presentes en la embarazada con chikungunya y complicaciones materno fetal en el Hospital Materno infantil (HMI) **Metodología** Estudio Descriptivo de corte transversal retrospectivo, muestra mujer embarazada Con diagnóstica del síndrome febril de virus de chikungunya. Fuente de datos: Expedientes clínicos, estudiando 30 pacientes en el momento febril y parto a quienes se le realizó serología a 2 pacientes y a 2 recién

nacidos con resultado positivo, no se realizó a todas serologías ya que en ese momento estaban ante una epidemia, donde la clínica es el mayor predictor diagnóstico. **Resultados** Las Manifestaciones clínicas encontradas, fiebre en un 100%, artralgias 93%, rash 90%. Los valores laboratoriales según edad gestacional, neutrófilos en un 97%, normales, plaqueta mayor de 100,000 mm³ en 93%, linfopenia Menor de 900 células 84.3%. De las 30 pacientes estudiadas 17 estaban cercanas al parto en periodo subagudo de la enfermedad encontrando que al 47% se les realizó cesárea, las causales; sufrimiento fetal agudo 73%, oligohidramnios severo 37.5% encontrando recién nacidos a término con un buen peso al nacer. Para **Conclusiones /Recomendaciones:** La clínica observada en esta investigación corresponde a la encontrada a la literatura, así como el aumento del índice de cesárea por sufrimiento fetal, el chikunguya no está relacionado con bajo peso al nacer, ni parto prematuro. Vigilancia de la paciente embarazada con chikunguya durante el parto con hidratación Adecuada y la realización de un ultrasonido en búsqueda de oligohidramnio.

26TL. PREVALENCIA DE FACTORES DE RIESGO DE ENFERMEDADES Y DEFICIENCIAS CONGÉNITAS DE LA POBLACIÓN EN EDAD FÉRTIL DE LA ALDEA DE MONTE REDONDO, FRANCISCO MORAZÁN, HONDURAS.

MARZO 2016. Francisco Gerardo Cruz Zavala^{1,3}, Mariela Alejandra Maradiaga^{1,2,3}, Daniells Andrea Erazo^{1,3}, Milena Alejandra Morales^{1,3}, Alejandra Polet Portillo^{1,3}, Diana María Morales^{1,3}, Karla Lorena Hernandez^{1,3}, Juan Ramón Pineda^{1,3}, Ramón Edgardo Mendoza^{1,3}, Gabrielle Carolyne Saucedá⁴, Ferdinando Vicente Bustillo⁴, Candy Stephanie Luque^{1,3}, Diana Rosario Castillo⁵, Edwin Lenin Segura Amaya⁶, Iris Azucena Ramírez Salazar¹, Helen Victoria Mendoza Lagos¹, Jennifer Pamela Cerna¹, Melisa Alejandra Rivera Romero¹, Odelma Siadira Solis Mendoza⁷. ¹Doctor en Medicina y Cirugía General Universidad Nacional Autónoma de Honduras. ²Médico Residente. Postgrado de Pediatría. Universidad Nacional Autónoma de Honduras. ³Diplomado en Prevención de Deficiencias y Discapacidades en la Etapa Prenatal. Universidad Nacional Autónoma de Honduras. ⁴Médico en Servicio Social. Universidad Nacional Autónoma de Honduras. ⁵Médico General. Escuela Latinoamericana de Medicina. La Habana, Cuba. ⁶Profesor en Educación Media en el grado de Licenciatura en Especialidad de Educación Especial. ⁷Odontología General. Universidad Nacional Autónoma de Honduras.

Antecedentes. Las enfermedades y deficiencias congénitas afectan a más de 7.9 millones de niños en el mundo, lo que corresponde al 6% de todos los nacimientos. Con una prevalencia mundial de 25-62/1,000 nacidos vivos, y al menos 53 de cada 1000 individuos tienen una enfermedad con vínculo genético que se manifiesta antes de los 25 años, con la característica que son totalmente prevenibles hasta en un 50% de los casos cuando se brindan atenciones prenata-

les adecuadas, por lo que constituyen un grave problema de salud en países en vías de desarrollo como Honduras. **Objetivo.** Determinar la prevalencia de factores de riesgo en enfermedades y deficiencias congénitas en la población en edad fértil de la comunidad de Monte Redondo. **Metodología.** Es un estudio descriptivo, desarrollado en marzo del 2016, incluyó a la población en edad fértil, hombres y mujeres entre 15 a 49 años. Para garantizar que la información tuviese niveles de confianza y precisión aceptables se creó una línea base representativa a la realidad de la población, con el apoyo del programa estadístico EPIDAT v 4.2 con un nivel de confianza del 90% y una precisión absoluta del 5%. **Resultados.** Se entrevistaron 206 personas, 102 hombres y 104 mujeres, del total de entrevistados 174 dijeron asistir a centros de salud públicos y 25 a centros privados. Los factores de riesgo más frecuentes fueron la falta de conocimiento sobre los derechos sexuales y reproductivos 135 (65.5%), exposición a sustancias potencialmente teratógenos en sus actividades laborales 114 (55.33%), controles prenatales inadecuados 111 (53.8%), falta de asesoría prenatal 110 (53.3%). **Conclusiones/Recomendaciones.** En su mayoría los factores de riesgo encontrados son producto de una pobre cultura prenatal en nuestra sociedad, quedando claro la relación existente entre los determinantes sociales como nivel socioeconómico y educativo con el nivel de salud de las personas.

27TL. ESTADO NUTRICIONAL EN ESCOLARES DE PRIMERO A SEXTO GRADO DE LA ESCUELA CENTRO DE EDUCACIÓN BÁSICA VALERO MEZA, INTIBUCÁ, FEBRERO Y MARZO DE 2016. Scarleth Yanin Velásquez Velásquez¹, Gerardo Francisco Zelaya², José Arístides Zelaya². ¹Doctora en Medicina y Cirugía. Universidad Nacional Autónoma de Honduras-UNAH, ²Doctor en Medicina y Cirugía. Universidad Católica de Honduras, Nuestra Señora Reina de la Paz.

Antecedentes: Honduras, es uno de los países más pobres del mundo y de los 8.4 millones de habitantes tiene un porcentaje de más o menos 75-80% vive en pobreza lo cual influye en ausentismo escolar, deserción escolar, desnutrición y alteraciones del crecimiento y desarrollo de los niños por la falta de recurso de los padres. **Objetivos:** Evaluar el estado nutricional de los escolares de primero a sexto grado de la escuela Centro de Educación Básica Valero Meza Intibucá, febrero y marzo 2016. **Metodología:** Se realizó un estudio descriptivo, transversal, no experimental, con análisis cuantitativo, durante febrero y marzo de 2016. Para la recolección de datos se utilizó un instrumento y tabla de recolección de datos. El procesamiento de datos se realizó a través del programa de análisis estadísticos Microsoft Excel 2013. **Resultados:** De acuerdo con este estudio el 43% de los escolares (niños y niñas) están desnutridos y un 15% de los sujetos tienen peso elevado. Se encontró un 79% de desnutrición crónica y un 18% de escolares con desnutrición

aguda. De los escolares que tienen desnutrición aguda el 68% se encuentran con desnutrición grado II y 32% tienen desnutrición grado I. Con respecto a de los escolares con desnutrición crónica, el 72% tienen desnutrición crónica grado I, el 23% grado II y solamente el 5% en grado III. **Conclusión/Recomendación:** Se evidenció desnutrición en la mayoría de los estudiantes que asiste al centro de educación básica Valero Meza, lo cual se relaciona a las condiciones de suma pobreza que vive la comunidad.

28TL. HIPERPLASIA SUPRARENAL CONGENITA VARIANTE VIRILIZANTE SIMPLE: A PROPOSITO DE CASO. Lesby Marisol Espinoza Colindres¹, Guillermo Villatoro Godoy². ¹Doctora en Medicina y Cirugía. Especialista en Pediatría. Subespecialista en Endocrinología Pediátrica. Adscrita Servicio Pediatría, Instituto Hondureño Seguridad Social y Hospital María de Especialidades Pediátricas. Tegucigalpa, Honduras. ²Doctor en Medicina y Cirugía. Especialista en Pediatría. Subespecialista en Endocrinología Pediátrica. Adscrito Servicio Pediatría, Hospital Escuela Universitario y Hospital María de Especialidades Pediátricas. Tegucigalpa, Honduras.

Antecedentes: Hiperplasia suprarrenal congénita (HSC), desorden autosómico recesivo con ausencia de la esteroidogénesis adrenal. La deficiencia de 21 Hidroxilasa representa 90% de casos. Clínicamente la forma clásica se divide en perdedora de sal y la virilizante simple, con una incidencia de 1 en 14,000. La virilizante simple tiene aumento de 17OHP, no presenta crisis perdedora de sal. En países sin programa de tamizaje, en varones se detecta entre los 3-7 años por pubarca y axilarca precoz, acné, y crecimiento fático. Se debe hacer diagnóstico diferencial con pubertad precoz central, con la demostración de volumen testicular menor de 4cc descartando pubertad. Características: crecen rápidamente, son talla alta, edad ósea adelantada causando adultos de talla baja al no ser tratados. El tratamiento adecuado evita las complicaciones de la hiperandrogenemia. **Caso Clínico:** Masculino de 4 años 11 meses, procedente de Comayagua, referido por talla alta, crecimiento rápido desde los 6 meses de vida, crecimiento de pene hace de 2 años, sudor apócrino y pubarquia 2 meses de evolución, no antecedentes hospitalarios, gastroenteritis a los 2 años. Peso 26.1 kg, talla 126 cm, IMC 16.4, P/A: 100/70. Desproporción falo-testicular, pene longitud 9.5 cm, circunferencia 8.0 cm, volumen peneano:48.3, puntuación Z: + 20 desviaciones estándar de la media poblacional, Testículos volumen 2 cc bilateralmente. Tanner púbico 3, aumento de masas muscular, leve hiperpigmentación areolas y escroto. Laboratorio:17OHP 2770 ng/dl(7-170), DHEA-S 164 ug/dl(1-41), Androstenediona 37 ng/ml(1.0- 4.5), Testosterona 451 ng/dl(2-25), Cortisol AM 6 ug/dl, cortisol PM 4 ug/dl, ACTH 573 pg/ml (hasta 46). Edad ósea: 14 años. Se diagnostica HSC virilizante simple. Se inicia prednisolona 0.5 ml BID que

equivale a 15 mg/m²/día. A los tres meses de tratamiento mucho mejor. **Conclusión/Recomendación:** la HSC debe ser detectado por tamiz neonatal y su diagnóstico temprano y terapia oportuna evita deterioro de la talla definitiva de la vida adulta.

29TL. ABDOMEN AGUDO, COMO MANIFESTACION DE ENFERMEDAD DE CROHN: REPORTE DE CASO. Juan José Flores¹, Sindy Pavelka Oseguera-Lazo², Isaac Fernández³, Susana Pineda⁴, Bernardo Meza⁵. ¹Doctor en Medicina y Cirugía. Especialista en Medicina Interna. Jefe de departamento de Medicina Interna Hospital General San Felipe. ²Doctora en Medicina y Cirugía General. Universidad Nacional Autónoma de Honduras (UNAH), ³Estudiante del séptimo año de Medicina Universidad Nacional Autónoma de Honduras (UNAH), ⁴Doctora en Medicina y Cirugía. Especialista en Medicina Interna. Subespecialista en Gastroenterología. Hospital Escuela Universitario. ⁵Doctor en Medicina y Cirugía Especialista en Cirugía general. Universidad Nacional Autónoma de Honduras (UNAH) Hospital y Clínicas DIME.

Antecedentes: La enfermedad de Crohn proviene de un grupo de entidades clínicas caracterizadas por procesos inflamatorios crónicos etiológicamente desconocidas, afectando primordialmente al intestino; puede afectar a cualquier tramo del mismo, aunque su localización más frecuente es el íleon. Se estima que hay aproximadamente 220.000 pacientes diagnosticados de enfermedades inflamatorias intestinales, la mitad de ellos sufren Enfermedad de Crohn. Esta afecta principalmente a personas jóvenes de 16 a 45 años alterando su calidad de vida. **Descripción del caso:** Paciente masculino de 23 años, asiste a la emergencia con historia de dolor abdominal intenso continuo de 3 horas de evolución, niega episodios similares en el pasado. Sin antecedentes personales patológicos. Como antecedente quirúrgico destaca apendicetomía hace 15 años, al examen físico, quejumbroso con palidez generalizada Signos vitales estables, abdomen con evidente distensión abdominal, ruidos intestinales disminuidos, doloroso en los cuatro cuadrantes tanto a la palpación como a la percusión con signos de irritación peritoneal. Se le realizó Rayos X abdominal simple, ultrasonido abdominal total indicando: asa fija en fosa iliaca derecha, líquido libre intraabdominal, se decide realizar laparotomía exploratoria urgente, encontrándose perforación de íleon distal a 20cms de la válvula ileocecal, tomándose biopsia. Posterior a la cirugía paciente en buen estado general, sin embargo, inicia con fiebre persistente, a pesar de cumplir cobertura antibiótica Se recibe informe anatomopatológico de la biopsia muestra proceso inflamatorio agudo de íleon terminal, de acuerdo a Enfermedad de Crohn en etapa aguda por lo que se interconsulta con el servicio de gastroenterología quienes inician inmunomoduladores, cediendo posteriormente la fiebre. **Conclusiones/Recomendaciones:** Aún no se logra identificar algunas

causas de este tipo de evoluciones clínicas repentinas por lo que es de suma importancia dar a conocer estos sucesos poco frecuentes, con la finalidad de mejorar el accionar del médico y con ello la salud del paciente.

30TL. MIOPATÍA CONGÉNITA EN ADOLESCENTE. REPORTE DE CASO. Ian Fernando Guillén Álvarez¹ Fredy Guillén¹, Héctor Antunez². ¹Doctor en Medicina y Cirugía. Universidad Nacional Autónoma de Honduras. ²Doctor en Medicina y Cirugía. Especialista en Anatomía Patológica. Adscrito el Servicio de Anatomía Patológica Hospital Escuela Universitario. Tegucigalpa, Honduras.

Antecedentes: Las miopatías congénitas son un grupo de trastornos neuromusculares de carácter hereditario, con genotipos comunes, pero presentaciones clínicas heterogéneas, de aparición temprana y evolución benigna. Se caracterizan según los hallazgos histopatológicos y tienen prevalencia de 5-6 casos por cada 100,000 habitantes, sin datos en la literatura nacional. **Descripción de Caso:** Paciente femenina de 13 años con antecedente de labio leporino, pie equinovaro bilateral e intolerancia al ejercicio. Con historia de fiebre, tos, dificultad respiratoria, edema generalizado, disnea paroxística nocturna y ortopnea de 15 días, referida al Hospital Escuela Universitario. Se recibe paciente de 23 Kg y talla de 130 cms, Signos Vitales: FC 106, FR 24 PA: 110/60, T:36.5, Score de Wood Down: 2 (después de terapia esteroidea IV y broncodilatadores) saturación 88% al aire ambiente, Glasgow 15/15, al examen físico tiraje subcostal e intercostal, pulmones hipoventilados con matidez bilateral, sin crépitos ni sibilancias y edema en extremidades (+). Se le realizan exámenes que reportan leucocitosis con neutrofilia, rayos X con infiltrados bilaterales, derrame pleural y cardiomegalia, ecocardiograma reporta disfunción diastólica derecha, se maneja inicialmente como neumonía grave con falla ventilatoria secundaria y probable cor pulmonale. Presenta mejoría clínica y se hacen tres intentos para extubación los cuales no tolera por lo que se Interconsulta con neurología quien indica IRM con hallazgos de atrofia cortico subcortical, CPK levemente elevada y velocidad de conducción alterada por lo que se sospecha miopatía congénita la cual se comprueba con biopsia por la presencia característica de patrón de afección miopático con variabilidad en el tamaño de las fibras, fibrosis, centralización nuclear y atrofia con pérdida de las estriaciones musculares, con buena evolución clínica. **Conclusiones/Recomendaciones:** Las miopatías congénitas son enfermedades raras las cuales deben sospecharse en pacientes que se complica el retiro de ventilación mecánica y es preciso su reporte para documentar su verdadera prevalencia e inicio de asesoramiento genético oportuno.

31TL. LIPODISTROFIA ASOCIADA A TERAPIA ANTIRRETROVIRAL. Luis Alfredo Rodríguez Castellanos¹, Daniel Guifarro Rivera², María Alejandra Ramos Guifarro³, Dalia María Ávila Turcios³. ¹Doctor en Medicina y Cirugía, UNAH. ²Estudiante del 7to Año carrera de Medicina Universidad Nacional Autónoma de Honduras-UNAH. ASOCEM UNAH. ³Médico Especialista en Endocrinología, Servicio de Endocrinología, Hospital Escuela Universitario.

Antecedentes. El Síndrome de lipodistrofia asociada a VIH es una de las reacciones adversas del tratamiento antirretroviral. Se caracteriza principalmente por alteraciones en la distribución de la grasa corporal y alteraciones metabólicas como dislipidemia, resistencia a la insulina u homeostasis anormal de la glucosa. **Descripción de Caso:** Se describe paciente femenina de 50 años de edad con diagnóstico de VIH hace 22 años, inicio tratamiento antirretroviral 8 años después de su diagnóstico; actualmente en tratamiento con zidovudina, lamivudina y efavirenz con buena respuesta. Un año posterior al inicio de la terapia, presenta triglicéridos de 607 mg/dl, y a pesar de iniciar gemfibrozilo continúa con hipertrigliceridemia. Nueve años después presenta glicemia basal de 107 mg/dl y desde hace 2 años 160 mg/dl, por lo que se realiza curva de tolerancia a la glucosa que reporta glicemia basal, a la hora y a las dos horas de 167, 301 y 309 mg/dl respectivamente, por lo que se inicia terapia con metformina 850 mg BID. Al examen físico de la paciente, llama poderosamente la atención la presencia de aumento de volumen marcado en la región anterior de cuello y región submaxilar, deformante y de crecimiento paulatino, el ultrasonido de cuello reportó bocio multinodular, con pruebas tiroideas dentro de parámetros normales. En evaluación subsecuente, glicemia basal y postprandial de 109 y 152 mg/dl respectivamente, glicohemoglobina 5.6% y triglicéridos de 474 mg/dl, continúa manejada con metformina y Ciprofibrato 100 mg al día. **Conclusiones/Recomendaciones:** Los efectos adversos de los antirretrovirales incluyen cambios metabólicos y anatómicos que pueden llevar incluso a la deformidad física, esto puede condicionar la modificación de la terapia, además de predisponer a una menor adherencia al tratamiento por la afectación física o psicológica en el paciente. Recomendamos tener en cuenta estos efectos para optimizar el seguimiento en los pacientes.

32TL. GEORREFERENCIACIÓN Y EPIDEMIOLOGÍA DEL DENGUE EN EL HOSPITAL SAN RAFAEL DEL ESPINAL, DURANTE EL PERIODO 2010 – 2014.

Laura Mercedes Hernández^{1,5}, Carlos Alberto Garnica Arciniegas^{1,5}, David Buitrago Gutiérrez^{1,5}, Diego Fernando Durán Guzmán^{1,5}, Diego Mauricio Bados Enríquez^{2,5,6}, Lisa Páez Hoyos^{1,5}, Luisa Fernanda Gómez Mendoza^{1,5}, Marilyn Paola Bernal Salamanca, Ricardo Luna Diago^{1,5}, Julia Esther Gallego Santos³, Diego Fernando Escobar García⁴. ¹Estudiante de Medicina. Universidad de Tolima. Tolima-Colombia. ²Estudiante de Medicina del VII Semestre. Universidad de Tolima. Tolima-Colombia. ³Docente Catedrática del área de Infectología de la Universidad del Tolima. ⁴Docente catedrático del programa de medicina de la Universidad del Tolima. ⁵Asociación de Sociedades Científicas de Estudiante de Medicina de Colombia (ASCEMCO). ⁶Oficial Nacional del Comité Permanente de Evaluación de Desarrollo Científico de ASCEMCO. (CPEDEC ASCEMCO).

Antecedentes: El dengue es un problema prioritario de salud pública. El departamento del Tolima y el municipio de El Espinal aportan una importante proporción de casos a las estadísticas nacionales, debido a la cantidad de casos es un área representativa para estudiar su comportamiento. **Marco Metodológico:** Estudio descriptivo, transversal y retrospectivo de la población que consulto por Dengue en el Hospital San Rafael. Se analizaron datos provenientes de fichas de notificación obligatoria del SIVIGILA utilizando Excel, EpiInfo y EpiMap. El análisis epidemiológico abarca morbilidad, mortalidad, letalidad, canales endémicos y cartogramas de georreferenciación entre otros. **Resultados** La totalidad de casos fue de 3264, incidencia de 5,84 casos por 1000 habitantes, mortalidad de 0,12 casos por 10000 habitantes y letalidad de 0,11 casos por 100 diagnosticados. El 71,6% de los pacientes tienen entre 1 y 24 años. **Conclusiones/Recomendaciones.** El comportamiento endémico fue bimodal, máximo en los periodos epidemiológicos 3-4 y 12-13. La distribución geográfica de casos abarca la totalidad del municipio y se relaciona aparentemente con la densidad de habitantes en un área definida.

33TL. TUMOR DE PANCOAST: PRESENTACIÓN DE UN CASO.

Marco Antonio Zepeda Paz¹, Francia Poletth Ávila Enamorado². ¹Médico especialista en Medicina Interna, Universidad Centro Occidental de Venezuela. Adscrito Servicio de Medicina Interna Hospital San Lorenzo, Valle-Honduras. ²Doctora en Medicina y Cirugía, Universidad Nacional Autónoma de Honduras.

Antecedentes: El tumor de Pancoast constituye una entidad particular de carcinoma de pulmón que invade la pared torácica apical. Representa del 3% al 5% del cáncer de pulmón, el principal factor de riesgo es el tabaquismo, predomina en mayores de sesenta años y en el sexo masculino. Clínicamente se presenta de manera diferente a la habitual:

dolor en hombro, síndrome de Claude-Bernard-Horner, debilidad, atrofia muscular y edema de miembro superior. **Descripción de Caso:** Masculino de 69 años, procedente de Langué, Valle; con antecedente de Diabetes Mellitus tipo 2 y tabaquismo, atendido en la clínica del diabético del hospital San Lorenzo el 22-2-2017 con historia de omalgia derecha de un mes de evolución asociado a parestesias, paresia y edema de miembro superior ipsilateral. En el examen físico se encontró eupneico, hemodinámicamente estable, con asimetría de cuello y tórax por presencia de masa supraclavicular derecha y edema de pared ipsilateral, se aprecia ingurgitación yugular, circulación colateral en región pectoral derecha, monoparesia braquial derecha, reflejo cubitopronador derecho disminuido e hipoestesia en quinto dedo y cara medial de la mano derecha. Al ingreso se solicita radiografía de tórax donde se observa radiopacidad de bordes definidos, que ocupa todo el vértice pulmonar derecho; y un ultrasonido Doppler venoso de miembro superior derecho, el cual reporta trombosis venosa profunda de la vena subclavia y axilar derecha. La tomografía de tórax muestra tumor de Pancoast secundario a carcinoma broncogénico del lóbulo superior derecho, adenopatías mediastínicas y axilares, metástasis de tejidos blandos apicales del hemitorax derecho y óseas en el primer y segundo arco costal derecho. Se envía al servicio de radiología del Hospital Escuela Universitario para punción transtorácica guiada por ultrasonido, el estudio biopsia reportó adenocarcinoma. **Conclusiones / recomendaciones:** Se trata de un síndrome de Pancoast secundario a adenocarcinoma broncogénico en espera de terapia oncológica.

34TL. EXPERIENCIA EDUCATIVA SOBRE AUTOCUIDADO Y MONITOREO INTRAHOSPITALARIO DE PACIENTES CON DIABETES, 2015-2017, HOSPITAL ESCUELA UNIVERSITARIO, TEGUCIGALPA, HONDURAS.

Luis Alfredo Rodríguez Castellanos¹, Luis Fernando Guifarro Rivera¹, Irma Isabel De Vicente Aguilera², Elvin Omar Videá Irías², Gustavo Adolfo Ramos Aguilar³, María Alejandra Ramos Guifarro⁴, Dalia María Ávila Turcios⁴, Nubia Chávez⁵ Mirna Carolina Muñoz Bonilla⁶, María Albertina Álvarez Álvarez⁶. ¹Medicina General y Cirugía, UNAH. ²Especialista en Medicina Interna, Servicio de Endocrinología, Hospital Escuela Universitario. ³Especialista en Medicina Interna, Residente de Gastroenterología, Hospital de Juárez, México. ⁴Médico Especialista en Endocrinología, Servicio de Endocrinología, Hospital Escuela Universitario. ⁵Licenciada en Enfermería, Servicio de Endocrinología, Hospital Escuela Universitario. ⁶Auxiliar en Enfermería, Servicio de Endocrinología, Hospital Escuela Universitario.

Antecedentes: Las personas con diagnóstico de Diabetes Mellitus son las responsables del control de su enfermedad; para ello necesitan desarrollar conocimiento que facilite el autocuidado. Desde 1914, se da importancia a formar enfermeros en educación en diabetes; el tiempo del médico que

atiende a estas personas es limitado como consecuencia de un sistema de salud insuficiente. Por esta razón se debe capacitar a todo el personal de salud para educarles en cada etapa de su atención. **Descripción de la Experiencia:** Desde 2014 se han capacitado 2 enfermeras auxiliares y una licenciada en enfermería en el Servicio de Endocrinología sobre educación en diabetes. Con el objetivo de obtener un efecto replicable de la información al resto del personal de enfermería y así a cada paciente con Diabetes que acude en busca de atención en este centro. Inicialmente se han capacitado 46 enfermeras auxiliares de las salas de Labor y parto, patológico, séptico y ginecología, con la expectativa de extenderlo al resto de salas. La educación es proporcionada en talleres prácticos e incluye aspectos de importancia para el manejo intrahospitalario como ambulatorio de los pacientes; desde el conocimiento propio de la enfermedad, las evaluaciones periódicas de toma de glucometrías y el uso adecuado de dispositivos de insulina y sus técnicas de aplicación. **Lecciones aprendidas:** Las tomas de glucometrías en pacientes hospitalizados ahora se realiza cada 6 horas o preprandiales según lo amerite el paciente, por lo se interviene y se favorece su rápida mejoría, reduciendo costos, menor estancia hospitalaria y exposición a infecciones nosocomiales. Se ha observado un cambio en los pacientes del Servicio de Endocrinología en pro de un empoderamiento de información sobre su enfermedad y la administración correcta de la insulina, reflejado en sus evaluaciones posteriores. Recomendamos proporcionar un tiempo y espacio para la capacitación del personal de enfermería.

35TL. ENFERMEDAD CARDIOVASCULAR Y FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS EN PACIENTES CON DIABETES EN EL HOSPITAL GENERAL DEL SUR, CHOLUTECA. Geovanny F. López Montoya. Médico General, Universidad Católica de Hondura. Tegucigalpa, Honduras.

Antecedentes: La enfermedad cardiovascular es una de enfermedad que afecta el corazón y vasos sanguíneos, siendo la principal causa de muerte en personas con diabetes. En Honduras en el 2015 murieron 23,000 pacientes con diabetes, a causa de enfermedad cardiovascular según Federación Internacional de Diabetes. En la ciudad de Choluteca, Honduras; se desconoce cuál es la prevalencia de enfermedad cardiovascular y los factores de riesgo asociado en paciente diabéticos. **Objetivo:** Describir el riesgo cardiovascular, y los factores de riesgo asociados en pacientes con diabetes en el Hospital General del Sur, Choluteca. **Metodología:** Es un estudio descriptivo transversal, en un muestreo aleatorio, en pacientes con diabetes entre las edades de 40 a 79 años, en el Hospital General del Sur, Choluteca. Se entrevistó a 100 personas con participación voluntaria, se aplicó una encuesta, creada por el autor, que incluyo los siguientes aspectos: Datos Generales, antecedentes médicos, dieta y hábitos. Se realizó un examen físico que incluyo toma de peso, talla, estado nutricional y presión

arterial. Se obtuvo muestras sanguíneas para evaluar los niveles de glicemia, y perfil lipídico. Para calcular el riesgo cardiovascular se utilizó el score de Framingham elaborada por la OMS/OPS. **Resultados:** De las 100 personas entrevistadas, 43 (43%) tenían riesgo leve, 30 (30%) riesgo moderado, y 27 (27%) riesgo alto, 79 (79%) reportaron dieta rica en carbohidratos, 68 (68%) no realizan actividad física, 60 (60%) tenían hipertensión arterial y 43 (43%) tenían hipercolesterolemia. **Conclusiones/ Recomendaciones:** La población de sexo masculino mostro mayor riesgo cardiovascular en relación al sexo femenino, los factores de riesgo más significativos fueron la dieta rica en carbohidratos, sedentarismo, hipercolesterolemia y la hipertensión arterial. Crear programas educativos con profesionales para el conocimiento de una alimentación saludable y rutina de ejercicio adecuada. No hay ningún estudio de enfermedad cardiovascular en pacientes con diabetes, por lo que considero importante presentar en el COMENAC.

36TL. RESULTADOS DEL PROGRAMA DE PREVENCIÓN Y EDUCACIÓN EN SALUD Y CÁNCER (PESCA) EN LA DETECCIÓN TEMPRANA DE CÁNCER DE CUELLO UTERINO EN LA ZONA NOROCCIDENTAL DE HONDURAS, 2015-2016. César Ulises Alas Pineda¹, Kathia Calix¹, Irving Calix¹, Nelson Espinoza¹, Daniel Zelaya¹, Suyapa Bejarano-Cáceres². ¹Estudiante 5to año Carrera de Medicina y Cirugía. Facultad de Medicina y Cirugía. Universidad Católica de Honduras Nuestra Señora Reina de la Paz. San Pedro Sula. Honduras. ²Médico Especialista en Oncóloga Clínica. Miembro de la Liga Contra el Cáncer de Honduras, Docente Universidad Católica de Honduras Nuestra Señora Reina de la Paz. San Pedro Sula. Honduras.

Antecedentes: La citología es el estudio de las células individuales cuyo propósito es detectar anomalías morfológicas de células que provienen de la descamación de la superficie epitelial del cérvix, el cáncer de cérvix es la segunda causa de muerte por neoplasia maligna en todo el mundo, en Honduras es el más frecuente representando el 40% de todas las neoplasias malignas de la población hondureña y el 50% de los tumores que afectan a la población femenina. **Objetivo:** Calcular la incidencia de resultados anormales en citologías cervicales por el programa PESCA, detectando precozmente las lesiones de cuello uterino que desencadenan cáncer de cérvix a través de un tamizaje en diferentes zonas de difícil acceso de 6 departamentos de Honduras. **Metodología:** Estudio descriptivo transversal y prospectivo. Incluyo a la población femenina que acudía a realizarse la citología cervical, Se recopiló la información de 7,230 pacientes femeninas que asistieron al servicio proporcionado por el Programa de Prevención y Educación en Salud y Cáncer (PESCA) en 42 localidades de Honduras, utilizando un muestreo por conveniencia no probabilística, se realizó estadística descriptiva utilizando el programa estadístico SPSS v. 22. **Resultados:** La media de edad de las mujeres es de

40 años con un rango de 14 a 84 años, el 13% se realizaba la citología por primera vez, 23 años es la media de edad en la primera citología, el 2% fueron reportes de citologías anormales presentándose el 21,6% de citologías anormales en el grupo etario de 32-37 años y el 25% en aquellas que se la realizaban por primera vez. **Conclusiones/Recomendaciones:** Para lograr una detección temprana de lesiones epiteliales que desencadenan cáncer del cuello uterino es necesario crear conciencia en las mujeres más jóvenes a través de programas de educación de la necesidad de realizar periódicamente la citología cervical como un medio para prevenir un cáncer cervical.

37TL. INCIDENCIA DE ENFERMEDAD CARDIOVASCULAR EN ESTUDIANTES DE MEDICINA DE 4 UNIVERSIDADES COLOMBIA- ESTUDIO MULTICÉNTRICO. Omar Santofimio¹, Diana Bermúdez², Susana Cardona³, Lorena Basante⁴, Medardo Díaz⁵, Diego Mauricio Bados Enríquez⁶. ¹Estudiante de Medicina. Universidad de Tolima. Tolima-Colombia. ²Estudiante de Medicina- Fundación Universitaria de las Américas. ⁴Estudiante de Medicina- Universidad CES Medellín. ⁵Estudiante de Medicina. Universidad de Tolima. Tolima-Colombia. ⁶Estudiante de Medicina del VII Semestre. Universidad de Tolima. Tolima-Colombia.

Antecedentes: Mundialmente, las enfermedades cardiovasculares (ECV) constituyen un problema de salud pública al ser la principal causa de muerte e incapacidad. A nivel epidemiológico, se calcula que en 2012 murieron por esta causa 17,5 millones de personas, lo cual representa un 31% de todas las muertes registradas en el mundo. En Colombia, la enfermedad isquémica cardíaca en la última década ha sido la principal causa de muerte en personas mayores de 55 años, por encima del cáncer y la agresión, según el Departamento Administrativo Nacional de Estadísticas, DANE. Los orígenes de las ECV son múltiples, complejos, tempranos y su evolución está relacionada, entre otras cosas, con la presencia de Factores de Riesgo Cardiovascular (FRCV). **Objetivo:** Evaluar la presencia de factores de riesgo cardiovascular en estudiantes de Medicina de 4 universidades de Colombia, con el fin de conocer la realidad local, y si es pertinente, a futuro, diseñar estrategias de promoción de estilos de vida saludables en la comunidad universitaria, local y nacional. **Metodología:** Se realizó un estudio multicéntrico descriptivo de corte transversal propuesto por el Comité Permanente de Evaluación y Desarrollo Científico (CPEDEC) de la ASCEMCOL. Participaron la Universidad del Tolima (389 Estudiantes), La universidad del norte en Barranquilla (1000), la Fundación Universitaria Autónoma de las Américas (700) ubicada en Pereira y La universidad CES de Medellín (900). El análisis de los datos se realizó por medio de Epidat 4.2. Se realizó un análisis descriptivo para las variables de interés. Posteriormente se cruzaron de las variables de interés para realizar el análisis bivariado; pruebas

de comparación de medidas por medio del Test de Student y pruebas no paramétricas fueron necesarias. Finalmente se exploraron asociaciones entre los principales factores de riesgo a través de Chi Cuadrado. **Conclusiones/Recomendaciones:** Conocemos la incidencia y prevalencia de los factores de riesgo cardiovascular a los que se encuentran expuestos los estudiantes de las 4 facultades Medicina en estudio e Incentivar cambios en los estilos de vida de los estudiantes universitarios que disminuirán las consecuencias producidas por patologías cardiovasculares.

38TL. MALFORMACIÓN ARTERIOVENOSA EN MÉDICO INTERNO: REPORTE DE CASO. Luis Fernando Bonilla Larrama^{1,2}, Suyapa Vanessa Rosa Escobar¹, Juan Antonio Sánchez^{1,3}, Karen Ivon Lujan Alvarez^{1,3,4}. ¹Médico general. Egresado de la Universidad Nacional Autónoma de Honduras ²Médico General. Servicio de Emergencia Hospital del Progreso, Yoro. ³Médico General. Adscrito Clínica y Hospital Paz Barahona. Progreso, Yoro. ⁴Médico General. Adscrito de Clínica y Hospital Paz Barahona y Hospital Doctor Mario Catarino Rivas.

Antecedentes: 1 de cada 1.000 personas tiene una malformación arteriovenosa cerebral. La hemorragia subaracnoidea, tiene una incidencia de 7.5 a 2.9 por 100,000 habitantes y representa del 22 al 25% de las muertes por eventos cerebrovasculares, En honduras 2 casos por 1,000 habitantes este tipo de ictus predomina en la mujer de edad media relación 3:2 y un pico de incidencia entre los 50 y 60 años. Entre los 40 y 60 años es más frecuente el sexo masculino. La cefalea puede ser la primera manifestación de una alteración vascular cerebral y su diagnóstico puede ser confundido con el de un episodio de cefalea primaria. **Descripción Caso Clínico:** Se presenta caso de masculino de 33 años estudiante de medicina con antecedentes de cefalea crónica de 5 años de evolución exacerbada posterior a periodos de vigilia. Dicha sintomatología se exagera posterior a turno médico de 36 horas, acompañada de náuseas, vómitos intermitentes de escaso volumen y parestesias de miembros inferiores. El cual en su valoración inicial fue diagnosticado con una cefalea tensional por lo que se indican analgesia y reposo, se realiza estudio de imagen TAC cerebral simple la cual reporto hemorragia interventricular Fisher IV. Resonancia magnética cerebral concluye; imagen sugestiva de malformación arteriovenosa de región hipocámpica derecha, paciente con buena mejoría tres meses posterior a su cirugía concluye su carrera universitaria sin presentar secuelas **Conclusiones/Recomendaciones:** La importancia de presentar este caso es crear conciencia el personal de salud y sobre el manejo y evaluación de las cefaleas en vista que un tratamiento oportuno puede salvar vidas y disminuir las secuelas a corto y largo plazo de un Ictus.

39TL. DIAGNÓSTICO PRENATAL Y EVOLUCIÓN DE LOS DEFECTOS DEL TUBO NEURAL. Pablo Alberto Martínez Rodríguez¹. ¹Doctor en Medicina y Cirugía. Especialista en Ginecología y Obstetricia. Sub Especialista en Medicina Materno Fetal. Adscrito el Servicio de Ginecología y Obstetricia Hospital Regional del Sur, Choluteca Honduras. Servicios Médicos del Sur (SEMESUR).

Antecedentes. Los Defectos del Tubo Neural (DTN) son la malformación del sistema nervioso central más frecuente. Constituyen un conjunto de defectos con un origen fisiopatológico común (fallo precoz del proceso de cierre de los pliegues neurales en la tercera y cuarta semana del desarrollo). Actualmente es aceptado que el tubo neural en vida embrionaria lleva a cabo su cierre en 5 puntos; y dependiendo del sitio en que ocurra el fallo en su cierre será el sitio en que se producirá el defecto. Cuando este proceso falla en su porción más proximal se produce una anencefalia o una encefalocele y cuando afecta la región más caudal se producirá un meningocele, un mielomeningocele o una mielosis. Sabemos que la mayoría de los DTN son esporádicos y tienen un origen multifactorial que engloba tanto factores genéticos como ambientales (diabetes, déficit de Ácido Fólico, hipertermia, fármacos). **Descripción Serie de Casos.** Las formas Clínicas reconocidas son las siguientes: Secuencia Acrania-Exencefalia-Anencefalia (45-50%), Espina Bífida (Meningocele, Mielomeningocele, Mielosis) (45-50%) y Cefalocele-Encefalocele (5%). En general, los DTN con el advenimiento de la ecografía de alta resolución y con la pericia y entrenamiento de la persona que lleva a cabo la ecografía fetal debe obligatoriamente tener tasas de detección cercanas al 100%. Así mismo se deberá tener los conocimientos necesarios para identificar signos indirectos y brindar una asesoría genética de calidad en cuanto a evolución y pronóstico fetal/neonatal se refiere. **Conclusiones/Recomendaciones.** Como podemos ver los DTN constituyen una malformación compleja multisistémica que tendrá una evolución muy variable que va desde ser asintomáticos hasta la letalidad. El objetivo principal de esta presentación es dar a conocer esta muy frecuente patología en nuestro medio, entender su fisiopatología y la evolución clínica, así como socializar entre el gremio médico la gran importancia que juega el consumo de ácido fólico en la profilaxis de los DTN.

40TL. DACROCISTOCELE: DIAGNÓSTICO PRENATAL. Pablo Alberto Martínez Rodríguez. Doctor en Medicina y Cirugía. Especialista en Ginecología y Obstetricia. Sub Especialista en Medicina Materno Fetal. Adscrito el Servicio de Ginecología y Obstetricia Hospital Regional del Sur, Choluteca Honduras. Servicios Médicos del Sur (SEMESUR).

Antecedentes. El Dacrocistocele es una patología poco frecuente que pertenece a un grupo de anomalías congénitas que tiene en común la obstrucción del conducto nasolacrimal y sus eventuales complicaciones. Hoy en día esta y

otras enfermedades que se manifiestan como una masa en la región facial se tienden a diagnosticar prenatalmente. Su oportuno diagnóstico y diferenciación, así como su adecuado manejo post natal son factores claves para asegurar un resultado favorable. Dentro de las patologías congénitas de la vía lacrimal, la obstrucción de esta al nacimiento presenta una incidencia en el mundo occidental de 6%, de las cuales apenas el 0.1% son producidas por Dacrocistocele. La causa más frecuente es una obstrucción membranosa que resuelve conservadoramente en el 96% de los casos durante el primer año de vida. Clínicamente estas obstrucciones se presentan con epífora durante las primeras semanas y se pueden complicar con secreción, conjuntivitis incluso dacrocistitis. El Dacrocistocele se caracteriza por presentar adicionalmente una masa quística azulada bajo el canto medial, bilateral en un 25%, unilateral en un 25%, producida por un defecto embriológico obstructivo de la válvula de Hasner y la consecuente obstrucción funcional de la válvula de Rosenmüller. El diagnóstico se ha realizado tradicionalmente durante el periodo post natal, empero actualmente existen las herramientas suficientes para encontrar alteraciones en la región facial mediante el diagnóstico ecográfico fetal. **Conclusiones/Recomendaciones.** El Dacrocistocele surge como una complicación de la Dacriostenosis ya que adicionalmente a la obstrucción membranosa total o parcial de la válvula de Hasner, se produce una dilatación del saco lacrimal y compresión del ángulo en donde se encuentra la válvula de Rosenmüller. Como resultado se forma un espacio cerrado en el cual se acumula mesodermo diluido, moco, líquido amniótico, lágrimas y colonización bacteriana que producen dilatación del conducto y la formación del quiste.

41TL. SOBREPESO Y OBESIDAD EN MÉDICOS INTERNOS DEL HOSPITAL DR. MARIO CATARINO RIVAS SEPTIEMBRE 2016. Ariana Grisel Hernández Orellana^{1,2}. Axell Gómez Pineda¹. Lindsay Melissa Diaz^{1,3}. Melba Rocío Rivera Banegas¹. Nancy Melissa Medrano Duarte¹. Yanina Celeny Cruz¹. Elizabeth Casco Funes de Núñez^{1,4}. Onix Arita Melzer^{1,5}. ¹Doctor en Medicina y Cirugía. Universidad Nacional Autónoma de Honduras en el Valle de Sula. ²Médico Asistencial en Clínica Médica Santa María, San Pedro Sula. Honduras. ³Médico Asistencial en Clínica Médica Muriello, San Pedro Sula. Honduras. ⁴Médico Asistencial. Instituto Hondureño de Seguridad Social. Maestría en Metodología de Investigación. ⁵Especialista en Medicina Interna. Subespecialista en Endocrinología.

Antecedentes. Los estudiantes de medicina en sus últimos años realizan trabajo nocturno. La cronodisrupción inducida por el trabajo de turnos, la privación del sueño, o el paso del tiempo de comidas se asocia con el desarrollo de sobrepeso y obesidad. En Honduras no existen estudios sobre este tópico. **Objetivo.** Investigar las determinantes más frecuentes para sobrepeso y obesidad en Médicos Internos del HMCR septiembre 2016. **Metodología:** Población Médicos internos

de la carrera de Medicina y Cirugía del HMCR septiembre de 2016(80). Muestreo no probabilístico por cuotas. Criterios de inclusión: Médicos internos con IMC \geq 25 kg/m² que firmaron consentimiento informado. Criterios de exclusión: Los individuos que se rehusaban a participar, IMC <25 Kg/m², mujeres embarazadas. **Resultados:** 61.25%(49) mujeres. Edad promedio 25, 95%(76) solteros. 66.25% (53) SPS. 93.75%(75) ha cambiado su alimentación durante la carrera de medicina por falta de tiempo en su mayoría. 45%(36) solía hacer deporte, 41.25%(33) sin tiempo, 10%(8) pasa somnoliento, 2.5%(2) atribuye la disminución de actividad física al estrés y un 1.25%(1) a la falta de voluntad. Índice de Masa Corporal promedio 31 Kg/m². 48.75%(39) con circunferencia abdominal de 91-112 cm. %grasa corporal promedio 34. Antecedentes personales después de los 18 años [16.25%(13) obesidad, 6.25%(5) Ansiedad, 3.5%(3) Depresión, 15%(12). Sobrepeso y Obesidad]. 7.5%(6) Tabaquismo. 81.3% (65) no realizan caminata rápida, 75%(60) optan por carbohidratos. 66.25%(53) casos probables de Ansiedad, 68.75%(55) casos probables de Depresión. **Conclusiones/Recomendaciones:** Ser mujer, casos probables de ansiedad y depresión, cambios en alimentación por falta de tiempo son determinantes de mayor influencia en sobrepeso y obesidad. Se recomienda brindar a los estudiantes un plan nutricional, re-estructurar horarios de trabajo y estudio para poder tener las horas de actividad física y sueño requeridas al día.

42TL. CARACTERIZACION DE FAMILIA HONDUREÑA AFECTADA POR NEOPLASIA ENDOCRINA MULTIPLE (NEM). INSTITUTO NACIONAL CARDIO-PULMONAR (INCP), TEGUCIGALPA, 2017. Sonia Carolina Fortín Zavala¹, Anna Geraldina Pendrey Guillen². ¹Medicina y Cirugía. Especialista en Cirugía General. Instituto Nacional Cardio-Pulmonar (INCP), Tegucigalpa, M.D.C., Honduras, C.A. ²Medicina y Cirugía. Universidad Nacional Autónoma de Honduras.

Antecedentes: Las Neoplasias Endocrinas Múltiples (NEM), son un conjunto de síndromes clínicos y genéticos, autosómicos dominantes. Manifestándose con tumores benignos y malignos de órganos endocrinos y no endocrinos, su detección tardía es altamente mortal. La variante tipo 1, presenta Adenomas paratiroides, pituitarios y tumores entero-pancreáticos, con prevalencia de 2-3 casos por cada 30,000 personas. La variante tipo 2 es 1 en cada 30,000 personas. Subdividiéndose en tipo 2^a, con carcinoma Medular de tiroides, feocromocitoma e hiperparatiroidismo. Tipo 2B con carcinoma medular de tiroides, feocromocitoma y neuromas. Siento este el primer caso familiar documentado en Honduras. **Descripción Serie de Casos:** Presentamos el caso de una Familia Hondureña, conformada por 11 miembros. Primera paciente en Consultar fue la Madre y a partir de ella se comenzaron estudios en la familia, quien falleció de Adenocarcinoma pancreático. Previamente se le

realizó tiroidectomía total por carcinoma medular y múltiples linfadenectomía por metástasis recidivantes a cadenas ganglionares yugulares y cervicales. Recibió QT y radioterapia. Fue la primera paciente en consultar. Hijo 1 Post-operado de tiroidectomía profiláctica por Quistes tiroideos multifocales y linfadenectomía post-auricular derecha por Nódulo Linfático Hiperplásico Benigno. Hijo-2 rechazo estudios. Hijo-3 tiroidectomía total por Carcinoma Medular Tiroideo y linfadenectomías por metástasis y enfermedad recidivante. Hijo-4 asintomático. Hijo-5 Tiroidectomía total radical modificada por carcinoma medulas multifocal y CEA elevado. Hijo-7 Paratidectomía izquierda por adenoma pleomorfo benigno. Hijo-9 Tiroidectomía total con linfadenectomía por carcinoma medular multifocal. Hijo-6 Adrenalectomía por Feocromocitoma y Hijo-8 Tiroidectomía por Carcinoma Medular. Ambos migraron a Estados Unidos y en la Universidad de Michigan, División de Genética, se les confirmó una mutación en el proto-oncogen RET, exónes 10 y 11, codón 634. **Conclusiones/Recomendaciones:** Se describen las características endocrinas como grupo familiar. Se educó a la familia en estudio de su padecimiento y se proporcionó el debido seguimiento médico-quirúrgico y prevención de complicaciones. Sugerimos Elaborar pautas de manejo y seguimiento para las Neoplasias Endocrinas Múltiples. Debemos de sospechar NEM al diagnosticar Carcinoma Medular Tiroideo

43TL. EXPERIENCIA EDUCATIVA COMO ESTRATEGIA EN LA ATENCIÓN INTEGRAL DE PACIENTES CON DIABETES MELLITUS EN EL INSTITUTO NACIONAL DEL DIABÉTICO, TEGUCIGALPA HONDURAS, AÑO 2017. Johana Bermúdez-Lacayo¹, Walter Oqueli Vasquez-Bonilla², Laura Giacaman-Abudoj², Marlen Dinora Hernández-Martínez², Gedneer Álvarez-Oviedo³, Nubia Díaz- Arrazola³. ¹Médico internista-Dermatóloga. Master en Salud pública, Instituto Nacional del Diabético (INADI), Tegucigalpa, Honduras. ²Doctor en Medicina y Cirugía, Departamento de Investigación y Docencia, Instituto Nacional del Diabético (INADI), Tegucigalpa, Honduras. ³Doctor en Medicina y Cirugía, Instituto Nacional del Diabético (INADI), Tegucigalpa, Honduras.

Antecedentes: En el 2013 se crea el Instituto Nacional del Diabético (INADI), como una entidad desconcentrada, con la finalidad de llevar a cabo actividades integrales de investigación, prevención, promoción, diagnóstico y tratamiento de enfermedades de la diabetes. Desde el año 2016 el INADI ha establecido programas especiales para promover la educación diabetológica como estrategia del manejo integral del paciente. **Descripción de la Experiencia:** En el mundo alrededor de 415 millones tienen diabetes, si estas tendencias continúan, en 2040 unos 642 millones de personas, cifras alarmantes que hacen que la diabetes sea una de las mayores emergencias de salud del siglo XXI. La educación diabetológica es un proceso para mejorar la calidad de vida

del paciente, como parte fundamental del control del tratamiento médico sin reemplazar el tratamiento farmacológico, previniendo complicaciones agudas, crónicas y hospitalizaciones, es por eso que el INADI la educación integral es la base fundamental para el manejo de la diabetes. En el año 2016 se atendieron 28,138 pacientes y en el primer trimestre del 2017, 6,500 paciente, iniciando programas educativos durante todo el año a los pacientes y personal del INADI. A la fecha se han realizado: 1). Charlas de educación en diabetes a los pacientes (345). 2). Taller de Insulinización en diabetes al personal del INADI (02). 3). Tutorías sobre: Manejo integral al paciente con diabetes mellitus a médicos externos (04). 4). Revisión de casos clínicos por el personal médico (285). 5). Sesión clínica magistral por el personal médico (55). 6). Certificación TAID por la sociedad mexicana de endocrinología a 10 médicos (7). Trabajos de investigación en revistas indexadas (05). **Lecciones aprendidas:** El manejo integral del paciente con DM es un componente esencial en las estrategias de prevención, fortaleciendo la educación y promoción de la salud a fin de reducir a corto y largo plazo las complicaciones y el retraso de nuevos casos.

44TL. MIASTENIA GRAVIS DE TEMPRANA PRESENTACIÓN: A PROPÓSITO DE UN CASO. Mónica Fernanda Medina Guillen^{1,4}, Hugo Daniel Banegas Hernández^{2,4}, Javier Shafick Asfura Caballero^{2,4}, Leonardo Flavio Medina Guillén^{3,4}, Luis Carlos Erazo Delgado^{1,4}, Luis Fernando Montecinos Lemus^{2,4}. ¹Estudiante de 3 año de la Carrera de Medicina y Cirugía. Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional Autónoma de Honduras (FCM UNAH). ²Estudiante de 4 año de la Carrera de Medicina y Cirugía. Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional Autónoma de Honduras (FCM UNAH). ³Estudiante de tercer año de la Carrera de Medicina y Cirugía. Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional Autónoma de Honduras (FCM UNAH). ⁴Miembro de Sociedad de Liderazgo e Investigación en Salud (SOLICS).

Antecedentes. La miastenia gravis es un trastorno neuromuscular autoinmune en el cual anticuerpos séricos se unen a los receptores de acetilcolina de la placa motora alterando su función, presentando como principales manifestaciones clínicas la fatiga y debilidad muscular. A nivel mundial, presenta una prevalencia entre 20 y 150 casos por millón de personas, con mayor prevalencia en mujeres entre su tercera y cuarta década de vida. La miastenia gravis que se presenta antes de los 18 años de edad se denomina miastenia gravis juvenil y tiene una incidencia menor a 4/100,000 personas. En Honduras, la falta de investigación pertinente a casos de miastenia gravis no permite establecer datos concretos sobre su incidencia. **Presentación de Caso Clínico.** Se presenta el caso de una paciente femenina de 19 años de edad que ingreso por primera vez al servicio de neurología del Hospital Mario Catarino Rivas a los 14 años de

edad presentando de manera progresiva: debilidad muscular facial, ptosis palpebral, disfagia, dificultad para caminar y disnea de pequeños esfuerzos; desde entonces se destacan 19 ingresos posteriores a centros hospitalarios por crisis miasténicas. El diagnóstico de miastenia gravis se realizó a través del examen físico neurológico con confirmación por TAC de tórax que muestra hiperplasia tímica. El tratamiento de elección es la tiorictomía, pese a habérsela realizado, la paciente sigue presentando recurrentes crisis miasténicas, por lo que se utiliza una amplia gama de tratamientos para mantenerla en control, que incluye: inhibidores de la acetilcolinesterasa, esteroides orales, inmunosupresores y plasmaféresis. **Conclusión/Recomendación.** Un caso clínico raro necesita bases epidemiológicas de referencia para su tratamiento oportuno, en una enfermedad en que puede darse insuficiencia respiratoria por afección de los músculos respiratorios hace necesario investigación epidemiológica y fisiológica de referencia ya que aún no se conoce la causa ni hay investigaciones de referencia a nivel nacional.

45TL. DETECCIÓN DE RIESGO DE PADECER DIABETES VALORADO A TRAVÉS DE TEST DE FINDRISC APLICADO EN CENTRO COMERCIAL HONDUREÑO EN EL DÍA MUNDIAL DE DIABETES 2016. Luis Alfredo Rodríguez Castellanos¹, Dalia María Ávila Turcios², María Alejandra Ramos Guifarro², Elvin Omar Videá Irías³, Gustavo Adolfo Ramos Aguilar⁴. ¹Medicina General y Cirugía, UNAH. ²Especialista en Endocrinología, Servicio de Endocrinología, Hospital Escuela Universitario. ³Especialista en Medicina Interna, Servicio de Endocrinología, Hospital Escuela Universitario. ⁴Especialista en Medicina Interna, Residente de Gastroenterología, Hospital de Juárez, México.

Antecedentes: La diabetes mellitus tipo 2 (DM2) es una enfermedad metabólica crónica que con el tiempo puede asociarse a complicaciones que tienen un importante impacto sobre la calidad de vida de los pacientes. La prevención de la DM2 es la forma más eficaz de enfrentarnos a esta entidad. El cuestionario FINDRISC es una herramienta recomendada por organismos internacionales para evaluar el riesgo de desarrollar DM2. **Objetivo:** Determinar el porcentaje de sujetos con riesgo de padecer DM2 mediante la aplicación del test de FINDRISC a una corte y la relación de éste con la glucemia capilar al azar. **Metodología:** Estudio transversal realizado el 13 de noviembre del 2016 a personas mayores de 18 años no conocidos por diabetes, que asistieron a la celebración del día mundial de diabetes en el Centro Comercial Las Cascadas. Los datos se recopilaron mediante la aplicación del cuestionario de FINDRISC en un formulario diseñado en Access; para el análisis estadístico se utilizó Stata 13. Se realizó un análisis descriptivo y analítico mediante regresión logística. **Resultados:** De los 110 sujetos analizados, el 72% eran mujeres. La media de edad fue de 42,6 años, el 23% eran hipertensos. El 29% tenían sobrepeso y el 44% obesidad; el 51% de las mujeres tenían

una cintura mayor de 88 cms y el 42% de los hombres mayor de 102 cms. El 96% tenían una glucemia capilar menor de 140. El 68% tenían un Test de FINDRISC menor de 15 frente al 32% mayor o igual a 15. **Conclusiones/Recomendaciones:** Un tercio de las personas presentó riesgo alto o muy alto de desarrollar DM2 a 10 años. No se observó asociación entre el test de FINDRISC y la glucemia capilar al azar. Se recomienda la aplicación de este cuestionario para que las personas conozcan si están en riesgo de desarrollar DM2.

46 TL. CARACTERISTICAS EPIDEMIOLOGICAS Y CLINICAS DE LOS PACIENTES CON MALARIA ATENDIDOS EN EL HOSPITAL EL PROGRESO. PERIODO COMPRENDIDO ENTRE MARZO DE 2015 A FEBRERO DE 2016. Andrés Javier Mora Castro¹, Dulce Alemán¹, Fabiola Flores¹. ¹Doctor en Medicina y Cirugía. Egresado Universidad Nacional Autónoma de Honduras. Hospital de Área de El progreso, Yoro.

Antecedentes. La malaria es una enfermedad potencialmente mortal causada por el plasmodium, transmitida al ser humano por mosquitos del genero Anopheles infectados. La OMS estima en 2015 casi la mitad de la población mundial puede padecerla. **Objetivo.** Describir características epidemiológicas y clínicas de pacientes con malaria atendidos en el Hospital el Progreso, periodo comprendido entre marzo 2015 a febrero 2016. **Metodología.** Estudio descriptivo transversal. Siendo los casos personas con diagnóstico de malaria, se realizó la búsqueda y análisis de expedientes para obtener los datos necesarios. Se utilizó el programa SPSS para introducción y análisis de datos. **Resultados.** Encontramos 146 pacientes con malaria de 107,519 atenciones que equivale una prevalencia de 0.14% con una media de edad de 26.88 años, moda de 18 años y desviación estándar \pm 17.1. El 46.6% entre 20 a 49 años, 54.8% mujeres relación 1:1.3, raza mestiza la más afectada 95.9%, área urbana más afectada con 59.5%. Días de evolución con media 7 días siendo el mes más afectado febrero 30.1%. El 100% de casos identificó *P. vivax*. El 100% tenían fiebre y escalofríos, cefalea 47.9%, mialgias 31.5%, alteraciones gastrointestinales 30.8%, trombocitopenia 25.3%, anemia 23.3% y visceromegalia 6.2%. El 97.9% tratados como indica la Secretaria de Salud. **Conclusiones/Recomendaciones:** Los casos aumentaron 500% del número del 2014 y ocasiono escasos de tratamiento, la población urbana y mujeres las más afectadas, con más casos en meses que reportaron lluvias. Se recomienda fortalecer e implementar medidas de promoción y prevención de salud en comunidades a nivel hospitalario la actualización regular de datos para control de insumos necesarios para diagnóstico y tratamiento.

47TL. HIPERPIGMENTACIÓN GENERALIZADA COMO PRINCIPAL MANIFESTACIÓN DE ENFERMEDAD DE ADDISON. Luis Alfredo Rodríguez Castellanos¹, Daniel Guifarro Rivera², Dalia María Ávila Turcios³, María Alejandra Ramos Guifarro³. ¹Medicina General y Cirugía, UNAH. ²Estudiante de Medicina de séptimo año, UNAH. ASOCM UNAH. ³Médico Especialista en Endocrinología, Servicio de Endocrinología, Hospital Escuela Universitario.

Antecedentes. La insuficiencia suprarrenal primaria es el cuadro clínico ocasionado por la disminución de la secreción de hormonas esteroideas por parte de la corteza adrenal, debido a destrucción autoinmune, infecciosa o metastásica de las glándulas suprarrenales. Se describe una tríada clásica de hiperpigmentación, hipotensión e hiponatremia, sin embargo, los síntomas pueden ser variados e inespecíficos, como pérdida de peso, dolor abdominal, náuseas, vómitos, diarrea, síntomas de hipoglicemia, astenia y avidez por la sal. La prevalencia es de 35-60 casos/millón de habitantes. **Descripción de Caso.** Paciente femenina en la cuarta década de la vida, con historia de hiperpigmentación de 4 meses de evolución y astenia moderada, negando otra sintomatología, hábitos tóxicos y antecedentes patológicos personales y familiares. Al examen físico de la paciente se encontró hiperpigmentación mucocutánea ++, presión arterial de 90/60 mmHg y peso de 52 Kg. Laboratorio reportó glucosa basal de 85 mg/dl, creatinina de 0.56 mg/dl, sodio de 133 mmol/L, potasio de 4.1 mmol/L, ACTH > 1250 pg/ml y cortisol sérico matutino de 2.86 μ g/dL y vespertino de 2.74 μ g/dL, por lo que se establece el diagnóstico de Enfermedad de Addison y se inicia terapia sustitutiva con prednisona 5mg vía oral al día. Se realiza control al mes del inicio del tratamiento, con resultados laboratoriales de glucosa: 93 mg/dl, creatinina: 0.67 mg/dl, sodio: 138 mmol/L, potasio: 4.4 mmol/L y ACTH de 782 pg/ml, por lo que se continúa igual manejo. En evaluación a los cuatro meses, presentó estabilidad hemodinámica e importante disminución de hiperpigmentación con ACTH sérica de 76.5 pg/ml por lo que se continuará igual manejo y consultas periódicas. **Conclusiones/Recomendaciones:** La insuficiencia suprarrenal es una patología que pone en riesgo la vida del paciente, por lo que se recomienda tener en cuenta la variabilidad del cuadro clínico para hacer un diagnóstico e intervención oportunos.

48TL. CARCINOMA EPIDERMOIDE EN SENOS PARANASALES CON EPISTAXIS SIMULA SCHWANNOMA VESTIBULAR: A PROPÓSITO DE UN CASO. Leonardo Flavio Medina Guillén¹, Carlos Arian Chávez Herrera¹, Gustavo Jared Quintanilla Ferrufino¹, Juan Alexander Dincunta Alvarado¹. ¹Estudiante de 5to año de la Carrera de Medicina y Cirugía. Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional Autónoma de Honduras. Tegucigalpa, Honduras. Sociedad de Liderazgo e Investigación en Salud (SOLICS).

Antecedentes El carcinoma epidermoide es un tumor maligno, infiltrante y destructor, derivado de los queratinocitos epiteliales que origina metástasis por vía linfática, hemática e invasión directa, los cuales son infrecuentes en la zona nasosinusal, representando 0,2-0,8% de los tumores malignos del organismo y el 3% de los tumores del tracto respiratorio. **Descripción del caso.** Se reporta caso de una paciente femenina de 36 años de edad, procedente Honduras, quien acude a consulta médica en el Hospital Escuela Universitario, por obstrucción nasal derecha y recurrentes epistaxis del lado derecho. A la exploración física se encuentra órbita del ojo derecho inflamada junto con pérdida de la sensibilidad superficial y profunda del lado derecho de la cara. Se diagnosticó mediante biopsia incisional del tejido histopatológico donde se revela tejido conectivo infiltrado por nidos neoplásicos con características malignas de apariencia epitelial. Se concluye un carcinoma epidermoide en fosa nasal derecha y región pterigomaxilar. Después de los procedimientos quirúrgicos es sometida a 35 días de radioterapia profiláctica. **Conclusiones/Recomendaciones.** El carcinoma indiferenciado de fosas nasales puede presentar en casos extraños un tumor primario local, se encuentran diversos síntomas como ser epistaxis, dolor facial y conforma una triada de; asimetría facial, tumor palpable y tumor intranasal visible. Es una patología menos frecuente en mujeres, lo cual resulta peculiar en este caso. Se encontraron síntomas de alteraciones auditivas y vestibulares, haciendo necesario diagnóstico diferencial de schwannoma vestibular. Se realizaron estudios diagnósticos de rutina para ambas patologías, junto con tratamiento quirúrgico y radioterapia profiláctica para la eliminación y control de la neoplasia.

49TL. BENEFICIOS DEL TRATAMIENTO CON PLASMA RICO EN PLAQUETAS EN PACIENTES TRATADOS POR ARTROSIS MODERADA Y SEVERA DE RODILLA EN LA CONSULTA EXTERNA DE ORTOPEDIA DEL HOSPITAL REGIONAL SANTA TERESA DE COMAYAGUA DEL 2012 AL 2013. Hilda Carolina Ramos¹, María Paola Herrera², Nidia Altamirano³, Emanuel Pacheco⁴. ¹Médico General, Universidad Católica de Honduras, Consulta Externa Hospital Mario Catarino Rivas; ²Médico General, Universidad Católica de Honduras, Jefe Hospital Vista del Valle; ³Médico General, Universidad Católica de Honduras, Médico de Planta,

Sistema Médico de Empresas; ⁴Médico General, Universidad Autónoma de Honduras.

Antecedentes. La artrosis de rodilla es una de las enfermedades más frecuentes e incapacitantes de los pacientes de tercera edad en Honduras. El plasma rico en plaquetas demuestra mejoría evidente en los pacientes y su uso ha incrementado ya que es un producto autólogo por lo que representa una opción más económica. **Objetivo.** Estudiar los beneficios del tratamiento con plasma rico en plaquetas (PRP) en pacientes con artrosis moderada y severa de rodilla en la consulta externa de ortopedia del Hospital Regional Santa Teresa de Comayagua del 2012 al 2013. **Metodología.** Estudio experimental, consentimiento informado previo, sin grupo control, se tomaron 80 casos de consulta externa del Hospital de Comayagua en un periodo de un año por artrosis de rodilla con dolor moderado-severo. Se analizaron datos entre peso, género, dolor pre y postinyección. **Resultados.** De 80 pacientes se relacionó el grado de artrosis y dolor, según clínica (EVA del dolor) y escala radiológica. Los resultados obtenidos fueron, 44% (35/80) con artrosis moderada; 46% (16/35) en EVA moderado y 54% (19/35) EVA severo previa aplicación de PRP, en este grupo post aplicación de PRP el 57% (20/35) tuvo una disminución del dolor a un EVA leve, 11% (4/35) a un EVA moderado, 3% (1/35) persistió en un EVA severo y 29% (10/35) se presentaron sin dolor. Del 56% (45/80) con artrosis severa, 31% (14/45) se encontraban en un EVA moderado y 69% (31/45) un EVA severo previa aplicación de PRP, post aplicación de PRP el 67% (30/45) tuvo una disminución a un EVA leve, 20% (9/45) pacientes a un EVA moderado, 4% (2/45) persistió en un EVA severo y 9% (4/45) sin dolor. **Conclusiones/Recomendaciones.** La mejoría del dolor en los pacientes que se les aplicó PRP fue evidente. Implementar la terapéutica del PRP y realizar un estudio a mayor escala.

50TL. EDEMA AGUDO DE PULMÓN POR PRESIÓN NEGATIVA SECUNDARIO A LARINGOESPASMO. REPORTE DE CASO. Allan Iván Izaguirre González^{1,2}, Jaime Jahaziel Cordón Fajardo², Karla Auxiliadora Matamoros Vásquez², Aleida Gisselle Tejada Valladares², Pablo David Toro Amaya³. ¹Doctor en Medicina y Cirugía, Centro Integral en Salud (CIS) – Amigos de las Américas (ONG), Región # 7, Trojes, El Paraíso, Honduras. ²Doctor en Medicina y Cirugía. Facultad de Ciencias Médicas. Universidad Nacional Autónoma de Honduras (UNAH). ³Médico Especialista en Medicina Interna. Hospital Regional Santa Teresa, Comayagua.

Antecedentes. El edema agudo de pulmón por presión negativa es una forma de edema pulmonar no cardiogénico, potencialmente grave, que suele ocurrir en sujetos sanos jóvenes capaces de generar presiones intratorácicas negativas elevadas al inspirar vigorosamente contra una vía aérea superior obstruida. En adultos la causa más frecuente es el laringoespasma post-extubación en el período postope-

ratorio inmediato. Se puede presentar en el 0.05-0.1% de los pacientes sanos sometidos a anestesia general. **Descripción del Caso clínico.** Paciente masculino, 24 años de edad, sin antecedentes patológicos, se presenta al servicio de consulta externa de Cirugía del Hospital Regional Santa Teresa, Comayagua, Honduras, para realizar colecistectomía abierta por colecistitis crónica calculosa agudizada. Se realizó procedimiento quirúrgico, sin presentar complicaciones. 15 minutos del período postoperatorio inmediato, posterior a la extubación, paciente presentó cuadro clínico de disnea súbita, cianosis y hemoptisis. A la exploración física se encontró hipoxemia, taquipnea (FR=40rpm) y crépitos bilaterales en la auscultación pulmonar. Se realizaron exámenes laboratoriales que reportaron presencia de leucocitosis ($15.3 \times 10^3/uL$), trombocitopenia ($121,000 \times 10^3/uL$), acidosis metabólica (Ph: 7.33, PCO_2 : 48.5 mmHg, PO_2 : 20 mmHg) y de imagen (Radiografía P/A de tórax con infiltrado bilateral intersticial alveolar, en "alas de mariposa") concluyendo edema agudo de pulmón. Se inició tratamiento con oxigenoterapia, corticoides y diuréticos, durante 72 hr, evolucionando de forma favorable. **Conclusión/Recomendación.** Los hallazgos clínicos del edema agudo de pulmón por presión negativa se pueden confundir con una amplia gama de entidades clínicas, por lo que es de suma importancia realizar adecuado abordaje y diagnóstico diferencial. La instauración de las medidas terapéuticas oportunas ofrece un pronóstico favorable y generalmente una disminución amplia de mortalidad en estos casos.

51TL. PACIENTE CON DIABETES MELLITUS TIPO 2 DESCOMPENSADA ASOCIADA A DEPRESIÓN. Diego Mauricio Bados Enríquez. Estudiante de Medicina del VII Semestre Universidad del Tolima. Tolima-Colombia.

Antecedentes: La diabetes tipo 2 es uno de los mayores problemas para los sistemas de salud de Latinoamérica. La diabetes mellitus (DM) se ha asociado con una diversidad de trastornos neuro psiquiátricos. Se ha propuesto que las alteraciones psicoemocionales de los pacientes con DM son el resultado de un estado perceptivo o mental por la carga emocional que acarrea esta enfermedad crónico degenerativa. **Descripción de Caso Clínico:** Paciente Femenina de 48 años diagnosticada con Diabetes Mellitus Tipo 2 hace 9 años en el 2007 la paciente presentaba obesidad mórbida tipo 2 por lo cual fue incluida en el programa de obesidad en el cual el tratamiento para su enfermedad era la cirugía bariátrica, su peso en ese momento era de 110 kg, ya en este momento presentaba síntomas como polidipsia, polifagia, depresión asociada a su separación de su esposo, pérdida de trabajo, responsabilidad de dos hijos. Su cuadro Clínico se ha extendido hasta el año en cuestión produciendo deterioro tanto emocional como físico. **Conclusión/Recomendaciones:** Desde la década de los años ochenta, se condujeron estudios controlados para evaluar la prevalencia del

trastorno depresivo mayor en pacientes con DM. En el caso de esta paciente podemos determinar que la relación que existe entre su Enfermedad crónica y su estado de ánimo es estrecha, podemos observar su negación total a aceptar la enfermedad, poca adherencia al tratamiento y su poco compromiso con estar controlada.

52TL. PREVALENCIA DE OBESIDAD EN POBLACIÓN MAYOR DE 18 AÑOS EN LA ENCARNACIÓN OCOTEPEQUE, HONDURAS. Mardonio Enrique Ordoñez Flores Doctor en Medicina y Cirugía. Universidad Católica de Honduras. Clínica Materno Infantil de Erapuca Norte en La Encarnación. Ocotepeque. Honduras.

Antecedentes. La OMS ha catalogado la obesidad como la epidemia del siglo XXI, Mueren 2,8 millones al año debido a esta epidemia. Una persona obesa representa 25% más de los gastos de salud. 1-3% del gasto sanitario total en la mayor parte de países. En Honduras existen pocos estudios, observando un porcentaje importante de la población afectada. **Objetivo.** Identificar la prevalencia de obesidad en >18 años en La Encarnación, Ocotepeque, Honduras. **Metodología.** Estudio Descriptivo Transversal, No experimental, n=111, entre agosto-octubre 2015 incluyendo todo hondureño >18 años, Residente en La encarnación >6 meses, Diferentes etnias. Excluyendo Turistas, población <18 años. Se diseñó instrumento de 22 ítems, con validación estadística $\alpha=0.87$. **Resultados:** El mayor porcentaje está comprendido 20-39 años, que constituye 73%(81). Mujeres Representan el 60.36%(67) respecto a Hombres 39.64%(44). La etnia más frecuente es Mestizos Hondureños 66.67%, Mestizo Quiche 24.32%. Del total de la muestra el 19.82%(22) registraron peso normal respecto al IMC, sobrepeso 37.84%(42), Obesidad Grado-I 26.13%(29) y Obesidad Grado-II, 9.1%(10) y la obesidad mórbida 3.6%(4). La población de 40-49 años el 71.42%(7) tienen algún grado de obesidad. Los mestizos hondureños con mayor porcentaje de obesidad 51.85%. El sedentarismo predomina en 48.14% de la población obesa. **Conclusiones/Recomendaciones.,** En todos los grupos se encontró un porcentaje de obesidad superior al 30%, con la excepción del comprendido entre 18-19 años 16-66%(6). El porcentaje de obesidad en mujeres es de 37.52% y en hombres de 40.91%. El 14% presentó alguna comorbilidad, hipertensión (54%), DM2(26%). Por lo que recomendamos desarrollar prevención a través de la educación y promoción de actividad física, hábitos alimenticios balanceados, control de ganancia de peso, autoestima y bienestar físico y mental. En vista de la alta prevalencia de obesidad y sobrepeso coexistiendo con comorbilidades, vigilancia estricta de los casos dadas las complicaciones mayores que ponen en riesgo la vida de la población.

53TL. GLUCOGENOSIS HEPATICA: REPORTE DE CASO.

Angie Paola Claros Jimenez^{1,2}, Julio San Martín¹, Wilfredo Castellanos¹, Efraín Silva¹, Sandra Tovar². ¹Estudiante de 5to año de Medicina, Facultad de Ciencias Médicas. Universidad Nacional Autónoma de Honduras. ²Especialista en Pediatría y Subespecialista en Gastroenterología Adscrita al Servicio de Pediatría del Hospital Escuela Universitario, Tegucigalpa, Honduras.

Antecedentes: Las glucogenosis son un grupo de trastornos hereditarios de carácter autosómico recesivo, con una incidencia entre 1 de cada 100,000 a 300,000 nacidos vivos, sin predominancia de género. En Honduras no se encuentran casos reportados. Se clasifican en musculares y hepáticas, estas últimas se deben a la ausencia de enzimas que participan en el metabolismo del glucógeno, produciendo su acumulo en el hígado. Se caracterizan por hipoglucemia, hepatomegalia, retardo en el crecimiento y en algunos casos se complican con adenomas hepáticos y/o cirrosis. Actualmente se tratan con la administración de fécula de maíz (maicena) para mantener la glicemia y evitar la cetosis. **Descripción Caso clínico:** Paciente masculino 11 años de edad, procedente de Tegucigalpa, Honduras, conocido desde los dos años de edad en el Instituto Hondureño de Seguridad Social por talla baja, cara redondeada, extremidades hipotróficas, hepatomegalia, hipoglucemia, acidosis metabólica, hiperlipidemia, transaminasas elevadas e hiperuricemia. Se diagnosticó glucogenosis hepática y se inició tratamiento con fécula de maíz, se dio seguimiento en forma ambulatoria en esa institución y posteriormente en el Hospital Escuela Universitario. **LABORATORIO:** Glucosa sérica en ayuno: 57mg/dl, Triglicéridos: 1272mg/dl, Colesterol: 267mg/dl, TGO: 355U/L, TGP: 187U/L, Hemoglobina: 7.9g/dl, Ácido Úrico: 8mg/dl. **GABINETE:** Ultrasonido abdominal: hepatomegalia de 16.3 cm, con una lesión hiperecogénica y otra hipoecogénica; ambos riñones aumentados de tamaño con hiperecogenicidad. Ultrasonido Doppler abdominal: hepatoesplenomegalia con datos de hipertensión portal. **Panendoscopia:** Gastropatía congestiva severa. **Biopsia hepática:** Hallazgos histopatológicos compatibles con cirrosis asociada a glucogenosis. Además de la maicena también se le indicó Propranolol. **Conclusión/Recomendación:** Las glucogenosis pueden ser causa de hepatomegalia en nuestro medio, si además se presenta con crisis hipoglucémicas y talla baja se recomienda considerar estos errores innatos del metabolismo y de esta manera administrar tratamiento oportuno, para mejorar su pronóstico.

54TL. HIDRADENITIS HURLEY II EN PACIENTE VIH POSITIVO: REPORTE DE CASO.

Luis Fernando Bonilla Larrama^{1,2}, Suyapa Vanessa Rosa Escobar¹, Juan Antonio Sánchez^{1,3}, Karen Ivon Lujan Alvarez^{1,3,4}.

¹Médico general. Egresado de la Universidad Nacional Autónoma de Honduras ²Médico General. Servicio de Emergencia Hospital del Progreso, Yoro. ³Médico General. Adscrito Clínica y Hospital Paz Barahona. Progreso, Yoro. ⁴Médico General. Adscrito de Clínica y Hospital Paz Barahona y Hospital Doctor Mario Catarino Rivas.

Antecedentes: La hidradenitis supurativa es una enfermedad inflamatoria crónica se asocia a una respuesta severa del sistema inmunológico su incidencia: 1 entre 300 a 600 personas adultas rara ocasión en mayores de 40 años, predisposición en sexo femenino, en Honduras no contamos con datos estadísticos de la incidencia de esta condición clínica. Caracterizada por lesiones recurrentes y dolorosas, originada en las glándulas apocrinas; con nódulos inflamatorios subcutáneos y cicatrices defectuosas abscesos y fístulas drenosas que afectan con mayormente las áreas intertriginosas., la oclusión folicular y la posterior ruptura de la unidad pilo sebáceo representan el evento principal que conduce a una severa y fuera de control respuesta inmunológica. **Descripción de Caso Clínico:** Femenina de 34 años VIH positivo; la cual presenta múltiples nódulos profundos en el área genitoinguinal recurrentes de 1 año de evolución , con cambios inflamatorios como ser rubor calor, dolor y edema y secreción fétida, Desarrolló absceso, fístulas y fibrosis residual. Intenso dolor y mala calidad de vida. Las fístulas y abscesos drenaban abundante material maloliente y una de ellas rozaba el labio menor y clítoris, cultivo de secreción reporta *Staphylococcus aureus*, sensible a vancomicina y linezolid se administra antibióticos sistémicos con mejoría parcial del dolor y la secreción. Sin embargo, por ser una enfermedad crónica se le brinda la opción de la escisión de la cadena ganglionar del lado comprometido, No se dispone de un tratamiento ideal que ofrezca buenos resultados funcionales y estéticos en vista que por estado inmunológico de paciente se encuentra en espera de dicho procedimiento. **Conclusión/Recomendación:** La hidradenitis es una enfermedad angustiosa. El diagnóstico clínico precoz; mejoraría la calidad de vida de los pacientes, así como la selección del tratamiento adecuado según la fase de la enfermedad.

55TL. DISPLASIA ÓSEA: REPORTE DE UN CASO, HOSPITAL GENERAL SAN FELIPE. Sandra R. Rodríguez Osorto. Doctora en Medicina y Cirugía. Especialista en Medicina Interna y Endocrinología. Adscrito al Servicio de Endocrinología. Hospital de Especialidades San Felipe. Tegucigalpa, Honduras.

Antecedentes: La displasia fibrosa (DF) es una enfermedad fibro ósea benigna que consiste en el reemplazo de hueso normal por excesiva proliferación de tejido conectivo fibroso con estructuras óseas anormales. La etiología de la DF es, muy probablemente, una mutación en el gen Gsa (GNAS1) del cromosoma 20q11. Esta mutación puede ocurrir durante el desarrollo embrionario, o la vida posnatal. La mutación del gen Gsa produce un aumento de la adenilato ciclasa, que aumenta el AMPc intracelular. Los estudios imagenológicos sugieren el diagnóstico que debe confirmarse a través del estudio anatomopatológico. No se dispone actualmente de un tratamiento medicamentoso específico. **Descripción de Caso Clínico:** Mujer de 45 años consulta a oftalmología HGSF por exostalmo de ojo derecho de 8 meses de evolución. TAC cerebral con lesión osteoclastica a nivel de pared lateral externa de la región temporal y techo de orbita derecha (13 /4/2015) Referida a consulta externa de Endocrinología Se documenta T3 0.7(0.6-2ng/ml) T4: 5.1 (5-13ug/dl) TSH: 2.1 (0.4-6Uu/ml). Anticuerpos tiroideos fueron negativos. BAAF de hueso temporal reporta Tejido óseo de acuerdo con hiperostosis (7/7/2015) PTH: 29(10.4-66.5pg/ml) vit D: 22.5 (<20ng/ml Ca: 9.8, 9.7 (8.5-11mg/dl) P: 3.4 (2.5-4.8) FA 23 (7-35). mamografía, RX tórax, citología vaginal normales Serie ósea: aumento de radiodensidad a nivel de hueso temporal las demás estructuras oseas sin lesiones. Se dio seguimiento permaneciendo perfil tiroideo, niveles de calcio y fosforo en rangos normales solo se continuo bajo vigilancia. **Conclusiones/ Recomendaciones:** La conducta frente a Displasia Fibrosa debe ser conservadora, a menos que haya deformidad progresiva, compromiso óseo importante y transformación maligna. Por lo que en nuestro caso la paciente está en vigilancia continua.

56TL. CRIPTOCOCOSIS CUTÁNEA EN PACIENTE VIH POSITIVO REPORTE DE CASO. Luis Fernando Bonilla Larrama^{1,2}, Karen Ivon Lujan Alvarez^{1,3,4}, Ariana Grissel Hernández Orellana¹⁻⁵. ¹Médico general. Egresado de la Universidad Nacional Autónoma de Honduras ²Médico General. Servicio de Emergencia Hospital del Progreso, Yoro. ³Médico General. Adscrito Clínica y Hospital Paz Barahona. Progreso, Yoro. ⁴Médico General. Adscrito de Clínica y Hospital Paz Barahona y Hospital Doctor Mario Catarino Rivas. ⁵Médico General. Adscrita Clínicas Médicas Santa María.

Antecedentes. Actualmente el VIH/SIDA es el principal factor predisponente para criptococosis, calculándose que entre el 1 y 19% sufren compromiso extrapulmonar por *Cryptococcus* variedad *neoformans*, como riñón, próstata,

hueso, cerebro, pericardio, peritoneo, mucosa; la forma de presentación más común en pacientes inmunodeprimidos es la meningitis. La criptococosis es una micosis sistémica de distribución universal causada por un hongo levaduriforme, *Cryptococcus neoformans*, Entre el 5 y el 10% presentan infección sintomática, Las lesiones cutáneo mucosas en la criptococosis diseminada ocurren entre el 10 y el 15% de los casos. La afectación exclusivamente cutánea es excepcional y se produce por la inoculación directa del hongo. En Honduras las micosis predominantes en pacientes inmunosupresos son candidiasis, criptococosis e histoplasmosis; existiendo una predominancia del sexo masculino con una relación de 1.7:1. **Descripción de Caso clínico.** Se presenta el caso de paciente femenina de 37 años de edad, con diagnóstico de VIH positivo 2003 clasificación inicial categoría C3, con mala adherencia a TARV con 100 Cd4 y carga Viral 49,798 COPIAS/ML, Hace 4 meses posterior a ir a nadar en río Chamelecón; presenta lesiones en miembros superiores en inferiores, dermatosis de aspecto polimorfo constituida por numerosas úlceras granulomatosas de 9-10 mm borde eritematoso con centro necrótico, en otras se apreciaba salida de secreción purulenta, se realiza cultivo y KOH el cual reporta crecimiento por levaduras, por lo cual se ingresa con terapia Anfotericina B presentando mejoría, posterior al alta médica con fluconazol. **Conclusiones/recomendaciones.** Consideramos presentar este caso clínico, para reconocer una de las micosis cutáneas más frecuentes en pacientes inmunosupresos y demostrar la relación del estado serológico y el uso de un tratamiento profiláctico oportuno en aquellos pacientes con severo compromiso inmunológico, así como el uso de agentes antifúngicos adecuados disminuye la mortalidad significativamente.

57TL. LIMB BODY WALL COMPLEX: DIAGNÓSTICO PRENATAL. Pablo Alberto Martínez Rodríguez. Doctor en Medicina y Cirugía. Especialista en Ginecología y Obstetricia. Sub Especialista en Medicina Materno Fetal. Adscrito el Servicio de Ginecología y Obstetricia Hospital Regional del Sur, Choluteca Honduras. Servicios Médicos del Sur (SEMESUR).

Antecedentes. El Limb Body Wall Complex (LBWC) se define como un defecto muy severo de la pared abdominal y que es ocasionado por trastornos disruptivos en etapas tempranas de la gestación. Los principales defectos estructurales que este complejo engloba son: unión abdomino-placentaria, anomalías urogenitales, escoliosis marcada, gran defecto toracoabdominal y alteraciones en las extremidades. Tiene una prevalencia de 1 en 14,000 a 42,000 embarazos; 0.7 en 10,000 nacidos vivos. El diagnóstico diferencial es principalmente con la secuencia de bandas amnióticas con el cual puede tener características muy parecidas y algunos expertos no distinguen entre ambos procesos. El pronóstico es invariablemente letal (nunca se han reportado sobrevivientes). **Descripción Serie de Casos.** En nuestra Unidad

se ha diagnosticado 8 casos de este complejo en un periodo de 6 años y es nuestro objetivo dar a conocer al gremio médico en que consiste esta letal patología pues su diagnóstico prenatal es un verdadero reto. No se han identificado agentes etiológicos o asociación con defectos genéticos o cromosómicos. Se han sugerido 3 mecanismos etiológicos según Van Allen: 1. Obstrucción mecánica secundaria a bandas amnióticas o adhesiones. 2. Ruptura mecánica del amnios en presencia del celoma extraembrionario o por adhesión del amnios a tejido embrionario posterior al evento disruptivo inicial. 3. Anormalidades en el disco germinal secundario a hemorragia. **Conclusiones/Recomendacio-**

nes. El diagnóstico se basa en la presencia de dos de 3 de las siguientes características: Exencefalia con hendiduras faciales toracosquisis o abdominosquisis y defectos en las extremidades. La patogénesis puede involucrar daño de las células mesenquimales y endoteliales de la superficie del embrión y del amnios con disrupción de las células epiblasticas y amputación secundaria de los miembros, bandas de constricción, cefalocelos, sindactilia, clubfoot. La formación de bandas amnióticas puede ser un evento tardío y secundario análogo a la formación de adhesiones. El pronóstico es invariablemente letal en un 100% dada la severidad y estructuras involucradas.

ÍNDICE POR AUTOR

Aguirre I	9TL	Diaz L	21TL, 41TL
Alas C	36TL	Diaz M	37TL
Alemán D	46TL	Diaz N	43TL
Altamirano N	15TL, 49TL	Dicunta J	48TL
Alvarado T	33C, 34C	Discua M	20C
Alvarenga L	17C, 18C	Durán D	32TL
Álvarez G	43TL	Durón R	22TL
Álvarez M	34TL	Enamorado L	18TL
Álvarez M	8TL	Erazo D	26TL
Álvarez S	22TL	Erazo L	44TL
Antúñez D	24TL	Escobar D	32TL
Antúñez H	30TL	Espinoza D	6TL
Asfura J	44TL	Espinoza L	9TL, 10TL, 28TL
Ávila D	20TL, 31TL, 34TL, 45TL, 47TL	Espinoza N	36TL
Ávila F	33TL	Félix M	25TL
Avilés J	21C	Fernández I	29TL
Bados D	32TL, 37TL, 51TL	Ferrufino J	59C
Banegas H	44TL	Figueroa S	67C
Barahona F	22TL	Flores J	18TL, 29TL
Barahona N	12TL	Flores JJ	14TL
Basante L	37TL	Flores F	46TL
Bautista J	23TL	Fortín S	42TL
Bejarano D	25TL	Funes E	21TL, 41TL
Bejarano S	36TL	Gallego J	32TL
Benítez E	2TL	García M	60C
Bermúdez D	37TL	Garnica C	2TL
Bermúdez J	43TL	Giacaman L	43TL
Bernal M	32TL	Giménez L	87C
Bonilla L	17TL, 38TL, 54TL, 56TL	Godoy CA	12TL
Bustillo F	26TL	Godoy F	11C
Cabrera M	26C	Gómez L	32TL
Calix I	36TL	Guifarro D	31TL, 47TL
Calix K	36TL	Guifarro L	34TL
Cañas Y	11TL	Guillen C	16C
Cárcamo A	5TL	Guillen F	30TL
Cardona S	37TL	Guillen I	30TL
Casildo G	13TL	Gutiérrez D	32TL
Castellanos W	53TL	Henríquez H	53C, 56C
Castillo D	26TL	Hernández A	21TL, 41TL, 56TL
Castillo G	5TL	Hernández J	22TL
Castro G	14TL	Hernández K	26TL
Cerna J	26TL	Hernández M	43TL
Cerrato N	22TL	Hernández N	11TL
Chávez C	48TL	Hernández L	32TL
Chávez N	34TL	Herrera M	15TL 49TL
Claros A	53TL	Izaguirre A	12TL 50TL
Codina H	10 C	Laínez A	22TL
Cordón J	50TL	Lardizábal R	22TL
Cortés D	70C	Laureano J	13TL
Cruz F	26TL	Linares N	22TL
Cruz JA	2C	Lizardo G	12TL
Cruz JL	23C	López G	35TL
Cruz Y	21TL, 41TL	López J	21TL
De Vicente I	34TL	López S	27C

López Y	7TL	Portillo P	26TL
Lujan K	17TL, 38TL, 56TL	Quintanilla G	48TL
Luna R	32TL	Ramirez A	12TL
Luque C	26TL	Ramírez I	26TL
Madrid M	13TL	Ramos C	40C
Maradiaga M	26TL	Ramos G	34TL, 45TL
Maradiaga R	1TL, 2TL	Ramos H	15TL, 49TL
Martínez P	16TL, 39TL, 40TL, 57TL	Ramos M	20TL, 31TL, 34TL, 45TL, 47TL
Matamoros K	50TL	Rivera MA	26TL
Medina L	44TL, 48TL	Rivera MR	21TL, 41TL
Medina M	44TL	Rodas M	15C
Medrano N	21TL, 41TL	Rodas S	2TL, 20TL
Mejía C	12TL	Rodríguez G	18TL
Mejía D	14TL	Rodríguez H	31C
Mejía M	25TL	Rodríguez J	14TL
Mejía R	20TL	Rodríguez L	1TL, 20TL, 31TL, 34TL, 45TL 47TL
Meléndez J	11TL	Rodríguez S	18TL, 55TL
Melzer O	41TL	Rosa S	17TL, 38TL, 54TL
Méndez S	98C	Rosales C	66C
Mendoza E	1TL	Sabra, H	88C
Mendoza H	26TL	Samra J	25TL
Mendoza R	26TL	San Martin J	23TL 53TL
Meza B	29TL	Sánchez J	17TL, 8TL, 54TL
Miralda A	1TL	Sánchez M	9C
Mitelman J	39C	Santofimio O	37TL
Moncada V	25TL	Sarmiento V	20TL
Montecinos L	44TL	Sauceda G	26TL
Montoya M	19TL	Segura E	26TL
Mora A	46TL	Silva E	23TL, 53TL
Morales L	25C	Solís O	26TL
Morales D	26TL	Tejeda Aleida	50TL
Morales M	26TL	Toro P	50TL
Morales N	29C, 25TL	Torres R	18TL
Moya M	24TL	Tovar S	19TL, 23TL, 53TL
Muñoz M	34TL	Trejo M	2TL, 20TL
Muñoz O	14TL	Turcios E	92C
Navarro J	19TL, 23TL	Urquia M	18TL
Navas S	7TL	Valladares M	22TL
Olivares M	19TL	Valle R	41C
Ordoñez M	52TL	Varela D	36C
Ortega R	24TL	Vasquez JJ	22TL
Ortiz K	13TL	Vasquez WO	43TL
Oseguera S	29TL	Velásquez S	27TL
Pacheco E	15TL, 49TL	Videa E	1TL, 2TL, 20TL, 34TL, 45TL
Páez L	32TL	Villatoro G	9TL , 10TL, 28TL
Pavón L	3TL, 4 TL	Zelaya D	36TL
Pendrey A	42TL	Zelaya G	27TL
Peralta G	7TL	Zelaya J	27TL
Pérez S	23TL	Zepeda M	33TL
Pineda A	21TL, 41TL	Zuñiga José	7TL
Pineda J	26TL		
Pineda S	8C, 29TL		

LXI Congreso Médico Nacional

Copán, Santa Rosa de Copán

11 al 14 de Julio, 2018

ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD (APS): LOGROS Y DESAFÍOS DEL SIGLO XXI

“Dr. Arnulfo Bueso Pineda”

COMITÉ ORGANIZADOR

Presidenta:	Dra. Karla Escolán
Secretarios:	Dra. Jeimy Munguía Dr. Ezequiel Morales
Comité de Finanzas:	Dr. José María Aguilar Dr. Jorge Maldonado Dr. Denis Gonzales
Comité Científico:	Dra. Carolina Perdomo Dra. Alina Lanza
Comité de Logística:	Dra. Karina Rodríguez y Capítulo de Pediatría
Comité Socio Cultural:	Dra. Liliam Romero Dra. Marlyn Navarro
Comité de Publicidad:	Dra. Paola Pagoada
Comité de Internado Rotatorio:	Dra. Marith López y Dr. Fausto Cruz
Delegación Médica de Copán	
Secretaría de Asuntos Educativos y Culturales	

PREPARACION DE RESUMENES (CONFERENCIAS Y TRABAJOS LIBRES) DEL CONGRESO MEDICO NACIONAL “LA MEDICINA MODERNA FRENTE A LOS EFECTOS DEL CAMBIO CLIMÁTICO” PARA SER INCLUIDOS EN EL SUPLEMENTO DE LA REVISTA MEDICA HONDUREÑA DEL AÑO 2017

INSTRUCCIONES

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.

1. Lea atentamente la información que se le solicita abajo. Escoja el tipo de trabajo. Si es una **Conferencia** (magistral, plenaria, simposium, mesa redonda, foro, panel, etc.) o **Trabajo Libre** (Científico, Clínico y Experiencia).
2. Proporcione los datos que se le piden: Nombre del expositor, dirección postal, datos de la ciudad, Teléfono/FAX, Correo-Electrónico. Marque las ayudas audiovisuales de acuerdo a sus necesidades.
3. Escriba el cuerpo del Resumen. Utilice letra tipo Arial, tamaño 12, interlineado simple. **El Resumen debe tener una extensión máxima de 300 palabras.** Comience por el **Título** de la Conferencia o Trabajo Libre, continúe con una nueva línea con los **Autores** (subraye el nombre del Expositor), y en otra línea, no debe faltar la especialidad y las respectivas **Instituciones**. En otra línea comience el **Cuerpo del Resumen** el cual debe contener las secciones descritas a continuación.
4. Cuerpo del Resumen. Debe ser escrito según el tipo de presentación, conferencia o trabajo libre. Si tiene dudas favor abóquese al comité científico, antes de comenzar a escribirlo.

Conferencias: Texto sin subtítulos.

Trabajo Libre Científico: Texto dividido en los siguientes subtítulos de forma continúa: Antecedentes, Objetivo, Metodología, Resultados y Conclusiones/Recomendaciones.

Trabajo Libre Clínico: Texto dividido en los siguientes subtítulos de forma continua: Antecedentes, Descripción del caso clínico/serie de casos clínicos (criterios clínicos, epidemiológicos, laboratorio, manejo y desenlace), Conclusiones/Recomendaciones.

Trabajo Libre de Experiencia de Salud Pública: Texto dividido en los siguientes subtítulos de forma continua: Antecedentes, Descripción de la experiencia, Lecciones aprendidas.

5. **Los Trabajos Libres deben ser Originales, es decir no publicados,** y pueden ser Trabajos Científicos (Observacionales o Experimentales), Trabajos Clínicos (Caso Clínico o Serie de Casos) y Experiencias (Salud Pública o Educativas). A continuación se describe brevemente cada categoría.
6. Los resúmenes no incluyen cuadros, figuras ni referencias.

Trabajos Científicos

Cuentan con un diseño metodológico. **Estudios Observacionales:** 1) Descriptivos (Transversales, por ejemplo los de Prevalencia; Longitudinales, por ejemplo los de Incidencia) y 2) Analíticos (Casos y Controles, Cohortes). **Estudios Experimentales:** Ensayos Clínicos, Ensayos Experimentales.

Trabajos Clínicos

Describen uno o más casos clínicos. **Caso Clínico:** Presentaciones clínicas típicas de enfermedades poco frecuentes, presentaciones atípicas de enfermedades comunes, problemas diagnósticos y/o terapéuticos. **Serie de Casos Clínicos:** Colección de casos clínicos de enfermedades endémicas o epidémicas cuyo análisis permita realizar una caracterización clínica y epidemiológica de la patología en cuestión.

Trabajos de Experiencia

Describen experiencias de salud pública o académicas. Pueden incluir evaluaciones de programas, intervenciones y/o proyectos en prevención, control y/o rehabilitación. Esta modalidad incluye aquellas experiencias exitosas e innovadoras en el ámbito institucional y/o comunitario.

Los Trabajos Libres deben someterse a un proceso de arbitraje. Los Resúmenes deben contener información que ha sido considerada importante por el Comité Científico. La observación de las recomendaciones arriba anotadas aumentará la probabilidad de que su Resumen sea aceptado para presentación en el Congreso. Los resúmenes deben presentarse en formato electrónico (CD, USB o vía correo electrónico) a la dirección que el Comité Organizador estará proporcionando oportunamente.

RESUMEN DE TRABAJOS LIBRES Y CONFERENCIAS

Para someter su resumen al Comité Organizador, complete la siguiente información.

CATEGORÍA DEL TRABAJO (Marque con una X la categoría correspondiente)

- Trabajo científico
 Trabajo o caso clínico
 Experiencia en salud pública
 Conferencia

TÍTULO DEL TRABAJO O CONFERENCIA

DATOS DEL O LOS(AS) AUTORES

Nombre
Grado académico
Institución afiliada

DATOS DEL EXPOSITOR

Nombre completo
Correo electrónico
Teléfono fijo y móvil
Grado académico
Institución afiliada

CUERPO DEL RESUMÉN (NO MÁS DE 300 PALABRAS)

Elija el formato correspondiente al tipo de trabajo o conferencia que presentará.

TRABAJO CIENTÍFICO

Título, autores, instituciones. Luego comience a escribir el resumen estructurado o dividido en: Antecedentes, Objetivo(s), Materiales y Métodos, Resultados y Conclusiones/Recomendaciones.

TRABAJO CLÍNICO

Título, autores, instituciones. Luego comience a escribir el resumen estructurado o dividido en: Antecedentes, Descripción del caso/serie de casos (cuadro clínico, epidemiológicos, estudios, manejo y evolución) Conclusiones/Recomendaciones

EXPERIENCIA DE SALUD PÚBLICA

Título, autores, instituciones. Luego comience a escribir el texto estructurado o dividido en: Antecedentes, Descripción de la experiencia, lecciones aprendidas.

CONFERENCIA

Título, autores, instituciones. Luego comience a escribir el texto no estructurado o sea sin subtítulos, debe incluir la información relevante que se presentará en la conferencia.

FECHA LÍMITE PARA ENTREGA DE RESÚMENES: 23 DE FEBRERO DE 2018

PATROCINADORES

