

RESÚMENES DE CONFERENCIAS MAGISTRALES

1C. ABORDAJE DEL PIE DIABÉTICO. Jamie Patricia Cardoza Rivera. Doctora en Medicina y Cirugía, Especialista en Endocrinología y Nutrición, Hospital del Valle, San Pedro Sula, Honduras.

Las úlceras y las amputaciones son complicaciones frecuentes en la diabetes. Normalmente, son consecuencias de varios factores, entre ellos se incluye la neuropatía periférica, enfermedad arterial periférica y las deformidades en pies. Además de una historia clínica detallada se debe examinar por lo menos una vez al año los pies de los pacientes con bajo riesgo y en cada visita aquellos de alto riesgo, existe una tabla para estratificar el riesgo según las características de cada sujeto. La evaluación de la pérdida de sensibilidad se realiza con el monofilamento de 10g y el uso de otro instrumento de examinación neurológica (percepción de temperatura, reflejos de tobillo o percepción vibratoria). La evaluación de la enfermedad arterial periférica se identifica con los pulsos de las extremidades, llenado capilar y venoso entre otros. Las deformidades en pies deben ser evaluadas por podólogos y en ocasiones precisan calzado especializado. Basta la educación en diabetes y autocuidados para aquellos pacientes de bajo riesgo, pero aquellos de riesgo moderado y alto precisan un equipo interdisciplinario. Las recomendaciones iniciales van encaminadas a la inspección diaria de los pies, uso de agentes humectantes, evitar la manipulación de callos y otras deformidades por parte del paciente. Respecto al manejo de las úlceras, cabe mencionar que se han desarrollado avances en su manejo, que van desde terapia con presión negativa, agentes de crecimiento, terapia de células madre, terapia hiperbárica con oxígeno hasta la más reciente terapia con oxígeno tópica. A pesar de los últimos tratamientos mencionados para las úlceras, existe un porcentaje que se convertirá en crónicas y precisarán una terapia avanzada.

2C. SÍNDROME METABÓLICO EN EL PACIENTE JOVEN. Luis Alfredo Rodríguez Castellanos. Doctor en Medicina y Cirugía, Especialista en Medicina Interna, Servicio de Endocrinología, Hospital Escuela, Tegucigalpa, Honduras.

El sedentarismo, hábitos dietéticos y la predisposición genética, son algunos factores involucrados en el desarrollo de enfermedades crónicas en pacientes jóvenes. La obesidad, en particular la abdominal, está asociada a resistencia al efecto de la insulina sobre la glucosa periférica, condicionando mayor riesgo de diabetes tipo 2. La resistencia a la insulina, hiperinsulinemia e hiperglucemia aunadas a la disfunción en la secreción de las adipocinas condicionan disfunción endotelial vascular, perfil anormal de lípidos, hipertensión e inflamación

vascular. La coexistencia de estos factores condiciona la génesis del Síndrome Metabólico, definido por la presencia de 3 de los siguientes rasgos: aumento circunferencia abdominal, triglicéridos ≥ 150 mg/dL, bajos niveles de lipoproteínas de baja densidad (HDL < 40 mg/dL en hombres o < 50 en mujeres), presión arterial $\geq 130/85$ mmHg y glucosa en ayuno ≥ 100 mg/dL; o estar recibiendo terapia farmacológica para niveles anormales de estos. Se debe identificar los pacientes que se verán beneficiados con modificaciones agresivas del estilo de vida, basándose en la reducción de peso y el incremento del ejercicio, así como el empleo de terapia farmacológica o intervención quirúrgica en quienes persistan los factores de riesgo a pesar de estos cambios. El enfoque glucocéntrico para el control metabólico no es suficiente, en pacientes con terapia farmacológica se deben emplear medicamentos con evidencia en reducción de peso y riesgo cardiovascular como los inhibidores de SGLT2 y los análogos de GLP-1. La presencia de síndrome metabólico podría considerarse un factor que aumenta el riesgo coronario, por lo que podría justificar el uso de estatinas en pacientes cuyo riesgo no podría calcularse o no alcanza el umbral para tratamiento. En personas jóvenes con al menos un factor de riesgo se deben hacer evaluaciones al menos cada 3 años, que incluya medición de la presión arterial, circunferencia abdominal, perfil de lípidos y glucosa en ayunas.

3C. ABC DEL MANEJO ACTUALIZADO DEL PACIENTE QUE VIVE CON DIABETES. Alejandra Ramos. Doctora en Medicina y Cirugía, Especialista en Medicina Interna, Endocrinóloga, Hospital Escuela Universitario, Tegucigalpa, Honduras.

4C. ENFERMEDAD RENAL EN PACIENTES DIABÉTICOS. Dany Alexander Tábora López. Especialista en Nefrología, Hospital del Valle, Hospital del Caribe y Diálisis de Honduras, San Pedro Sula, Honduras.

El estudio DAPA-CKD, es un ensayo clínico, se publicó a finales del 2022, donde su objetivo principal fue evaluar la eficacia y seguridad a largo plazo de la dapagliflozina, un ISGLT2 en pacientes con enfermedad renal crónica (ERC), con o sin diabetes mellitus tipo 2 (DMT2), dicho ensayo clínico fue realizado de manera aleatorizado, doble ciego con una muestra de 4304 pacientes, de los cuales el mayor porcentaje eran diabéticos con algún grado de ERC. Cabe destacar que el estudio DAPA-CKD tiene como antecedentes directos el ensayo DECLARE-TIMI, donde se estudió la seguridad cardiovascular de la dapagliflozina, donde se planteó la hipótesis del efecto reno protector de este Inhibidor del cotransportador sodio glucosa Tipo 2, el cual fue confirmado por el estudio CREDENCE. En el estudio DECLARE, con 60% de pacientes aproximadamente en atención primaria

de salud, se obtuvo un efecto beneficioso con relación a la hospitalización por insuficiencia cardíaca y en la progresión de la ERC. Al finalizar el estudio los autores concluyeron que los pacientes con ERC, independientemente un 50%, en enfermedad renal crónica estadio terminal o muerte de origen renal o cardiovascular, fue significativamente inferior a los tratados con placebo. Como mensaje clave para los profesionales de atención primaria de salud, el resultado del estudio DAPA-CKD, posiciona a la dapagliflozina como un fármaco de utilidad en pacientes con ERC, DMT2 o no diabéticos.

5C. SÍNDROME CARDIOVASCULAR-RIÑÓN-METABÓLICO (CKM). Manuel Rocha. Doctor en Medicina y Cirugía, Especialista en Medicina Interna y Nefrología, Hospital Bendaña, San Pedro Sula, Honduras.

El síndrome cardiovascular-renal-metabólico (CRM) es un problema médico que afecta el corazón, los riñones y el metabolismo (los procesos del organismo para obtener energía de los alimentos). Aparece cuando estas tres partes del organismo no funcionan como es debido. El síndrome CRM es un problema médico nuevo que ha sido definido por expertos que estudian la vinculación existente entre la enfermedad cardiovascular, la enfermedad renal, la diabetes de tipo 2 y la obesidad. Los expertos han descubierto que las personas con enfermedades cardíacas (que también se llaman enfermedades cardiovasculares o ECV) tienen una mayor probabilidad de padecer otras afecciones de salud, como enfermedades renales, diabetes tipo 2 y obesidad. Asimismo, las personas con enfermedades renales, diabetes tipo 2 u obesidad también tienen mayores probabilidades de sufrir enfermedades cardíacas. El síndrome CRM resalta la fuerte conexión y los factores de riesgo compartidos para todas estas condiciones. Los factores de riesgo son cosas que le dan una mayor probabilidad de tener una condición de salud. Según la Asociación Estadounidense del Corazón, 1 de cada 3 adultos en los Estados Unidos tiene tres o más factores de riesgo de enfermedad cardíaca, diabetes o enfermedad renal. El síndrome CRM tiene 5 etapas: Síndrome CRM en etapa 0: No hay factores de riesgo de síndrome CRM en esta etapa, su atención se centra en prevenir la CKM. No hay necesidad de tratamiento. Síndrome CRM en etapa 1: Primeras señales de advertencia. Síndrome CRM en etapa 2: Aparecen los primeros problemas de salud. Síndrome CRM en etapa 3: Comienzan los problemas en el corazón y los vasos sanguíneos. Síndrome CRM en etapa 4: Signos y síntomas de problemas cardíacos.

6C. PERLAS DEL DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE LA INSUFICIENCIA CARDÍACA. Manuel Armando Espinoza Rueda. Médico Especialista en Medicina Interna, Cardiología Clínica, Cardiología Intervencionista, Intervencionismo Estructural de Válvula Aórtica, Hospital del Valle, San Pedro Sula, Honduras.

La insuficiencia cardíaca es un síndrome clínico complejo con síntomas y signos que resultan de cualquier deterioro estructural

o funcional del llenado ventricular o la eyección de sangre. Su prevalencia es del 1-3% de la población general. La mortalidad sigue siendo alta desde el 2-3% a 30 días hasta llegar a 50-75% a los 5 años. Dentro de las etiologías más frecuentes están la hipertensión arterial, cardiopatía isquémica, cardiopatía valvular, miocarditis infecciosa y no infecciosa. Su clasificación actual varía de acuerdo a la fracción de expulsión de ventrículo izquierdo (FEVI), encontrando los siguientes estadios: con FEVI deprimida, FEVI levemente deprimida y FEVI preservada. El diagnóstico y tratamiento médico oportuno impacta en la sobrevida, calidad de vida, re-hospitalizaciones y pronóstico a futuro. En el abordaje diagnóstico debe incluir primordialmente la clínica, ecocardiograma, electrocardiograma, marcadores séricos de NT-PROBNP, BNP, los cuales serán diagnóstico y pronóstico, y orientarán la pauta terapéutica a seguir. En la actualidad existen varios fármacos que modifican el curso de la enfermedad, tales como beta-bloqueadores, inhibidores SGLT2, antagonista de receptor de aldosterona, inhibidor del receptor de angiotensina-neprilisina o inhibidores de enzima convertidora de angiotensina. El uso de fármacos como diurético, digitálicos, ivabradina como fármacos de segunda línea, se ha demostrado que reducen las hospitalizaciones y mejoran clase funcional. Es de suma importancia el papel de rehabilitación cardíaca y su impacto en sobrevida.

7C. DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE SÍNDROME CORONARIO AGUDO. Manuel Armando Espinoza Rueda. Especialista en Medicina Interna, Cardiología Clínica, Cardiología Intervencionista, Intervencionismo Estructural de Válvula Aórtica, Hospital del Valle, San Pedro Sula, Honduras.

El infarto de miocardio es una situación urgente que conlleva una mortalidad elevada siendo la principal causa de muerte a nivel mundial, en los Estados Unidos se producen aproximadamente 1 millón de infartos de miocardio anualmente. El infarto agudo de miocardio es una necrosis miocárdica que se produce por la obstrucción de una arteria coronaria condicionando opresión o dolor torácico, náusea, vómito, diaforesis, disnea y síncope. El diagnóstico se confirma con electrocardiograma y los marcadores séricos como troponinas, Creatinincinasa-MB y debe ser realizado a la brevedad posible a su ingreso. El tratamiento médico va de acuerdo al tipo de síndrome coronario agudo, el cual puede ser infarto agudo al miocardio con elevación del segmento ST y sin elevación del segmento ST. El manejo médico consiste en uso de ácido acetilsalicílico, clopidogrel o ticagrelor, estatinas, beta-bloqueador, heparina, manejo de dolor, oxígeno suplementario si la saturación es menor de 90%, nitratos. En el infarto agudo al miocardio con elevación del segmento ST debe ser detectado en los primeros 10 minutos hospitalarios, la revascularización no debe retrasarse, si el hospital no cuenta con servicio de hemodinámica o está a más de 2 horas de distancia, la fibrinólisis sistémica es la primera opción en las primeras 12 horas de inicio del infarto, sin esperar valores séricos de troponinas, y después debe ser trasladado para su tratamiento definitivo con angioplastia coronaria en las primeras 24 horas. Si el hospital cuenta con sala de hemodinámica o

tiene un centro con hemodinámica en menos de 2 horas, la angioplastia coronaria será el tratamiento de primera línea. El pronóstico de vida del paciente dependerá del diagnóstico temprano y tratamiento médico de elección.

8C. HABLEMOS DE RESISTENCIA BACTERIANA. Daniel Pazzeti. Médico especialista en Otorrinolaringología, Hospital del Valle, San Pedro Sula, Honduras.

Las Infecciones del tracto respiratorio inferior son las infecciones que más frecuentemente afectan a la comunidad. Si bien la gran mayoría son virales, el creciente número de prescripciones antibióticas para las mismas se ha convertido en un problema. Por otro lado, cuando su causa es bacteriana, los microorganismos prevalentes no han cambiado, pero sí su susceptibilidad ante los antibióticos más frecuentemente utilizados. Sumando a lo anterior, el incremento de la resistencia a los antimicrobianos (RAM) se ha convertido en uno de los principales temas que se abordan desde los organismos que gestionan y promocionan la salud a nivel mundial y esto requiere, más que nunca, de la administración apropiada de los antibióticos. Mucho se ha escrito y se escribe respecto del abordaje de la RAM; la relevancia de seguir las guías de práctica clínica, así como también la de implementar sistemas de vigilancia epidemiológica. Sin embargo, la actualidad de la implementación de estas estrategias no coincide con la actual necesidad de las mismas; punto más que relevante a la hora de lograr los objetivos de controlarla. En esta conferencia, se abordan distintos tópicos relacionados con la prescripción inapropiada de los antimicrobianos en la comunidad, así como de la creciente RAM que es una de sus consecuencias. También se muestra la actualidad del cumplimiento de las recomendaciones de los organismos de salud y se proponen medidas de tratamiento para frenar la RAM.

9C. TIPS PRÁCTICOS PARA EL ABORDAJE DE LA PATOLOGÍA RINOSINUSAL CRÓNICA. Iván Jovel. Médico especialista en Otorrinolaringología, Hospital y Clínica Murillo, San Pedro Sula, Honduras.

La patología rinosinusal como entidad patológica ha venido en aumento en los recientes años por diversas causas dentro de las cuales la alergia y el componente inflamatorio crónico es uno de los predominantes; la alergia definida como la manifestación clínica de la hipersensibilidad a agentes respiratorios, en otro caso inocuos, como ácaros del polvo, epitelio de mascotas y polen de plantas, entre otros, debe tenerse en cuenta siempre que nos aproximemos a un paciente con síntomas respiratorios altos. Sin embargo y a pesar de ser tan frecuente, no siempre es fácil diagnosticar y diferenciar la rinitis alérgica de otras patologías nasosinusales crónicas como por ejemplo la rinosinusitis crónica con poliposis o la rinitis de causas obstructivas, infecciosas o medicamentosas; para dicho perfilamiento se debe considerar por ejemplo que la rinitis alérgica suele ir asociada con otras enfermedades alérgicas como el asma, la conjuntivitis crónica y la dermatitis; además de

tener signos clínicos particulares a la evaluación física como el pliegue de Dennis Morgan, el doble pliegue nasal o las ojeras; además de siempre considerar que el prurito es un signo cardinal de la enfermedad alérgica y que por ejemplo la obstrucción persistente unilateral o el sangrado profuso frecuente, siempre será una señal de alarma. Para abordar el tratamiento de la rinitis es indispensable identificar su clasificación etiológica y entender que los corticoides-intranasales son la piedra angular del tratamiento de la rinitis persistente moderada grave; ya que es el medicamento que permite el abordaje completo de la condición inflamatoria crónica impactando de manera global los síntomas cardinales de la rinitis como son la obstrucción, la rinorrea, el prurito y los estornudos, teniendo diferencias importantes entre ellos, permitiendo elegir opciones con mayor potencia y seguridad.

10C. PORQUE EL DENGUE NOS SIGUE GANANDO LAS BATALLAS. SESIÓN DE CASOS CLÍNICOS. José Antonio Samra. Médico Especialista en Pediatría, Hospital Escuela Universitario, Tegucigalpa, Honduras.

11C. SÍNDROMES GENÉTICOS ASOCIADOS A TALLA BAJA. Paola Bonilla. Médica Especialista en Endocrinología Pediátrica, Hospital Mario Catarino Rivas, San Pedro Sula, Honduras.

12C. DOLOR ABDOMINAL CUANDO REMITIR. Giovanni Marie. Médico Especialista en Pediatría, Subespecialista en Cirugía Pediátrica, Hospital Mario Catarino Rivas, San Pedro Sula, Honduras.

13C. ENFERMEDADES NEUROMUSCULARES EN PEDIATRÍA. Carol Josseline Zúniga García. Peditra, Neurología Pediátrica, Alta especialidad en Neurogenética, Médica adscrito Hospital del valle, Hospital Mario Catarino Rivas, San Pedro Sula, Honduras.

Las Enfermedades Neuromusculares (ENM) son enfermedades complejas que pueden afectar al músculo, a la unión neuromuscular, al nervio periférico y/o a la motoneurona espinal, tienen una etiología genética o adquirida. Dentro de la localización del músculo se encuentra la distrofia muscular Duchanne/Becker siendo la distrofia genética más frecuente en pediatría, así como miopatías congénitas. En la unión neuromuscular miastenia congénita y miastenia Gravis, con respecto a nervio periférico la neuropatía genética más frecuente es Charcot Marie Tooth, y dentro de la localización de motoneurona motora, Atrofia Muscular Espinal (AME) de los cuales existen 4 tipos, AME I, II, III, IV, siendo una de las pocas enfermedades genéticas que dispone de tratamiento modificador de la enfermedad, marcando un parteaguas en la historia de neurología pediátrica. La sospecha clínica se realiza cuando un niño presenta hipotonía, retraso en el neurodesarrollo motor, alteración de la marcha, caídas frecuentes, debilidad muscular, alteraciones ortopédicas (pie cavo, escoliosis), trastornos respiratorios, de deglución y de lenguaje, elevación

de transaminasas sin causa hepática. Ante la sospecha clínica se deberá solicitar enzimas musculares (CPK, LDH, transaminasas), estudios neurofisiológicos (Velocidades de Conducción Nerviosa Electromiografía) y posteriormente estudio genético para confirmar el diagnóstico. El diagnóstico precoz de una enfermedad Neuromuscular marca la diferencia en el tratamiento del paciente, así como poder ofrecer un asesoramiento genético, mejorando la calidad de vida del paciente y de su familia.

14C. DETENCIÓN TEMPRANA DE AUTISMO. Misael Pineda. Médico Especialista en Psiquiatría Pediátrica, Hospital del Valle, San Pedro Sula, Honduras.

15C. ABORDAJE DEL DOLOR ABDOMINAL EN RECIÉN NACIDOS Y LACTANTES. Luis Jovel. Médico Especialista en Gastroenterología Pediátrica, Hospital Mario Catarino Rivas, San Pedro Sula, Honduras.

16C. EL IMPACTO DE LOS EFECTOS CARDIO-RENALES DE LOS ISGLT2 EN PREVENCIÓN PRIMARIA. Chih Hao Chen Ku. Especialista en Endocrinología, Máster en Farmacología y Toxicología, Clínica Los Yoses, Universidad de Costa Rica, San José, Costa Rica.

17C. DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE ARTRITIS REUMATOIDE. Gabriela María Guzmán Melgar. Médica Especialista en Medicina Interna, Subespecialista en Reumatología, Hospital del Valle, San Pedro Sula, Honduras.

La artritis reumatoide es una enfermedad autoinmune sistémica asociada a un proceso inflamatorio crónico que puede dañar las articulaciones y órganos como riñón, pulmón, sistema nervioso central, sistema digestivo, ojos y piel. Está distribuida a nivel mundial, sin importar la edad, raza, sexo, etnia y nacionalidad. El diagnóstico se realiza de la suma de las manifestaciones clínicas y las alteraciones laboratoriales, conjunto englobado en los criterios European League Against Rheumatism y el American College of Rheumatology recopilados en el 2010. Además de artritis clínica, hay rigidez matutina, fatiga, febrículas, y la presencia objetiva al examen físico de sinovitis. Las manifestaciones extraarticulares pueden ser nódulos subcutáneos, vasculitis, livedo reticular, querato-conjuntivitis, sarcopenia, atrofia muscular, neumopatía intersticial, y estos pacientes tienen mayor riesgo de enfermedad aterosclerótica, osteoporosis y enfermedad renal. En el laboratorio lo relevante es Factor Reumatoide y anti CCP positivos, elevación de VES y PCR, anemia de enfermedades crónicas, entre otros, y en rayos X hay osteopenia yuxta-articular, disminución de espacio articular y erosiones; en USG la presencia de sinovitis no clínica. El hecho de tener anticuerpos negativos no descarta la presencia de esta enfermedad y es allí donde tienen más relevancia las otras alteraciones laboratoriales, más el criterio clínico del reumatólogo. Cabe destacar que en este momento se encuentran en estudio otros anticuerpos que en un futuro podrían ayudar en el diagnóstico de aquellas AR seronegativas.

El tratamiento está enfocado en disminuir la progresión de la enfermedad, con el uso de AINEs, glucocorticoides en dosis bajas, FARMES que son medicamentos modificadores de la enfermedad vía oral como metotrexato, leflunomida, sulfasalazina, hidroxiclороquina; FARMES biológicos que están disponibles en el país y que han venido a mejorar el pronóstico a largo plazo de estos pacientes.

18C. LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO NOVEDADES EN DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO. Sinthia Solórzano. Médica Especialista en Medicina Interna, Subespecialista en Reumatología, Hospital Bendaña, San Pedro Sula, Honduras.

19C. ENFERMEDADES REUMATOLÓGICAS MÁS FRECUENTES. Gabriela María Guzmán Melgar. Médica Especialista en Medicina Interna, Subespecialista en Reumatología, Hospital del Valle, San Pedro Sula, Honduras.

Las enfermedades reumáticas a nivel mundial tienen una gran relevancia ya que constituyen una de las mayores causas de discapacidad a nivel mundial en personas en edad laboral, son muy prevalentes y afectan a 1 de cada 4 adultos a nivel mundial. Todas estas alteraciones son de causa desconocida tienen un impacto tanto económico, social y personal, el diagnóstico precoz y el tratamiento eficaz y los avances en la investigación han ayudado a comprender mejor estas condiciones y las terapias biológicas han condicionado que los pacientes tengan un mejor pronóstico. La enfermedad reumática más frecuente y prevalente es la Osteoartritis, tipo degenerativa, su frecuencia aumenta con la edad, la incidencia es de 33 % en mayores de 70 años. La fibromialgia es un trastorno crónico que provoca dolor generalizado, la incidencia se estima en 2.4% en adultos, y el 95 % son mujeres. El lupus eritematoso sistémico es de las más graves ya que puede dañar órganos diana como riñones SNC, corazón y pulmón, tiene una incidencia variable, afectando más mujeres en una relación de 9 a 1. El síndrome de Sjögren primario que se caracteriza por sequedad de mucosas, es más frecuente entre los 40-60 años, en mujeres, la prevalencia varía de 0.5 - 4% en adultos que aumenta en mayores de 65 años. Las vasculitis sistémicas caracterizadas por la inflamación de los vasos sanguíneos de diferentes tamaños pueden afectar a todos los grupos de edad, no hay una estimación real de la frecuencia o incidencia, ya que esta subdiagnosticada. Las espondiloartritis y la gota son frecuente en hombres, las miopatías inflamatorias, síndrome antifosfolípidos, esclerosis sistémica, artritis psoriásica son relativamente frecuentes, incapacitantes y son de manejo multidisciplinario.

20C. ACTUALIZACIÓN DE PROTECTORES SOLARES. Judith Alicia Pineda Pineda. Médica Subespecialista en Dermato oncología y Cirugía Dermatológica, Hospital Cemesa, San Pedro Sula, Honduras.

El uso de protectores solares es cada vez más frecuente debido a los niveles de radiación solar más intensos como consecuencia del cambio climático. Sin embargo, estas

sustancias deben cumplir algunos requisitos para su uso. En primer lugar, deben tener protección para radiación ultravioleta B, que está dado por el factor de protección solar que debe ser de 50+, que es la denominación más alta. Protección para radiación ultravioleta A, que se mide por estrellas o cruces, siendo la más alta de tres o más. Existen además dos tipos: los físicos o minerales, que reflejan la radiación solar y que son el dióxido de titanio y el óxido de zinc; y los químicos, que absorben la radiación solar y la dispersa. Entre los protectores solares químicos, se debe evitar el uso de la oxibenzona que se absorbe y puede producir alteraciones en la reproducción. Cantidad y frecuencia: existe una norma sencilla que es la de las cucharaditas de té (se presenta esquema). La frecuencia de reaplicación es de cuatro horas en condiciones normales y cada dos horas si se está en mar o piscina. Cada año, 25,000 toneladas de cremas (protectores solares) llegan a los océanos dañando a las especies marinas, sobre todo los corales, por lo que se debe usar los protectores minerales, que producen poco o ningún daño. Se ha involucrado el uso de protectores solares con la deficiencia cada vez más frecuente de vitamina D, en consecuencia, debemos hacer uso racional de los protectores solares para evitar daño al ambiente y a los seres humanos.

21C. DERMATOSCOPIA EN LA PRÁCTICA CLÍNICA DIARIA. Karina Lizzeth Alvarenga Alvarado. Especialista en Dermatología, San Pedro Sula, Honduras.

La dermatoscopia es una técnica no invasiva, ayuda a evaluar de manera rápida y sencilla, lesiones de piel que en la clínica podrían considerarse banales, pero que pueden significar un problema serio para el paciente. Se usa el dermatoscopio, un dispositivo con lentes de aumento y luces LED que mejoran la calidad de lo visto por el ojo común, distingue lesiones de origen melanocítico y no melanocítico. El fin es detectar a tiempo lesiones cancerosas incipientes. Siendo el melanoma maligno la lesión que más nos preocupa, puede ser detectado de forma incipiente (in situ) así como otras tumoraciones como carcinomas basocelulares, espinocelulares y muchas patologías que en la práctica clínica se requeriría de biopsia para poder ofrecer a los pacientes diagnósticos más precisos y descartar malignidad. Además, ayuda a demarcar tumores poco precisos para su adecuada resección y llevar en el tiempo el seguimiento de muchas condiciones de piel y evaluar con ello tratamientos médicos, por ejemplo, en alopecia areata evaluar el repoblamiento de cabellos. La mayoría de los problemas de piel incluso pueden evaluarse con el dermatoscopio y se pueden correlacionar con la histopatología los hallazgos clínicos con los de la patología. La comprensión de la técnica requiere estudio de lo que se observa con el dermatoscopio. Un dermatoscopista es un verdadero cazador de cáncer de piel. Cada color que se visualiza en la dermatoscopia sirve de referencia para descartar lesiones benignas de aquellas malignas y ayuda a evitar biopsias innecesarias en la práctica diaria.

22C. URGENCIAS DERMATOLÓGICAS. Heriberto Osorio. Médico Especialista en Dermatología, Clínica Hospel y MedSpa, Santa Rosa de Copán, Honduras.

Las emergencias dermatológicas implican aquellas situaciones patológicas con riesgo vital inmediato para el paciente, afortunadamente no son muchas, pero las hay y requieren una atención rápida. Las emergencias dermatológicas agudas cubren una amplia gama de erupciones cutáneas graves. Varias de estas erupciones son potencialmente mortales y conllevan una morbilidad y mortalidad significativas. Las emergencias dermatológicas ocurren en todos los espectros de edad, raza y género; A este respecto, cuando aparecen, es importante tener la sospecha y realizar el estudio adecuado de manera temprana, pudiendo en este punto convertirse el diagnóstico dermatológico en crucial para la vida del paciente. Esto podemos observarlo en ciertas dermatosis paraneoplásicas, vasculitis, infecciones cutáneas graves de partes blandas, enfermedades ampollas, toxicodermias graves, etc. Entre las emergencias a considerar están la urticaria, el angioedema, la necrólisis epidérmica tóxica, el síndrome de Stevens-Johnson y el de piel escaldada por estafilococo, enfermedades ampollas autoinmunitarias, como pénfigo, penfigoide y eritrodermia exfoliativa. El manejo multidisciplinario con personal de enfermería, médicos generales y dermatólogos, así como otros especialistas es esencial para garantizar que los pacientes puedan mantenerse sistémicamente estables mientras se instauran los tratamientos adecuados.

23C. MANIFESTACIONES UNGUEALES EN ENFERMEDADES SISTÉMICAS. Claudia Gutiérrez. Médica Especialista en Dermatología, Liga Hondureña Contra el Cáncer, San Pedro Sula, Honduras.

No todo lo que se observa en uña es una enfermedad micótica, hay enfermedades que con la inspección exhaustiva en el examen físico de las uñas podemos encontrar pistas diagnósticas que nos orienten a ellas mismas, las uñas son anexos cutáneos de protección. Al realizar el examen de las uñas, es indispensable examinar las 20 uñas, así como los tejidos circundantes. La Observación de los cambios en las uñas se remonta a los tiempos de Hipócrates cuando describió la acropaquia, relacionando algunos de esos cambios a enfermedades metabólicas, piel, fármacos, enfermedades mentales o algunos síndromes. Podemos mencionar la coiloniquia o uñas en cuchara que nos orienta a pensar en anemia o en enfermedades como la hemocromatosis, los dedos en palillo de tambor nos sugieren desde enfermedad pulmonar hasta enfermedad inflamatoria intestinal, las hemorragias en astilla se pueden observar en pacientes con soplo cardíaco, así como otras enfermedades. Teniendo en cuenta esto tenemos herramientas para ayudar de una manera más eficaz a nuestros pacientes.

24C. OBESIDAD Y MANEJO ANOREXÍGENO, ABORDAJE DEL PACIENTE CON SOBREPESO Y OBESIDAD. Tirzo Israel Godoy Torres. Especialista en Medicina Interna Fellow en Nutrición Clínica con orientación en Obesidad y Sobrepeso Medicina del Deporte, Tegucigalpa, Honduras.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define a la obesidad y el sobrepeso como la “acumulación anormal o excesiva de grasa que puede ser perjudicial para la salud”. El tejido graso como modulador endocrino expresa cambios hormonales asociados a la obesidad, esto evidencia que hasta el 60% de los pacientes con esta enfermedad tienen un trastorno hormonal, en la Génesis de la enfermedad hay dos hormonas fundamentales: La Ghrelina, es hormona gastrointestinal identificada como un potente regulador de la alimentación y control del peso corporal; La Leptina, inhibe la producción de hormonas y péptidos que incrementan el apetito y los deseos de comer. Estimula la síntesis de señales de producción de saciedad, es decir, nos ayuda a no sentir hambre y a reducir la ingesta de alimentos. Existen otras hormonas implicadas con la fisiopatología de la obesidad, estas son: cortisol esteroides más importantes en la especie humana ya que controla el metabolismo lipídico, proteico y glucídico, manejo hidroelectrolítico. Este hipercortisolismo genera un fenotipo caracterizado por obesidad centrípeta, diabetes o resistencia insulínica e hipertensión arterial, asemejándose mucho a las alteraciones descritas en la obesidad central. Referente a la glándula tiroidea el aumento de la leptina, estimula la producción de pro-TRH y ocasiona un menor número de receptores de T3 en el torrente sanguíneo, elevando la TSH, Conociendo el problema debemos clasificar la enfermedad de acuerdo a sus fenotipos en cerebro hambriento (saciedad anormal) hambre emocional (alimentación hedónica) intestino hambriento (saciedad anormal) y combustión lenta (tasa metabólica disminuida). Una vez clasificados debemos ofrecer los fármacos según su descripción, para ello usaremos los siguientes: anorexígenos que interfieren con la absorción intestinal de los nutrientes y los termogénicos que incrementan el gasto metabólico de los nutrientes.

25C. DIETA MEDITERRANEA, DESDE EUROPA A NUESTRA MESA. Kathia Joaquina García Martínez. Doctora en Medicina y Cirugía, Máster en Nutrición Clínica, Coaching Nutricional, Hospital del Caribe, Puerto Cortés, Honduras.

Desde hace más de 60 años, se conoce que la alimentación mediterránea es un patrón alimentario muy importante para la prevención de enfermedades cardiovasculares, diabetes, hipertensión y obesidad entre otros. Junto a mejoras en el estilo de vida, la realización de más ejercicio e hidratación adecuada, le confieren una asociación importante en el aumento y calidad de la esperanza de vida. Sabemos que la buena salud depende de variables como una adecuada alimentación, nivel socio económico, escolaridad, tipo y horario de trabajo, localización geográfica, relaciones familiares, actividades sociales etc. Es por eso que, el adoptar tempranamente patrones saludables de

alimentación como la dieta mediterránea, realizar mayor actividad física y mejorar nuestro entorno psicosocial, va a repercutir positivamente en una mejor salud. Es urgente socializar con la población, los beneficios que esta práctica nutricional tiene, sacándole partido a la producción agrícola propia, con nuestras verduras y frutas de estación, un mayor consumo de alimentos integrales, mayor consumo de semillas mixtas, aumento en el consumo de productos artesanales y menos industrializados, consumo de lácteos y yogures, aprovechar las zonas de pesca para aumentar el consumo de pescados, especialmente los azules y sobre todo, hacer un esfuerzo económico para sustituir grasas dañinas por el pilar de la dieta mediterránea, el oro líquido, el aceite de oliva extra virgen.

26C RESONANCIA MAGNÉTICA E INTELIGENCIA ARTIFICIAL EL NUEVO FUTURO DE LA RADIOLOGÍA. Lisseth Espinoza. Neurrorradióloga, Instituto Hondureño del Seguro Social, San Pedro Sula, Honduras.

27C ROL DE LOS ESTUDIOS DE IMAGEN EN EL DIAGNÓSTICO DE PATOLOGÍA MAMARIA. Magaly Esther Henríquez Urrea. Radióloga con alta especialidad en imagen e intervención de mama, Clínica Radiológica DIMAC, Puerto Cortés, Honduras.

Los estudios de imagen son de utilidad intangible en el diagnóstico de patologías mamarias, estableciéndose la mamografía como primer método de estudio en pacientes mayores de 40 años, utilizándose como método de tamizaje y diagnóstico. El papel principal de la mamografía es la detección temprana del cáncer de mama cuando aún es asintomático. Como segundo método de imagen contamos con el ultrasonido, el cual se utiliza como complemento a la mamografía. No obstante, éste es el primer método de imagen diagnóstico en pacientes menores de 40 años. Es un método inocuo y accesible que nos permite caracterizar los nódulos encontrados en mamografía, valorar forma, márgenes, ecogenicidad, entre otros. La tomo-síntesis consiste en una mamografía 3D, que permite hacer cortes finos de una mama y su utilidad es mayor en pacientes que tienen composición fibroglandular heterogénea y extremadamente densa. La mamografía contrastada ha adquirido un auge en los últimos años utilizándose como método de imagen funcional en pacientes en las que se requiere determinar multifocalidad y multicentricidad. También se ha visto utilidad para determinar la extensión del tumor. Este método ha tenido una sensibilidad y especificidad tan alta como la resonancia magnética, tiene un menor costo efectivo y el tiempo de realización es mucho menor. La resonancia magnética es el método con mayor sensibilidad para determinar el tamaño exacto de un tumor, determinar extensión y si existe o no recurrencia. Tanto la mamografía, ultrasonido y RMN permite evaluar a pacientes que tienen algún signo o síntoma sugerente de patología, no obstante, no hay ningún estudio que garantice la ausencia de cáncer de mama, por lo que es sumamente importante la correlación entre imagen y hallazgos clínicos.

28C. ABORDAJE MÉDICO Y QUIRÚRGICO DE PATOLOGÍA MAMARIA, DIAGNÓSTICO DE PRECISIÓN. Manuel Maldonado. Médico Especialista en Cirugía Oncológica y Mastología, Hospital del Valle, San Pedro Sula, Honduras.

29C. EL DENGUE. Gabriela María Rivera Vega. Médica Residente del Posgrado de Pediatría EUCS UNAH-VS, San Pedro Sula, Honduras.

El dengue es una enfermedad infecciosa sistémica y dinámica que puede cursar asintomático o presentar un espectro clínico que incluye manifestaciones graves o no graves. La fase crítica está marcada por la defervescencia de la fiebre, acompañado de un aumento en la permeabilidad capilar, lo que propicia extravasación de plasma, aumento del hematocrito. El choque se produce cuando se pierde un valor crítico de plasma por extravasación y es precedido por signos de alarma. La monitorización hemodinámica juega un papel importante en el reconocimiento temprano del choque, lo que nos permite un manejo adecuado del paciente y facilitar el diagnóstico. Los parámetros hemodinámicos primarios incluyen la frecuencia cardíaca (FC) y la presión arterial (PA), mientras que los parámetros hemodinámicos avanzados incluyen el volumen sistólico (SV), el gasto cardíaco (CO) y la resistencia periférica total (TPR). En la actualidad se han establecido protocolos de ecografía a pie de cama, que son de utilidad para identificar los tipos de choque y para guiar la fluidoterapia en pacientes con choque hipovolémico. Aunque el índice de perfusión no puede reemplazar la mano de obra en el seguimiento de los niños enfermos en las unidades de cuidados intensivos, puede ayudar a detectar el choque en las primeras etapas, lo que puede conducir a mejores resultados en estas unidades. El choque clínico en niños puede detectarse razonablemente mediante valores bajos del índice de perfusión (IP) con alta sensibilidad y baja falsa positividad. Una reducción de alrededor del 57% en el IP respecto del valor inicial puede predecir un choque inminente. Puede usarse de forma continua para detectar una perfusión deficiente en las primeras etapas. El monitoreo hemodinámico es importante en el curso de la enfermedad por dengue, por lo que deben vigilarse continuamente hasta tener parámetros óptimos, que nos garanticen la supervivencia del paciente.

30C. ADICCIÓN A LA NUEVA TECNOLOGÍA. Misael Pineda. Médico Especialista en Psiquiatría Pediátrica, Hospital del Valle, San Pedro Sula, Honduras.

31C. ATAQUE ISQUÉMICO TRANSITORIO UN DESAFÍO CLÍNICO. Arnold René Thompson. Neurólogo, Subespecialidad en Epilepsia, Hospital Bendaña, San Pedro Sula, Honduras.

El ataque isquémico transitorio (AIT) es un episodio de alteración neurológica focal provocado por isquemia cerebral, medular o retiniana sin infarto agudo. La duración de 24 horas

se determinó de forma arbitraria, pero los AIT suelen durar menos de 1 hora. La duración media del AIT carotídeo es de 14 minutos y la del vertebrobasilar de 8 minutos. Los AIT son predictores de infarto cerebral y de infarto de miocardio, lo que nos obliga a tomar medidas terapéuticas adecuadas y agresivas. La principal causa de los AIT es la aterosclerosis, seguida de las cardiopatías embolígenas. Los AIT del territorio vertebrobasilar son, más a menudo, hemodinámicos, ya sea de origen sistémico (hipotensión arterial o disminución del gasto cardíaco) o local (patología cervical, síndrome del robo de la subclavia). Los síntomas de los AIT son habitualmente deficitarios y dependen de la localización de la isquemia. Cuando se ve afectado el territorio carotídeo, los síntomas reflejan la isquemia del cerebro o del ojo. Una forma infrecuente de AIT carotídeo son las sacudidas no epilépticas de las extremidades (*limb shaking*), que se dan en pacientes con estenosis importante de la carótida interna en relación con mecanismos hemodinámicos. Cuando cualquiera de esos síntomas (vértigo, náuseas, inestabilidad, *drop attack*, confusión o amnesia) aparece de forma aislada, raramente está causado por un AIT. El tratamiento amerita vigilancia hospitalaria en forma inicial y tratamiento similar al de un ictus establecido. El reto es la rápida identificación por parte de los médicos de atención primaria y de los servicios de urgencias.

32C. DIAGNÓSTICO Y MANEJO DE POLINEUROPATÍAS. Allan Álvarez. Médico Especialista en Neurología y Neurofisiología, Hospital del Valle, San Pedro Sula, Honduras.

33C. EPILEPSIA Y TRATAMIENTO. Arnold René Thompson Cerna. Médico Especialista en Neurología, Subespecialista en Epilepsia, Hospital Bendaña, San Pedro Sula, Honduras.

La epilepsia es el trastorno neurológico grave más frecuente en el mundo, afectando aproximadamente a 60 millones de personas en el mundo; se define como un trastorno del cerebro caracterizado por una predisposición para generar crisis epilépticas, con las consecuencias neurológicas, cognitivas, psicológicas y sociales de esta condición, y en consecuencia, la elección de fármaco anti-crisis (FAC) óptimo para cada paciente puede significar un verdadero reto, sobre todo cuando se trata de grupos especiales (niños, adultos mayores y mujeres embarazadas). Las opciones terapéuticas en relación a los FAC se han incrementado en los últimos 15 años, limitándose a no más de 6 fármacos hasta 1995 para superar los 25 fármacos para el año 2024. La cuidadosa valoración pre-quirúrgica permite determinar la resección de la zona epileptogénica, buscando la mejoría o al menos no progresión de la enfermedad. Adicionalmente, se han diseñado dispositivos electrónicos neuromoduladores como el estimulador de nervio vago (VNS), la estimulación cerebral profunda (DBS), la estimulación neuronal responsiva. Finalmente, la dieta cetogénica constituye una buena opción para los pacientes con epilepsia.

34C. ACTUALIZACIÓN DE MIGRAÑAS. Allan Álvarez. Especialista en Neurología y Neurofisiología, Hospital del Valle, San Pedro Sula, Honduras.

35C. PHOENIX SEPSIS SCORE. Karen Lizeth Escoto Cruz. Médica Residente de Pediatría, Universidad Nacional Autónoma de Honduras en Valle de Sula, San Pedro Sula, Honduras.

La sepsis afecta a niños en todo el mundo, con una incidencia de 27 millones de casos al año. La morbimortalidad asociada sigue siendo alta, la detección temprana y el tratamiento adecuado son de vital importancia en esta población vulnerable. En los últimos 20 años se han empleado los términos SIRS, sepsis y choque séptico en base a definiciones establecidas en consensos mundiales sobre sepsis, sin embargo, estos términos han presentado discrepancias en la aplicación práctica o no son específicos para la población pediátrica. Por ello en 2019, la Sociedad de Medicina de Cuidados Críticos convocó a un comité de 35 expertos en sepsis pediátrica a nivel mundial, con el propósito de elaborar definiciones operativas actualizadas. Basándose en una encuesta global, una revisión sistemática y un metaanálisis. Se revisaron más de 3 millones de historias clínicas de pacientes menores de 18 años con sepsis. Se observó una mortalidad aumentada en pacientes con disfunción en al menos uno de los siguientes sistemas: cardiovascular, respiratorio, coagulación y/o neurológico; por lo tanto, se establecieron estos cuatro sistemas como los pilares en los que se basa el Phoenix Sepsis Score (PSS). La Sepsis pediátrica se define ahora como la presencia de 2 o más puntos en el PSS, indicando disfunción orgánica potencialmente mortal en los sistemas cardiovascular, respiratorio, coagulación y/o neurológico, en un paciente con sospecha o confirmación de infección. El Shock séptico se define por la presencia de sepsis además de 1 o más puntos en el componente cardiovascular del PSS, es decir, hipotensión, lactato elevado, o uso de medicamentos vasoactivos. La propuesta de nuevas definiciones de sepsis en pediatría ofrece criterios más precisos y sensibles para el diagnóstico temprano de sepsis, empleando la asociación de criterios clínicos y de laboratorio. La aceptación e implementación en la práctica médica es el siguiente desafío.

36C. ESCROTO AGUDO. Norma Suyapa Oviedo Martínez. Especialista en Cirugía Pediátrica Hospital Mario Catarino Rivas, San Pedro Sula, Honduras.

El escroto agudo en pediatría se trata de una emergencia médico-quirúrgica muy frecuente. En pediatría tiene un aumento de su incidencia en la etapa neonatal y en la adolescencia. En esta afección el dolor testicular agudo es el síntoma cardinal, está asociado a inflamación de la zona escrotal (rubor, calor, aumento de volumen e impotencia funcional). Las causas más frecuentes suelen ser la torsión testicular, la torsión de hidátides o apéndices testiculares y la orquiepididimitis, y entre ellas la torsión testicular es la que posee mayor repercusión en la vida del paciente ya que al presentar una interrupción mantenida

en el flujo vascular del mismo ocurre isquemia, teniendo una ventana de 8 horas para su diagnóstico y tratamiento adecuado, con el fin de conservar la viabilidad del testículo afectado. Su diagnóstico es clínico, y ante su sospecha debe referirse siempre a un cirujano pediatra para su evaluación. Se puede considerar indicar estudios de imágenes para ayudar a confirmar el diagnóstico, el ultrasonido doppler es el estudio de elección por su alta especificidad y sensibilidad, siendo este de gran ayuda para concluir si requiere tratamiento quirúrgico inmediato o manejo conservador, según sea el diagnóstico etiológico, siempre teniendo en cuenta que es un estudio operador dependiente y ante la duda diagnóstica el manejo debe ser quirúrgico de urgencia. Los pacientes adolescentes son propensos a la orquiectomía luego de una torsión del cordón espermático por la demora en consultar al médico luego del comienzo de los síntomas, ya sea por su idiosincrasia, pena o bajo nivel de confianza con sus padres, por lo cual debemos enfatizar la importancia de los dolores testiculares en la población adolescente.

37C. INDICACIÓN DE CISTOSCOPIA. Keemberlee Vilchez. Médico Especialista en Urología. Hospital Mario Catarino Rivas, San Pedro Sula, Honduras.

38C. CRANEOTOMÍA DESCOMPRESIVA. Francisco López. Especialista en Neurocirugía, Hospital del Valle, San Pedro Sula, Honduras.

Es una alternativa dentro de la cantidad de procedimientos de cirugía neurológica que tenemos a disposición los especialistas para brindar una cirugía de urgencia extrema cuando un paciente es evaluado y considerado en alto riesgo de pérdida de la vida al detectarse que tiene un edema cerebral masivo y que produce un Síndrome de Hipertensión intracraneana severa y que ha sido muy difícil controlar el edema cerebral y que se le denomina como muy maligno. El tratamiento médico y quirúrgico en la etapa inicial de un TEC severo se enfoca en evitar la elevación de la presión intracraneana (PIC) y obtener adecuados parámetros de presión de perfusión cerebral (PPC); asimismo la prevención de la injuria cerebral secundaria como consecuencia de una elevación de la PIC es el pilar del manejo médico, según lo establecido por la Brain Trauma Foundation. Es un procedimiento quirúrgico terapéutico que se realiza con el intento de tratar la hipertensión intracraneana refractaria y a la vez maximizar el tratamiento médico indicado, puede incluirse remoción de tejido cerebral en pacientes sometidos a cirugía para evacuar una lesión intracraneal, consiste en la resección de parte de la bóveda craneana (craniectomía) con el fin de dar más espacio al cerebro y así aliviar la hipertensión intracraneana, por lo que está indicado para el tratamiento en traumatismo encéfalo craneano severo e hipertensión endocraneana de cualquier etiología y que no responde a medidas terapéuticas. Se presentarán aspectos teóricos y prácticos de esta cirugía neurológica con sus indicaciones y limitaciones, las técnicas del procedimiento, expectativas pro

y en contra del beneficio hacia los pacientes y algunos casos clínicos con sus fotos de la craniectomía realizada al inicio y las fotos de la Cranioplastía final por un equipo de especialistas en neurocirugía, anestesiólogos y médicos generales.

39C. PATOLOGÍAS ANORRECTALES MÁS FRECUENTES.

Saúl Ortiz. Médico Especialista en Coloproctología, Hospital y Clínica Cristiana, San Pedro Sula, Honduras.

40C. SISTEMA INTEGRADO DE SALUD Y APS. Engels Alexis Sandoval. Médico con Maestría en Epidemiología, Centro Integral en Salud Dolores, Copán, Honduras.

El concepto de servicios de salud integrados: se refiere a la gestión y entrega de servicios de salud de forma tal que las personas reciben un continuo de servicios preventivos y curativos, de acuerdo a sus necesidades a lo largo del tiempo y a través de los diferentes niveles del sistema de salud. La causa de la fragmentación de los servicios de salud se debe a: La segmentación del sistema de salud, la descentralización de los servicios de salud que fragmenta los niveles de atención, el predominio de programas focalizados en enfermedades, riesgos y poblaciones específicas, la separación de los servicios de salud pública de los servicios de atención a las personas, el modelo de atención centrado en la enfermedad, el cuidado agudo y el manejo intrahospitalario, la debilidad de la capacidad rectora de la autoridad sanitaria, problemas en la cantidad, calidad y distribución de los recursos, culturas organizacionales contrarias a la integración. Desafíos de la fragmentación de los servicios de salud: A nivel de la experiencia de las personas con el sistema: Falta de acceso a los servicios y/o de oportunidad en la atención, pérdida de la continuidad de los procesos asistenciales, falta de conformidad de los servicios con las necesidades y las expectativas de los usuarios. A nivel del desempeño general del sistema: Descoordinación e incomunicación entre los distintos niveles y sitios de atención, duplicación de servicios e infraestructura, capacidad instalada ociosa en algunos casos, sobre utilización de recursos en otros casos, cuidado de salud provisto en el lugar menos apropiado. Particularmente a nivel hospitalario: Distribución inequitativa de los centros de atención que no considera la ocupación del territorio por la población.

41C. INTELIGENCIA ARTIFICIAL EN ASMA. Zahdia Saavedra. Especialista en Neumología, Hospital del Caribe, Puerto Cortés, Honduras.

La inteligencia artificial en medicina ha sido un agente de cambio en la forma en que nos aproximamos a la respuesta de las necesidades clínicas de los pacientes, permitiendo obtener resultados a corto tiempo, menor costo y ajustados a las necesidades diarias de la atención. El manejo del asma no es la excepción al uso de nuevas tecnologías y los estudios de modelado surgen como una herramienta para aproximarse a los objetivos a conseguir con los pacientes en diferentes estados

de severidad del asma ; el estudio MASTER 1 y el modelado de más de 16.000 datos de pacientes con asma leve a grave, identificó factores como el sobrepeso y obesidad, tabaquismo, sexo femenino y mal control de la enfermedad, como de alto riesgo de exacerbación; a su vez en el estudio MASTER 2, en donde se modelaron escenarios de diferentes patrones de uso y adherencia de Salmeterol/Fluticasona Vs Formoterol/budesónida se identificó que aún en estos pacientes de alto riesgo existe un impacto en el riesgo anual de exacerbación según la terapia elegida; en otro estudio, también con inteligencia artificial, evaluando en esta oportunidad el riesgo beneficio del uso de la terapia con Budesonida/formoterol Vs Salmeterol/fluticasona en pacientes con asma grave según los diferentes esquemas de uso y de adherencia también se encontró superioridad de riesgo Vs beneficio de 2.8, cuando se usa Salmeterol/fluticasona Vs Budesonida/formoterol en esquema de uso proactivo Vs cualquier esquema de uso con Budesonida. Sin duda, la inteligencia artificial en medicina y en salud respiratoria es una realidad que nos permite tener respuestas clínicas cercanas a las características propias de nuestros pacientes, permitiendo aproximarnos al concepto de individualización y rasgos tratables confirmando que no todos los pacientes son iguales y por consiguiente sus estrategias de tratamiento también deben ser adaptadas a sus particularidades y necesidades.

42C. PREDICCIÓN Y PREVENCIÓN DE PREECLAMPSIA.

Mónica García Santacruz. Especialista en Ginecología y Obstetricia, Subespecialista en Medicina Fetal, Hospital del Valle, San Pedro Sula, Honduras.

La Preeclampsia es un desorden multisistémico del embarazo caracterizado por la elevación de la presión arterial con proteinuria significativa después de la semana 20. Puede producir complicaciones maternas, neonatales y cardiometabólicas a largo plazo en madres y neonatos. Se subclasifica en: Temprana (<34 semanas), Pretérmino (<37 semanas) y Tardía o de término (> 37 semanas); La temprana y pretérmino son las que se asocian a mayor riesgo de complicaciones. La preeclampsia consiste en un proceso de 2 etapas, en la primera etapa factores maternos, genéticos e inmunológicos pueden causar una invasión trofoblástica inadecuada que da como resultado una mala placentación; La segunda etapa se caracteriza por stress oxidativo que estimula la liberación de citoquinas inflamatorias, autoanticuerpos de angiotensina 1, factores antiangiogénicos y micropartículas, que llevan a una disfunción endotelial que es lo que produce las manifestaciones clínicas. La etapa 1 ocurre en el 1er. trimestre del embarazo y es el momento oportuno para la predicción y prevención de preeclampsia. El algoritmo propuesto por la Fundación de Medicina Fetal (FMF) para la predicción de preeclampsia en el 1er. trimestre, consiste en la combinación de factores maternos, presión arterial media, pulsatilidad de las arterias uterinas y marcadores bioquímicos, ha sido satisfactoriamente validado, y alcanza tasas de detección de 90%, 75% y 41% para la temprana, pretérmino

y tardía respectivamente, con tasas de falso positivo del 10%; Este algoritmo posee una ventaja, se puede implementar sin la incorporación de marcadores bioquímicos, alcanzando tasas de detección de 83%, 68% y 41% para preeclampsia temprana, pretérmino y tardía respectivamente. La predicción de preeclampsia en el 1er. trimestre, seguido de la administración de aspirina a bajas dosis ha demostrado que reduce la aparición de preeclampsia temprana hasta un 62%.

43C. IMPORTANCIA DE LA TERAPIA HORMONAL EN LA MENOPAUSIA (THM). Cinia Lorena Perdomo Castellón. Gineco-obstetra, Cirugía Genital Endocrinología ginecológica, Hospital Mario Catarino Rivas, San Pedro Sula, Honduras.

La THM sigue siendo la terapia más efectiva para los síntomas vasomotores y atrofia urogenital; aprobado como primera línea de tratamiento por FDA. La THM ha demostrado ser efectiva en la prevención de la pérdida de masa ósea en mujeres postmenopáusicas. Indicaciones aprobadas por FDA: Síntomas Vasomotores: Aprobado como primera línea de tratamiento, Síndrome Genitourinario: aumenta el trofismo de la vagina, disminuye el pH vaginal y trata los síntomas de atrofia vulvovaginal, prevención pérdida de Masa Ósea: Previene la pérdida de masa ósea y reduce el riesgo de fractura en mujeres. Contraindicaciones absolutas: Sangrado vaginal de origen desconocido, carcinoma de mama, carcinoma de endometrio o hiperplasia atípica, enfermedad hepática/renal/ cardíaca grave, trombosis profunda o antecedentes tromboembólicos, alteraciones congénitas del metabolismo lipídico. Contraindicaciones relativas: Várices y flebitis, epilepsia, litiasis vesicular, migraña, endometriosis, miomatosis múltiple, lupus eritematoso sistémico hipertrigliceridemia. Las pacientes que pueden recibir esta terapia: peri y post menopausia, insuficiencia ovárica prematura, síndrome genitourinario de la menopausia y riesgo de osteoporosis. Elección terapéutica: Pacientes con mamas densas, historia familiar, BRCA, obesas; progesterona micronizada o midrogesterona; pacientes con riesgo cardiometabólico, hipertensas, IR, DM, síndrome metabólico, obesas: progesterona micronizada, didrogesterona, drospirenona riesgo óseo, delgadas, uso de corticoides, riesgo familiar de osteoporosis; Ac. noretisterona, didrogesterona, Ac. nomegestrol, acetato de medroxi-progesterona; Insomnio, alteraciones del ánimo: progesterona micronizada, Ac. noretisterona tibolona; acción especial sobre diferentes receptores hormonales, además aprobada para la prevención de osteoporosis. Todas las sociedades científicas apoyan el uso de terapia hormonal para mejorar la calidad de vida las mujeres.

44C. PARTO INSTRUMENTADO EN EL SIGLO XXI. Marco Antonio Urquía Lazo. Especialista en Ginecología y Obstetricia, Hospital de Occidente, Santa Rosa de Copán, Honduras.

La extracción instrumental permite el parto asistido de un feto cuyo estado exige nacimiento rápido, o cuando los esfuerzos expulsivos maternos no provocan el parto espontáneo. Los partos vaginales instrumentados representan alrededor del

15-20 % del total de partos vaginales. El instrumento (fórceps / espátulas / ventosa) se aplica sobre la cabeza fetal y se obtiene la presentación mediante tracción de la misma y/o ampliando el canal del parto. Este tiene indicaciones puntuales que pueden ser maternas, fetales o propias de la progresión del trabajo de parto. El uso de la instrumentación en el parto vaginal ha disminuido principalmente por el aumento en el número de cesáreas cuando se espera un parto difícil, por razones médico legales y por un menor entrenamiento en las escuelas de obstetricia. Sin embargo, existen situaciones en las cuales la instrumentación tiene una indicación superior a la cesárea. Motivo por el cual el obstetra debe estar entrenado en su uso e indicaciones, teniendo en cuenta que la cesárea tiene mayores riesgos para la madre en algunas situaciones y para el bebé; además, en ocasiones cuando no se pudiera realizar una cesárea en tan corto tiempo, por el personal e instalaciones que se requieren (quirófano ocupado, anestesiólogo en otro servicio, etc.) además es de mucha importancia que el parto instrumentado aumenta las posibilidades del número de partos vaginales subsiguientes en comparación con el número de cesáreas. Sin embargo, los partos instrumentados si están asociados con un aumento en la morbilidad materna, principalmente al trauma del piso pélvico, mayor sangrado y dolor; igualmente se asocian a mayor morbilidad neonatal, la cual disminuye a medida que se incrementa la experiencia del operador.

45C. DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE CÁNCER DE CÉRVIX ESTADIO TEMPRANO. José Manuel Palomo. Especialista Ginecólogo-Oncólogo, Hospital del Valle, San Pedro Sula, Honduras.

46C. VACUNACIÓN COVID-19 EN EL EMBARAZO Y LA LACTANCIA, ÚLTIMAS RECOMENDACIONES. Sandra Castillo. Ginecóloga Bióloga en Reproducción, Clínica Santa María, Peña Blanca, Cortés, Honduras.

47C. LA VIDEO-LAPAROSCOPIA COMO MANEJO QUIRÚRGICO PARA LAS PATOLOGÍAS GINECOLÓGICAS. Mario Roberto Pinto Romero. Ginecólogo-Obstetra, Subespecialidad en Laparoscopia Ginecológica, experto en Oncología Endoscópica Ginecológica, Hospital Leonardo Martínez Valenzuela, San Pedro Sula, Honduras.

Las indicaciones de la video-laparoscopia están íntimamente relacionadas con la historia en los avances tecnológicos de los exámenes diagnósticos (ultrasonografía, tomografía computarizada, resonancia magnética, etc.). Comenzó como un método diagnóstico, después pasó a permitir pequeños procedimientos, posteriormente a cirugías mayores, pero mínimamente invasivas. Dentro de las indicaciones de la video laparoscopia en ginecología se encuentran: miomas, adenomiosis, hiperplasia de endometrio, perforación uterina, cáncer de cuello y de endometrio, endometriomas, tumores benignos de ovario, ovarios poliquísticos, malformaciones genitales, obstrucción tubárica, hidrosalpinx, embarazo tubárico, deseo de anticoncepción definitiva, quistes paraováricos,

endometriosis, enfermedad inflamatoria, adherencias pélvicas, incontinencia urinaria, prolapso genital. Los avances de las técnicas anestésicas, con mejor monitorización de la paciente y el mejor control del neumoperitoneo y de sus consecuencias, permitió una disminución de las limitaciones de la video-laparoscopia. Después de 18 años de experiencia en estar realizando video laparoscopia ginecológica podemos decir que el 95% de las enfermedades ginecológicas que necesitaban cirugía se pueden realizar por esta técnica. Dentro de las ventajas se encuentran: Hay un aumento considerable de la imagen permitiendo una mayor precisión quirúrgica y menor trauma; menor respuesta inmune, hormonal e inflamatoria con menor dolor postoperatorio; menor tiempo de hospitalización, menor incidencia de hematoma e infección de la herida; mejor resultado estético.

48C. SÍNDROME DE OVARIO POLIQUÍSTICO. Eduardo Bueso. Especialista en Ginecología, Subespecialista en Medicina de Reproducción, Hospital del Valle, San Pedro Sula, Honduras.

49C. MANEJO DE LA PACIENTE CON RIESGO DE PARTO PREMATURO. Arlin Varela, Especialista en Ginecología, Fellow Medicina Materno Fetal, Hospital Mario Catarino Rivas, San Pedro Sula, Honduras.

50C. CIRUGÍA DE COLUMNA MÍNIMAMENTE INVASIVA, ASPECTOS ACTUALES. Isaí Gutiérrez. Especialista en Neurocirugía, Hospital Escuela Universitario, Tegucigalpa, Honduras.