



COLEGIO  
MEDICO

PUBLICACION CIENTIFICA  
DEL COLEGIO MEDICO  
DE HONDURAS

# Revista MEDICA Hondureña

ISSN 0375-1112

VOLUMEN 72 (Suplemento No. 1), 2004

EL COLEGIO MÉDICO DE HONDURAS Y EL COMITÉ ORGANIZADOR INVITAN AL

## XLVII CONGRESO MEDICO NACIONAL

DR. JUAN ALMENDARES BONILLA

*"Medicina de Calidad en los Países en Vías de Desarrollo"*

HOTEL CAMINO REAL 14, 15, 16 Y 17 DE JULIO

CHOLUTECA 2004

### PRE-CONGRESO:

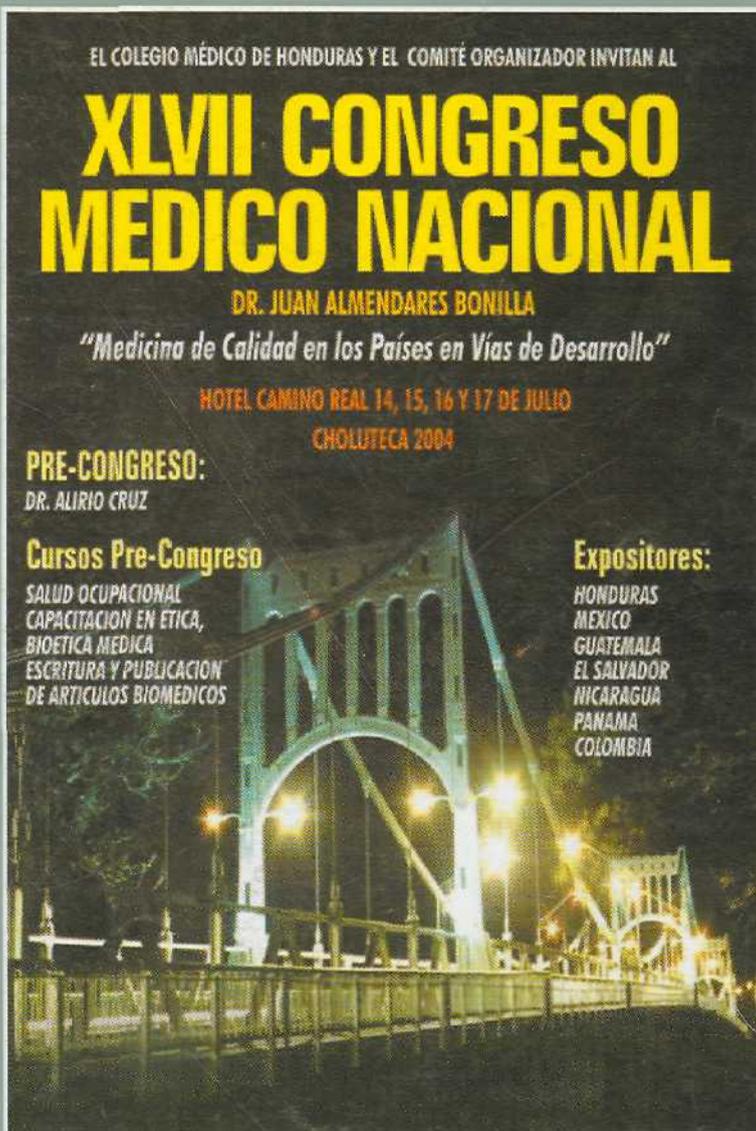
DR. ALIRIO CRUZ

### Cursos Pre-Congreso

SALUD OCUPACIONAL  
CAPACITACION EN ETICA,  
BIOETICA MEDICA  
ESCRITURA Y PUBLICACION  
DE ARTICULOS BIOMEDICOS

### Expositores:

HONDURAS  
MEXICO  
GUATEMALA  
EL SALVADOR  
NICARAGUA  
PANAMA  
COLOMBIA





Publicación Científica  
del Colegio Médico de Honduras  
(Fundada en 1930)

# Revista **MEDICA** Hondureña

Vol. 72 (Suplemento No. 1) 2004 pp. S1-S76

---

## CONSEJO EDITORIAL

CECILIA E. VÁRELA MARTÍNEZ  
DIRECTORA

NICOLAS SABILLÓN VALLECILLO  
SECRETARIO

## CUERPO DE REDACCIÓN

JACKELINE ALGER  
GUSTAVO ÁVILA  
EFRAÍN BU FIGUEROA  
RUBÉN ELVIR MAIRENA  
IVÁN ESPINOZA SALVADO  
JOSÉ LIZARDO BARAHONA

## ADMINISTRACIÓN

## COLEGIO MÉDICO DE HONDURAS

APARTADO POSTAL NO. 810  
TEGUCIGALPA, HONDURAS  
TEL. 232-7985, 231-0518, FAX: 232-6573  
Correo electrónico: cmhhon@yahoo.com

Programa Científico y Resúmenes, del XLVII  
Congreso Médico Nacional

*Dr. Juan Almendares Bonilla*

Precongreso

*Dr. Carlos Alivio Cruz López QDDG*

*Medicina de Calidad en los Países en  
Vías de Desarrollo*

Hotel Camino Real  
Choluteca, Honduras  
14-17 de julio de 2004

## COMPILADORES:

*Comité Organizador del XLVII Congreso Médico Nacional  
Dr. Juan Almendares Bonilla*

### *Comité Científico.*

*Douglas Maradiaga C  
Franklin Hernández L  
Carlos Ramos S  
Edgar I Flores  
José R Cáliz  
Cesar R. Argeñal  
Patricia Díaz  
Guillermo Lagos  
Milton Rodas  
Saraí Paz de Maradiaga*

## CONTENIDO

Palabras de Bienvenida del Presidente del Comité Organizado.....	S6
Palabras de Inauguración de la Presidenta del Colegio Médico de Honduras.....	S7
Junta Directiva del Colegio Médico de Honduras.....	S9
Comité Organizador del XLVII Congreso Médico Nacional .....	S10
Programa Científico de los Cursos Precongreso.....	S11
Medicina Ocupacional.....	S 11
Capacitación en Ética, Bioética y Práctica Médica .....	S12
Escritura 7 Publicación de Artículos Biomédicos .....	S13
Programa Científico del Congreso Médico.....	S14
Programa Inaugural.....	S20
Actividades Socio Culturales .....	S21
Reseña Biográfica Dr. Juan Almendares Bonilla.....	S22
Reseña Biográfica Dr. Carlos Alirio Cruz López.....	S23
Programa de Clausura .....	S24
Resúmenes .....	S25
Índice por Autor. ....	S73
XLVII I Congreso Médico Nacional, San Pedro Sula .....	S74
Instrucciones de Trabajos Libres .....	S75

## PALABRAS DE BIENVENIDA DEL PRESIDENTE DEL COMITÉ ORGANIZADOR

Es un orgullo para el Comité Organizador del XLVII Congreso Médico Nacional dedicar este evento a un médico hondureño muy destacado en su lucha persistente en pro de la salud de nuestro país, al Dr. Juan Almendares Bonilla/siendo el tema central "Medicina de calidad en los Países en Vías de desarrollo". Nuestro objetivo es poder compartir información científica brindada por reconocidos médicos nacionales y extranjeros. Nuestro grupo de trabajo consideró distinguir el curso Precongreso con un homenaje a un colega muy querido y admirado y que lastimosamente *ya* no nos acompaña físicamente, el doctor José Alirio Cruz, quien estuvo ligado a la Salud Pública, y que contribuyó a mejorar las condiciones de salud de los hondureños.

La enfermedad, la malnutrición, y el hambre siguen siendo una constante para millones de personas. En los países en vías de desarrollo hay 800 millones de personas crónicamente malnutridas y mil millones de personas no tienen acceso a agua potable. El despegue socioeconómico de los países pobres pasa por la expansión masiva de los servicios de enseñanza y salud, ya que no puede haber desarrollo social o crecimiento económico sin salud. Ante esta realidad se requiere hacer uso efectivo de los escasos recursos que disponemos y sobretodo mejorar el recurso más preciado "*el humano*" para ser una verdadera opción transformadora de la realidad sanitaria en nuestros países.

Estamos seguros que las conferencias llenarán sus expectativas de aprendizaje y que se seguirá cultivando la semilla del conocimiento.

Señoras y señores, amigos y colegas, sean bienvenidos todos.



*Dr. Carlos Ramos Sagastume*  
Presidente del Comité Organizador

## *PALABRAS DE INAUGURACIÓN DE LA PRESIDENTA DEL COLEGIO MÉDICO DE HONDURAS*

Desde hace 47 años el gremio médico nacional se reúne y congratula alrededor de la actividad científica nacional más importante de nuestra organización, como es la realización del Congreso Médico Nacional.

Nuestro Colegio Médico, como una de las organizaciones gremiales más consolidadas a nivel nacional, y por que no decirlo a nivel internacional, mantiene a través de cada uno de sus agremiados un constante trabajo de superación y mejoramiento en las cuatro funciones básicas establecidas en nuestra Ley Orgánica: la social, la gremial, la ética y la función universitaria.

Anualmente el Comité Organizador del Congreso Médico Nacional, que de manera rotatoria realizamos en diferentes ciudades del país: Tegucigalpa, San Pedro Sula, La Ceiba, próximamente Copan Ruinas y este año en ésta acogedora Ciudad de Choluteca, ven culminado todo un año de esfuerzos, innumerables reuniones, desvelos y dificultades, pero que finalmente se traducen en cuatro días de jornadas muy productivas organizadas en bloques de discusión según las temáticas.

Queremos felicitar a todos los distinguidos colegas que han trabajado largas jornadas de manera totalmente voluntaria, tratando que cada Congreso sea mejor que el anterior y que los temas desarrollados sean de actualidad, apoyados por un amplio grupo de médicos especialistas en diferentes áreas del conocimiento médico que compartirán con todos los asistentes sus experiencias; todo lo anterior con el objetivo individual de cada uno de los participantes de dar una atención ética y de calidad a nuestros pacientes.

Cada año, nuestro Colegio reconoce la labor de médicos destacados y le asigna al Congreso Médico Nacional su nombre. En *este* XLVII Congreso se tomó la atinada decisión de honrar a dos distinguidos colegas: Dr. Carlos Alirio Cruz López (*Q.D.D. G.*) y al Dr. Juan Almendares Bonilla.

El Dr. Carlos Alirio Cruz López, colegiado 756, egresado de nuestra Universidad Nacional Autónoma de Honduras y Especialista en Salud Pública, es un ejemplo de dedicación y trabajo como Médico preocupado por mejorar la situación de salud de nuestro país. Dentro de nuestra organización gremial fue vocal, Secretario y finalmente Presidente de la Junta Directiva del Colegio Médico de Honduras en el período 1978-1980, desarrollando una gran labor. Se desempeñó en múltiples cargos de importancia a nivel de la Secretaria de Salud. Todo el gremio médico nacional lamentó la irreparable pérdida el 30 de septiembre del 2002 por el fallecimiento trágico y en el cumplimiento de su trabajo del Dr. Carlos Alirio Cruz López. Honramos hoy su memoria y damos un reconocimiento a su invaluable esfuerzo por tener una verdadera reforma en el área de Salud Pública.

Es realmente una honra para nuestro gremio al tener en nuestra organización al Dr. Juan Almendares Bonilla, nuestro colegiado 430, Especialista en Fisiología, Ex Decano de la Facultad de Ciencias Médicas, Ex Rector de la Universidad Nacional Autónoma de Honduras, Premio Nacional de Ciencias, Luchador incansable, de los Derechos Humanos, Defensor de la Ecología y pionero en la lucha contra el Tabaquismo, autor de múltiples trabajos en el área médica, de ecología y columnista de prensa y miembro del Comité de Ética del Colegio Médico de Honduras. Particularmente en nuestra gestión como Presidenta de nuestro Colegio, un gran colaborador, un apoyo y un amigo. Muchas gracias y Felicidades Dr. Almendares Bonilla.

Felicitemos de nuevo al Comité Organizador por los temas seleccionados para el Precongreso: La Salud Ocupacional: La legislación actual en nuestro país y algunas enfermedades relacionadas como ser las pulmonares, dermatológicas, musculoesqueléticas y los accidentes laborales serán algunos de los temas a

abordar. Actualmente solo tenemos en nuestros registros dos Especialistas en Medicina de Trabajo. Sin embargo, ésta área está reforzada por 27 colegas que ya han finalizado en San Pedro Sula, sus estudios de postgrado y que recientemente organizaron con éxito un Congreso y forman la Asociación Hondureña de Medicina de Trabajo.

Los temas de Etica, Bioética y Práctica Médica forman ya, desde el año anterior, parte de nuestros congresos y distinguidos colegas nos orientaron en temas de reflexión sobre ética y moral, mala praxis y relación médico-paciente.

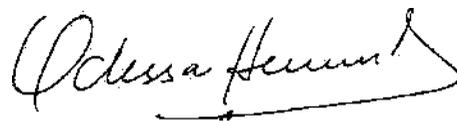
La Revista Médica Hondureña, valuarte de nuestro Colegio, fundada desde 1930, a través de su actual Directora y Cuerpo de Redacción están siempre presentes para estimularnos y orientarnos en como publicar nuestras experiencias y enriquecer con nuestros trabajos a nuestra prestigiada Revista que ya ha traspasado nuestras fronteras y es la única publicación médica hondureña aceptada en espacios virtuales internacionales.

Ya en el desarrollo del Congreso con temas divididos en el área Materno Infantil y Médico Quirúrgico, prestigiados médicos nacionales nos actualizarán en diferentes temáticas.

Estamos seguros del éxito de este XLVII Congreso Médica Nacional y que el espíritu de superación académica, el comportamiento ético profesional y la unidad gremial será fortalecida una vez más.

Damos de ésta manera oficialmente inaugurado este Magno Evento.

Muchas Gracias.



Dra. Odessa Henríquez Rivas  
Presidenta del Colegio Médico de Honduras  
Junta Directiva 2002-2004

## Junta Directiva del Colegio Médico de Honduras



### **JUNTA DIRECTIVA COLEGIO MÉDICO DE HONDURAS**

Presidenta:

Vicepresidente:

Secretaría de Actas y Correspondencia:

Secretaría de Colegiaciones:

Secretario de Finanzas:

Secretario de Asuntos Educativos y Culturales:

Secretario de Acción Social y Laboral:

Fiscal:

Vocal:

Dra. Odessa Henríquez

Dr. Reynaldo Gómez Urtecho

Dra. Julia Medal

Dra. Edda Gonzáles

Dr. Víctor Hernán Sorto

Dr. Carlos Godoy Mejía

Dr. Dennis Chírinos

Dr. Francisco Aguilar Riveiro

Dra. Rutilia Calderón

## *Comité Organizador del XLVII Congreso Médico Nacional*



**Presidente:** *Dr. Carlos Ramos S.*  
**Vicepresidente:** *Dr. Osman Ayala*  
**Secretaria:** *Dra. María E. Rivas*  
**Prosecretaria:** *Dra. Martha J. Cárcamo*  
**Tesorero:** *Dr. Yiddy M. Aguilar*  
**Fiscal:** *Dra. Lesny Fuentes*

Comité Científico: Dr. Douglas Maradiaga C, Dr. Franklin Hernández L, Dr. Carlos Ramos S, Dr. Edgar I. Flores, Dr. José R. Cálix, Dr. Cesar R Argeñal, Dra. Patricia Díaz, Dr. Arístides Barahona, Dr. Edgar Hernández, Dr. José M. Osorto, Dra. Saraí Paz de Maradiaga, Dra. Gabriela González, Dr. Cándido López, Dr. Ángel Sandoval. Comité Socio Cultural: Dra. Martha Cárcamo, Dra. Leticia Rueda, Dra. Olga Zavala, Dra. Alma de Rodríguez, Dra. Rita López. Comité de Apoyo Logístico. Dr. Manuel Vindel, Dr. Gustavo Cano, Dr. Guillermo Lagos, Dr. Noel Aguilar. Comité de Propaganda: Dra. Carmen López, Dra. Lesbia Galeas, Dra. Lizeth Carranza, Dra. Mery Chávez, Dr. Carlos Quiróz. Comité de Proyecciones: Dr. Franklin Hernández, Dra. Marilia Calderón. Comité de Alojamiento y Transporte: Dr. José J. Cuan, Dra. María Clara Laínez, Dr. Luis Rodríguez N, Dr. Geovany Ramírez.

**PROGRAMA CIENTIFICO CURSOS PRECONGRESO***Miércoles 14 de julio.***I. SALÓN A: MEDICINA OCUPACIONAL. Un Enfoque Multidisciplinario.**

HORA	EXPOSITOR
07:30 A 08:00	Inscripción
08:00 A 08:35	Inauguración de Conferencias
08:35 A 09:00	<i>1CCP - Legislación Vigente Sobre Salud Ocupacional en Honduras. Dr. Mario Roberto Sabillón Honduras</i>
09:00 A 09:25	<i>2CCP - Enfermedades Pulmonares de Causa Laboral. Dr. Rosendo Abrahante Nicaragua</i>
09:25 A 09:50	<i>3CCP - Trastornos Dermatológicos de Origen Laboral. Dra. Judith Pineda Honduras</i>
09:50 A 10:15	<i>4CCP - Lesiones Musculoesqueléticas en el Trabajo. Dr. Carlos Martín Alvarado Honduras</i>
10:15 A 10:30	Preguntas y Respuestas
10:30 A 10:40	Receso
10:40 A 11:05	<i>5CCP - Actualidades en Bioseguridad. Dr. Oscar Palma Honduras</i>
11:05 A 11:30	<i>6 CCP - Impactos de Ruidos en la Salud. Dr. Rosendo Abrahante Nicaragua</i>
11:30 A 11:55	<i>7 CCP - Seguridad Industrial. Dr. Oscar Palma Honduras</i>
11:55 A 12:20	<i>8CCP - Riesgos Profesionales: Accidentes y Enfermedades Profesionales. Dr. Mario Roberto Sabillón Honduras</i>
12:20 A 12:35	Preguntas y respuestas
13:35 A 13:30	Almuerzo
13:30 A 15:30	<i>1CPF - Foro Multidisciplinario: *Perspectiva de la Salud en Honduras u Otro País en Vías de Desarrollo. *Plaguicidas, Salud y Ambiente. *Trabajo Infantil. Representante Sociedad Hondureña de Medicina del Trabajo SOHMET Representante de la Secretaría de Trabajo Representante de la Organización Panamericana de la Salud OPS Representante de la Organización Internacional del Trabajo OIT Representante del Post grado en Salud Pública de Honduras</i>
15:30 a 16:30	Clausura

## II. SALÓN B: CAPACITACIÓN EN ÉTICA, BIOÉTICA Y PRÁCTICA MÉDICA.

Coordinación: Comisión de Ética y Práctica Médica del Colegio Médico de Honduras. Objetivos: 1.-Mejorar la aplicación y observancia de los principios éticos en el ejercicio diario de la profesión, 2.-Afianzar los conocimientos sobre ética y práctica médica en los estudiantes y profesionales de la medicina, 3.-Mejorar la percepción de la sociedad sobre los valores y ética en general del gremio médico, 4. Implemental la capacitación en ética y práctica médica en los diferentes lugares de trabajo tanto públicos como privados.

HORA	EXPOSITOR
07:30 A 08:00	Inscripción.
08:00 A 08:35	Inauguración.
08:30 A 09:15	<i>Bioética.</i> <i>Lic. Lilian Ferrera</i> Honduras
09:15 A 10:15	<i>Panel: Discusión Sobre la Ética y la Moral.</i> <i>Dr. Juan Almendares</i> <i>Lic. Lilian Ferrera</i> <i>Dra. Carolina Fortín</i> Honduras
10:15 A 10:30	Receso
10:30 A 11:45	<i>Mala Práctica y Derechos Humanos.</i> <i>Dr. Juan Almendares</i> Honduras
11:45 A 13:00	Almuerzo
13:00 A 14:30	<i>Relación Médico Paciente.</i> <i>Dra. Carolina Fortín</i> Honduras
14:30 A 15:30	<i>Discusión de Casos Prácticos sobre Conflictos Éticos.</i> <i>Dr. Ángel Cruz</i> Honduras
15:30 A 16:00	<i>Evaluaciones del Evento.</i>

### III. SALÓN C: 9CCP ESCRITURA Y PUBLICACIÓN DE ARTÍCULOS BIOMÉDICOS.

**Coordinación:** Consejo Editorial de la Revista Médica Hondureña, Colegio Médico de Honduras. **Objetivo:** Fomentar la practica de la escritura y publicación de artículos científicos en revistas biomédicas. **Al final del curso** el participante tendrá conocimiento básico sobre: 1.-Los índices bibliográficos nacionales e internacionales y las normas internacionales para publicación en revistas biomédicas, 2.-Como preparar un artículo científico original y otras formas de publicación (caso clínico, artículos de revisión, artículos de opinión) y 3.-Análisis crítico de la literatura biomédica.

HORA	EXPOSITOR
7:30 A 08:00	Inscripción.
08:00 A 08:40	<i>La Revista Médica Hondureña. Reseña Histórica.</i> Dra. Cecilia Varela Honduras
08:40 A 09:20	<i>Tipos de Estudio de Investigación.</i> Dr. Iván Espinoza Salvadó Honduras
09:20 A 10:00	<i>Material y Métodos.</i> Dr. Rubén Elvir Mairena Honduras
10:00 A 10:30	<i>Resultados.</i> Dra. Cecilia Varela Honduras
10:30 A 11:00	Receso
11:00 A 11:30	<i>Discusión.</i> Dra. Jackeline Alger Honduras
11:30 A 12:00	<i>Título y Resumen.</i> Dr. Nicolás Sabillón Honduras
12:00 A 12:30	<i>Autoría.</i> Dr. Nicolás Sabillón Honduras
12:30 A 12:30	Receso
13:30 A 14:00	<i>Consentimiento Informado.</i> Dr. Iván Espinoza Salvadó Honduras
14:00 A 14:40	<i>Otras Formas de Publicación, Informe de Casos Clínicos, Comunicaciones Cortas, Revisión de Temas y Artículos de Opinión.</i> Dr. Rubén Elvir Mairena Honduras
14:40 A 16:00	<i>Bibliografía, Palabras Clave. Índices Bibliográficos.</i> Dra. Jackeline Alger Honduras
16:00	Clausura.

**Jueves 15 de julio**  
**PROGRAMA CIENTIFICO DEL CONGRESO**  
**IV. SALON A: BLOQUE MATERNO INFANTIL**

HORA	EXPOSITOR
07:00	Inscripción
08:45 A 09:10	<b>1CM - Abordaje de Cirugía Ginecológica Laparoscópica.</b> Dr. Luis Zúñiga Honduras
09:10 A 09:35	<b>2CM - Cuando Iniciar Terapia de Reemplazo Hormonal en la Paciente Perimenopáusica.</b> Dr. Luis Hernández Guatemala
09:35 A 10:00	<b>3CM - Uso de la Tibolona en Menopausia.</b> Dr. Ricardo Martín Colombia
10:00 A 10:15	Preguntas y Respuesta
10:15 A 10:30	Receso
10:30 A 10:55	<b>4CM - Manejo Integral de Enuresis y Encopresis.</b> Dr. Marco Tulio Cruz Honduras
10:55 A 11:20	<b>5CM - Diabetes Infantil, Detección y Manejo.</b> Dr. Guillermo Villatoro Honduras
11:20 A 11:45	<b>6CM - Asma Bronquial en Pediatría. Manejo Actual.</b> Dr. Víctor Muñoz Honduras
11:45 A 12:00	Preguntas y Respuestas
12:00 A 13:00	Almuerzo
13:00 A 13:25	<b>7CM - Importancia de los Ácidos Grasos Poliinsaturados en la Nutrición del Recién Nacido.</b> Dr. Carlos Ernesto Scheel Álvarez Guatemala
13:25 A 13:50	<b>8CM - Pérdidas Recurrentes en el Embarazo (Causas).</b> Dr. Luis Zúñiga Honduras
13:50 A 14:15	<b>9CM - Estimulación Enteral Mínima Temprana en el Recién Nacido Prematuro Extremo.</b> Dr. Carlos Ernesto Scheel Álvarez Guatemala
14:15 A 14:30	Preguntas y Respuestas
14:30 A 14:45	Receso
14:45 A 15:00	<b>1TL - Malaria y Embarazo. Informe de un caso complicado.</b> Dr. Fernando Adolfo Garay Moreno Honduras
15:00 A 15:15	<b>2TL - Desarrollo Sexual en Niñas.</b> Dr. Oscar Armando Ponce Honduras
15:15 A 15:30	<b>3TL - Validación de Flujogramas para el Manejo Sintomático de Flujo Vaginal y Dolor Abdominal Bajo en Honduras.</b> Dr. Marco Antonio Urquía Honduras
15:30 A 15:45	<b>4TL - Entorno Social de las Personas con VIH-SIDA. Choluteca enero del 2002 a junio del 2003.</b> Dra. Marilía Calderón Honduras
15:45 A 16:00	<b>5TL - Medicina Basada en Evidencias en Antimicóticos Orales en Dermatología.</b> Dr. Dagoberto Espinoza Honduras
16:00 A 16:15	Preguntas y Respuestas

Jueves 15 de julio

V. SALON B: BLOQUE MEDICO QUIRÚRGICO

HORA	EXPOSITOR
07:00	Inscripción
08:45 A 09:10	10CM - <i>Convulsiones y Epilepsia.</i> Dra. Heyke Hesse Honduras
09:10 A 09:35	11CM - <i>Actualización en el Manejo del Traumatismo Encefalocraneano (Diagnóstico y Manejo Inicial).</i> Dr. Wilfredo Cruz /Dr. Isai Gutiérrez Honduras
09:35 A 10:00	12CM - <i>Radiculopatía y Enfermedad Degenerativa de Columna.</i> Dra. Heyke Hesse Honduras
10:00 A 10:15	Preguntas y Respuesta
10:15 A 10:30	Receso
10:30 A 10:55	13CM - <i>Diagnóstico en el Trauma Abdominal Cerrado.</i> Dr. Dagoberto Ordóñez Honduras
10:55 A 11:20	14CM - <i>Actualización en el Manejo del Paciente Quemado.</i> Dra. Emma Tróchez Honduras
11:20 A 11:45	15CM - <i>Lesiones por Perdigones en Cuello, Tórax y Abdomen.</i> Dr. Francisco Ayes Honduras
11:45 A 12:00	Preguntas y Respuestas
12:00 A 13:00	Almuerzo
13:00 A 13:25	16CM - <i>Diabetes Mellitus. Actualización en el Enfoque y Tratamiento.</i> Dra. Onix Arita Honduras
13:25 A 13:50	17CM - <i>Hiperplasia Prostática Benigna.</i> Dr. Luis Fiallos Honduras
13:50 A 14:15	18CM - <i>Manejo Médico de la Gonartrosis.</i> Dr. Manuel Chinchilla Honduras
14:15 A 14:30	Preguntas y Respuestas
14:30 A 14:45	Receso
14:45 A 15:00	6TL - <i>Situación Epidemiológica de la Malaria en Honduras y las Iniciativas de Control.</i> Dr. Marcio Alvarado Padgett Honduras
15:00 A 15:15	7TL - <i>Derivaciones Extra Anatómicas (DEAS) en Trauma.</i> Dr. Melvin Geovanni Castillo Honduras
15:15 A 15:30	8TL - <i>Caracterización Ecosistémica de la Malaria en Honduras.</i> Dr. Marcio Alvarado Padgett Honduras
15:30 A 15:45	9TL - <i>Logros Alcanzados tras la Implementación de la Estrategia PLAGSALUD en Apacilagua, Choluteca.</i> Dr. Franklin Y. Hernández Lagos Honduras
15:45 A 16:00	10TL - <i>Bolsa de Bogotá. Una solución para el cierre abdominal temporal.</i> Dr. Melvin Geovanni Castillo Honduras
16:00 A 16:15	Preguntas y Respuestas

## Viernes 16 de julio

### VI. SALON A: BLOQUE MATERNO INFANTIL

HORA	EXPOSITOR
08:00 A 08:25 Salón A y B	<i>1CP - Salud, Calidad de Vida y Derechos Humanos.</i> Dr. Juan Almeyda Bonilla Honduras
08:25 A 08:30	Preguntas y Respuestas
08:30 A 08:55	<i>19CM - Actualización en el Uso Racional de Antibióticos en Pediatría.</i> Dra. Maribel Rivera Honduras
08:55 A 09:20	<i>20CM - Tuberculosis Pulmonar en Pediatría.</i> Dr. Omar Mejía Honduras
09:20 A 09:45	<i>21CM - Infección por VIH/SIDA en Pediatría.</i> Dra. Maribel Rivera Honduras
09:45 A 10:00	Preguntas y Respuestas
10:00 A 10:15	Receso
10:15 A 10:40	<i>22CM - Infecciones de Transmisión Sexual en Niñas en Situaciones Especiales.</i> Dr. Jesús Reyna Figueroa México
10:40 A 11:05	<i>23CM - Asma Bronquial en el Embarazo (Manejo y Actualización).</i> Dr. Jesús O. Vallecillo Honduras
11:05 A 11:30	<i>24CM - Infecciones de Transmisión Sexual, la Otra Cara del Sida.</i> Dr. Jesús Reyna Figueroa México
11:30 A 11:55	<i>25CM - Manejo Integral Multidisciplinario de la Hipertensión Arterial Crónica en el Embarazo.</i> Dr. Jesús O. Vallecillo Honduras
11:55 A 12:10	Preguntas y Respuestas
12:10 A 13:00	Almuerzo
13:00 A 13:25	<i>26CM - Glomerulonefritis Aguda. Manejo Actual.</i> Dr. Alirio López Honduras
13:25 A 13:50	<i>27CM - Meningitis Bacteriana. Manejo Actualizado.</i> Dra. Maribel Rivera Honduras
13:50 A 14:15	<i>28CM - Manejo y Detección de Infecciones Urinarias en Pediatría.</i> Dr. Alirio López Honduras
14:15 A 14:30	Preguntas y Respuestas
14:30 A 14:45	Receso
14:45 A 15:10	<i>29CM - Lesiones Mamarias de Riesgo.</i> Dr. Borlín Galeas Honduras
15:10 A 15:35	<i>30CM - Infecciones Virales y Embarazo (Rubeola, Varicela, Sarampión, Parvovirus B19).</i> Dr. Jesús Reyna México
15:35 A 15:50	Preguntas y Respuestas

## Viernes 16 de julio

## VII. SALON B: BLOQUE MEDICO QUIRURGICO

HORA	EXPOSITOR
08:00 A 08:25 Salón A y B	<i>1CP - Salud, Calidad de Vida y Derechos Humanos (Salón A).</i> Dr. Juan Almendares Bonilla Honduras
08:25 A 08:30	Preguntas y Respuestas
08:30 A 08:55	<i>31CM - Síndrome de Intestino Irritable y Estreñimiento Crónico. Estrategias Terapéuticas Basadas en Evidencia.</i> Dr. Arturo Carranza Guatemala
08:55 A 09:20	<i>32CM - Enfermedades Respiratorias Crónicas en Países en Vías de Desarrollo, Estrategias para Prevención y Tratamiento.</i> Dr. Justo Serrano Panamá
09:20 A 09:45	<i>33CM - Enfermedad por Reflujo Gastroesofágico (ERGE). Estrategias Terapéuticas Basadas en Evidencia.</i> Dr. Arturo Carranza Guatemala
09:45 A 10:00	Preguntas y Respuestas
10:00 A 10:15	Receso
10:15 A 10:40	<i>34CM - Politraumatismo (Manejo del Paciente Gravemente Lesionado).</i> Dr. Hugo Darío Orellana Honduras
10:40 A 11:05	<i>35CM - Actualización en Cirugía Laparoscópica.</i> Dr. Juan Carlos Mendoza Honduras
11:05 A 11:30	<i>36CM - Antibióticoterapia. Actualización en ORL.</i> Dr. José Daniel Pazzetti Honduras
11:30 A 11:55	<i>37CM - Disfunción Eréctil.</i> Dr. Angel Alvarado Panamá
11:55 A 12:10	Preguntas y Respuestas
12:10 A 13:00	Almuerzo
13:00 A 13:25	<i>38CM - Falla Orgánica Múltiple.</i> Dr. Hewin Salvador Andrade El Salvador
13:25 A 13:50	<i>39CM - Betabloqueadores en Hipertensión Arterial.</i> Dr. Edgar Rodríguez Guatemala
13:50 A 14:15	<i>40CM - Alimentación Parenteral por Vena Periférica.</i> Dr. Hewin Salvador Andrade El Salvador
14:15 A 14:40	<i>41CM - Actualización en el Tratamiento de la Sinusitis.</i> Dr. José Daniel Pazzetti Honduras
14:40 A 14:55	Preguntas y Respuestas
14:55 A 15:10	Receso
15:10 A 15:25	<i>11TL - Trauma Cardíaco.</i> Dr. Miguel Ángel Cardoza Honduras
15:25 A 15:40	<i>12TL - Utilidad de la Medición del Ancho del Pedículo Vascular para el Diagnóstico de SIRA.</i> Dr. Nelson Antonio Solórzano Honduras
15:40 A 15:55	<i>13TL - Malaria y Dengue. Informe de un Caso Fatal.</i> Dra. Susana Pineda Padilla Honduras
15:55 A 16:10	<i>14TL - Shunt Intraluminales.</i> Dr. José Manuel Osorio y Dr. Miguel Ángel Cardoza Honduras
16:10 A 16:25	<i>15TL - Brote de Histeria Epidémica.</i> Dr. Gustavo Ávila Montes Honduras
16:25 A 16:40	Preguntas y Respuestas

Sábado 17 de julio

VIII. SALON A: BLOQUE MATERNO INFANTIL

HORA	EXPOSITOR
08:00 A 08:25	<i>42CM - Manejo de Infecciones Nosocomiales en Países Tercer Mundo.</i> <i>Dra. Hilda Zerón</i> Honduras
08:25 A 08:50	<i>43CM - Factores de Riesgo y Detección Temprana en la Sepsis Neonatal.</i> <i>Dra. Ileana Eguigurems</i> Honduras
08:50 A 09:15	<i>44CM - Manejo de Infecciones Graves en el Lactante.</i> <i>Dra. Hilda Zerón</i> Honduras
09:15 A 09:30	Preguntas y Respuestas
09:30 A 09:45	Receso
09:45 A 10:35	<i>1CMR - Mesa Redonda: Interpretación Clínica del Papanicolau.</i> <i>Dr. Leonel Pérez - Honduras</i> <i>Dr. Oscar Barahona - Honduras</i> <i>Dr. Danilo Alvarado - Honduras</i> <i>Dra. Julissa Villanueva - Honduras</i>
10:35 A 10:50	Preguntas y Respuestas
10:50 A 11:15	<i>45CM - Sangrado Uterino Anormal (Diagnóstico y Manejo).</i> <i>Dr. Oscar Barahona</i> Honduras
11:15 A 11:40	<i>46CM - Atención del Recién Nacido Intra y Extrahospitalario.</i> <i>Dra. Ileana Eguigurems</i> Honduras
11:40 A 12:00	Preguntas y Respuestas

Sábado 17 de julio

## IX. SALON B: BLOQUE MEDICO QUIRURGICO

HORA	EXPOSITOR
08:00 A 08:25	47CM - <i>Evaluación Integral del Paciente Geriátrico.</i> Dr. Ángel Pineda Honduras
08:25 A 08:50	48CM - <i>Insuficiencia Cardíaca Crónica (Terapias Actuales).</i> Dr. Gustavo Moncada Honduras
08:50 A 09:15	49CM - <i>Tratamiento de la Hipertensión en Geriatría.</i> Dr. Ángel Pineda Honduras
09:15 A 09:30	Preguntas y Respuestas
09:30 A 09:45	Receso
09:45 A 10:10	50CM - <i>Vasculitis y Riñón.</i> Dr. Elio Luis Mena Honduras
10:10 A 10:35	51CM - <i>Nefropatía en Etapa Terminal. Causas y Consecuencias.</i> Dr. José Pineda Cobos Honduras
10:35 A 10:50	Preguntas y Respuestas
10:50 A 11:15	52CM - <i>Diagnóstico Diferencial de Lumbalgias Crónicas.</i> Dr. Gustavo Castañeda Honduras
11:15 A 11:40	53CM - <i>Manejo de la Cardiopatía Isquémica.</i> Dr. Gustavo Moncada Honduras
11:40 A 12:05	54CM - <i>Profilaxis Antibiótica en Cirugía.</i> Dr. Roberto Esquivel Honduras
12:05 A 12:20	Preguntas y Respuestas
12:20 A 13:00	Ceremonia de Clausura

## PROGRAMA INAUGURAL

*Miércoles 14 de julio*

*Salón Adriana's*

*Hotel Camino Real*

*7:00 a 10:00pm*

Maestro de Ceremonia: *Dr. Douglas Iván Maradiaga Campos.*

1. Invocación a Dios.  
*Dra. Lesny Ruth Fuentes de López*
2. Himno Nacional.
3. Palabras de Bienvenida por el Presidente del Comité Organizador del XLVII Congreso Médico Nacional.  
*Dr. Carlos Ramos Sagastume*
4. Palabras de Bienvenida a la Ciudad por el Alcalde Municipal de Choluteca.  
*Dr. Ricardo Andino Cruz*
5. Palabras alusivas al Evento por el Ministro Asesor en Salud de la Presidencia.  
*Dr. Carlos Vargas*
6. Inauguración del Congreso por la Presidenta del Colegio Médico de Honduras.  
*Dra. Odessa del Carmen Henríquez*
7. Reseña Biográfica del Dr. Juan Almendares Bonilla.  
*Dr. Franklin Hernández Lagos*
8. Reseña Biográfica del Dr. Carlos Alirio Cruz López.  
*Dr. Franklin Hernández Lagos*
9. Entrega de reconocimiento al Dr. Juan Almendares Bonilla.  
*Dra. Odessa del Carmen Henríquez*
10. Palabras de Agradecimiento  
*Dr. Juan Almendares Bonilla*
11. Entrega de reconocimiento póstumo a la Sra. Vilma María Muñoz Viuda de Cruz.  
*Dra. Odessa del Carmen Henríquez*
12. Palabras de Agradecimiento.  
*Sra. Vilma María Muñoz viuda de Cruz*
13. Cóctel de Inauguración.

## ACTIVIDAD SOCIOCULTURAL

FECHA /LOCAL /HORA	ACTIVIDAD
Miércoles 14 de julio, 7:00pm Salón Adriana's	Ceremonia Inaugural Cóctel de Inauguración Grupo "Leyenda's"
Miércoles 14 al viernes 16 de julio, 4:00pm Polideportivo Los Búfalos Hotel Camino Real	Campeonato Interregional de Futbolito  Campeonato de Tenis de Mesa
Jueves 15 y viernes 16 de julio Hotel Camino Real	Concurso de Fotografías
Jueves 15 de julio 7:00pm Salón Adriana's	Noche Típica "Marimba Ecos del Sur"
Viernes 16 de julio	Recorrido Turístico por la Ciudad para los Acompañantes
Viernes 16 de julio 7:00pm	Noche de Gala Grupo Musical "Los Hitsong"
Sábado 17 de julio 12:20pm	Ceremonia de Clausura



## RESEÑA BIOGRÁFICA: DR. JUANALMENDARES BONILLA



El **Dr. JUAN ALMENDARES BONILLA** nació en la ciudad de San Pedro Sula, Cortés, el 14 de Agosto de 1939. Obtuvo el título de Doctor en Medicina y Cirugía en la Universidad Nacional Autónoma de Honduras (UNAH) en 1965. Estudios de post grado en Bioquímica y Fisiología en la Universidad de California (1966 - 1967) y en la Universidad de Pennsylvania (1967 - 1968). Obtuvo el Master en Ciencias en la Universidad de Pennsylvania en 1970. Tiene el grado de *Doctor Honoris Causa* otorgado por la UNAH. Actualmente estudia el Doctorado de Ecología, Salud y Desarrollo en la Universidad Nacional Autónoma de Honduras.

Se ha destacado en su práctica profesional desde estudiante. En su trayectoria ha desempeñado diferentes cargos, siendo entre otros: miembro de la Junta Directiva de la Facultad de Ciencias Médicas en 1970, miembro de la Junta Directiva del Colegio Médico de Honduras en 1971, Miembro del CUEG - UNAH en 1971, Decano de la Facultad de Ciencias Médicas de Honduras de 1973-1976, Rector de la Universidad Nacional Autónoma de Honduras en Julio 1979-1981.

Como profesional de la salud ha formado parte de diferentes organizaciones nacionales e internacionales en pro de la vida y la salud, la paz, derechos humanos, protección de la ecología y medio ambiente actividades que continua realizando.

Es docente investigador con múltiples trabajos científicos publicados nacional e internacionalmente, ha sido conferencista internacional en Europa, Estados Unidos, América Latina, África y Asia sobre diferentes temas en salud, derechos humanos y ecología.

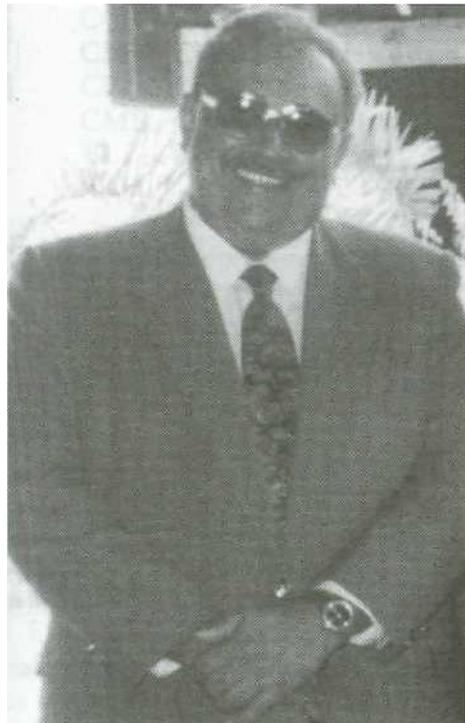
El Dr. Juan Almendares Bonilla ha incursionado en el campo literario, publicando mas de 80 poemas inéditos, mas de veinte cuentos y más de 300 artículos publicados en Honduras y Estados Unidos; los cuales han sido traducidos al francés, alemán, ingles y danés. Actualmente columnista de Diario La Tribuna.

El Dr. Almendares Bonilla ha recibido múltiples distinciones honoríficas nacionales e internacionales.

En su proyección a la comunidad se ha dedicado al servicio humanitario con los pobres. Asistencia médica en clínica. Ha participado en la organización de brigadas de salud a las áreas menos favorecidas del país, a los indígenas, campesinos y pobladores.

En honor a su meritoria labor y su permanente lucha por el cumplimiento de la legalidad y justicia social, y su significativo aporte a la ciencia y la salud del pueblo hondureño, el Comité Organizador del XLVII Congreso Médico Nacional de Choluteca, se siente honrado en rendir homenaje y dar el nombre *Dr. Juan Almendares Bonilla*, a éste que es el máximo evento científico de los médicos hondureños.

## RESEÑA BIOGRÁFICA: DR. CARLOS ALIRIO CRUZ LÓPEZ



El **Dr. CARLOS ALIRIO CRUZ LÓPEZ** nació en Catacamas Olancho el 18 de noviembre de 1940. Médico y Cirujano graduado en la Universidad Nacional Autónoma de Honduras (UNAH); obtuvo su grado de Maestría en Salud Pública en la Universidad Central de Venezuela y realizó estudios en Malariología en la Escuela de Salud Pública Fundación Oswaldo Cruz en Río de Janeiro, Brasil. Participó en Cursos de Capacitación de Docentes en Salud Pública en Madrid, España y San José, Costa Rica, y Administración de Servicios de Salud en el Centro Universitario de Tecnología Educativa para la Salud (CEUTES) en México. Participó además en múltiples cursos de formación en Formulación, Gerencia y Evaluación de Proyectos.

Representó a Honduras en diferentes conferencias sobre Salud Pública en varios países de Latinoamérica. Desempeñó importantes cargos en la Secretaría de Salud y el Instituto Hondureño del Seguro Social IHSS, en el área de conducción de programas y vigilancia epidemiológica desde 1966 hasta el año 2002, año de su deceso; en ese momento se desempeñaba el cargo de sub. Secretario de Salud.

El Dr. Cruz también estuvo ligado a la docencia universitaria, donde impartió la cátedra de Salud Pública en la carrera de Medicina, de la Facultad de Ciencias Médicas (1983-2002). En su actividad gremial, desempeñó varios cargos: en la Junta Directiva del Colegio Médico de Honduras, fungiendo como Presidente en el período de 1978 — 1980, ocupó además la presidencia de la Sociedad de Médicos Sanitaristas de Honduras en el período 1974 - 1975.

Fue objeto de varios reconocimientos por el Colegio Médico de Honduras, la UNAH, la Organización Panamericana de la Salud, entre otros; y ha sido objeto de varios homenajes póstumos por parte de la Secretaría de Salud Pública de Honduras y el Congreso Nacional de la República.

Por su trayectoria intachable y contribución al servicio de la Salud, el Comité Organizador dedica la actividad científica del Precongreso Médico Nacional a este ilustre médico que enalteció nuestro gremio.

## **PROGRAMA DE CLAUSURA**

***Sábado 17 de Julio 2004.***

***Hotel Camino Real Salón***

***Adriana 's.***

*12:20am – 1:00pm*

1. Palabras del Presidente del Comité Organizador del XLVII Congreso Médico Nacional.  
*Dr. Carlos Ramos Sagastume.*
2. Palabras de la Presidenta del Colegio Médico de Honduras.  
*Dra. Odessa del Carmen Henríquez*
3. Palabras del Presidente del Comité Organizador del XLVIII Congreso Médico Nacional.
4. Entrega de Premios y Certificados.

**RESÚMENES**

- CP Conferencia Plenaria**
- CCP Conferencia Curso Precongreso**
- CM Conferencia Magistral**
- CPF Conferencia Panel Foro**
- CMR Conferencia Mesa Redonda**
- TL Trabajo Libre**

**1CCP - Legislación Vigente Sobre Salud en Honduras.**

*Sabillón, Mario Roberto.* Doctor en Medicina y Cirugía de Honduras UNAH, Diplomado en Administración de Hospitales Hidalgo México, actualmente maestrante de la Maestría del Trabajo y Salud Ocupacional, UNAH-Instituto Nacional de los Trabajadores de Cuba. Es presidente de FECACSÓ, Honduras.

Para conocer y saber el contenido de nuestras leyes, reglamentos, normas y convenios, debemos considerar nuestra carta magna, la cual contempla artículos sobre la Seguridad Social, el Código de Trabajo, leyes secundarias como el Código de Salud, Reglamento de Salud Ambiental, Código de la Niñez y de la Adolescencia, y revisar convenios internacionales con la OIT. Conclusiones: Es obligación del Estado a través de la Secretaría de Trabajo y Seguridad Social, velar por la Seguridad y Salud de los Trabajadores; corresponde al Estado dictar medidas que contribuyan a la prevención de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales; es obligación del empleador garantizar la salud y la seguridad de los trabajadores; es obligación de los trabajadores cumplir con las disposiciones a fin de conservar un ambiente de trabajo mas seguro. Cada institución o empresa esta obligada a formar comisiones de Higiene y Seguridad que promuevan y vigilen las normas y reglamentos de Salud y Seguridad; el incumplimiento o violación de este reglamento será sancionado por la Secretaría de Trabajo; la creación de este reglamento pretende concientizar al patrono de la importancia que tiene proporcionar a sus empleados ambientes de trabajo seguros; La mayoría de la población aun desconoce la existencia de este reglamento, y a manera de conclusiones generales: En Honduras existen diversas leyes sobre Higiene y Seguridad en el Trabajo; el desconocimiento de aplicación de la ley se debe a que el proceso de prevención lo quieren manejar a través de imposiciones penales; los sectores: trabajador, Gobierno, y empleadores no han asumido su verdadero papel de vigilante de la seguridad y salud en el empleo; a los (as) trabajadores (as) les interesan medidas a corto plazo como el salario; los Gobiernos aprueban convenios y leyes que saben que no se aplicarán; los empleadores cuidan no ser sancionados económicamente en la mayoría de los casos; no se ha tomado conciencia por la ciudadanía de lo que debe de ser la higiene y seguridad en el trabajo

**2CCP - Enfermedades Pulmonares de Causa Laboral.**

*Abrahante, Rosendo.* Doctor en Medicina General Universidad de la Habana. Especialista en Medicina del Trabajo, con Master en Salud Ambiental. Actualmente Docente invitado del Centro de Investigaciones de la Salud CIES-UNAN. Labora como Director Médico del Unidad de Salud acreditada por riesgo laboral MedLab Especialidades Médicas y Diagnósticas. Managua, Nicaragua.

El aparato respiratorio es el encargado de llevar oxígeno procedente del ambiente exterior hasta la membrana alveolo-capilar donde se produce el intercambio gaseoso del oxígeno y el dióxido de carbono. Con sus mecanismos de defensa limitados y su alto grado de exposición al ambiente, es uno de los aparatos del organismo más vulnerables para contaminantes químicos; como vía de entrada para los contaminantes transportados por el aire, las vías respiratorias superiores que incluyen fosas nasales, faringe y laringe son la primera línea de defensa para estos contaminantes. Además de los agentes tóxicos, las vías respiratorias superiores reaccionan a estímulos antigénicos, que llegan a generar rinitis alérgica y asma en algunos individuos. Con frecuencia, el aparato respiratorio es punto de lesión de exposiciones laborales. El uso difundido de

materiales potencialmente tóxicos en el ambiente plantea la mayor amenaza para las vías respiratorias como para el parénquima pulmonar. El pulmón es un sitio donde comúnmente se presentan enfermedades profesionales. Los habitantes de zonas urbanas inhalan y retienen hasta 2 mg de polvo al día, y los trabajadores en ocupaciones donde hay mucho polvo inhalan 10 a 100 veces esa cantidad. El aparato respiratorio tiene respuestas limitadas a la lesión. Las respuestas agudas incluyen rinosinusitis, laringitis, obstrucción de las vías respiratorias superiores, bronquitis, broncoconstricción, alveolitis y edema pulmonar. Entre las respuestas crónicas se encuentran asma, fibrosis parenquimatosa, fibrosis pleural y cáncer. Las enfermedades broncopulmonares se clasifican en: bronquitis crónica simple y obstructiva, asma, alveolitis alérgica extrínseca (pulmón del granjero, bagazosis, pulmón de criadores de palomas, fiebre de los humidificadores y bisinosís) y Neumoconiosis malignas (silicosis, antracosis, por acero, beriliosis, aluminosis, asbestosis y otras silicosis) y neumoconiosis benignas (siderosis, bantosis, estannosis, antimonio, cemento, yeso, etc.). Una evaluación cuidadosa identifica y diagnostica la enfermedad pulmonar laboral en la mayor parte de los casos. Se recomiendan las siguientes áreas: (1) historia clínica detallada incluyendo exposiciones laborales y ambientales, (2) examen físico cuidadoso, (3) estudios imagenológicos adecuados, (4) pruebas de función pulmonar y (5) anticuerpos precipitantes específicos frente al antígeno causal. La prevención y control de estas enfermedades se realiza a través de intervenciones en: la fuente con la eliminación o sustitución del polvo, gases y vapores con métodos de humectación y orden y limpieza en los lugares de trabajo, ventilación adecuada y advertencias. En el trabajador a través de capacitaciones, medidas administrativas orientadas a disminuir el tiempo de exposición y el uso de medios de protección respiratoria, y finalmente, acciones médicas como exámenes preventivos (pre-empleo y periódicos) que contemplen examen físico completo, radiografía de tórax y espirometría. El diagnóstico clínico oportuno y el tratamiento apropiado de las enfermedades pulmonares de etiología laboral puede reducir de modo significativo tanto la morbilidad como la mortalidad e influir de manera importante en la evolución del paciente.

### 3CCP - Dermatitis Ocupacional

*Pineda, Judith Alicia.* Doctora en Medicina y Cirugía UNAH, especialista en Dermatología México, subespecialista en Dermatooncología en México, Diplomado en Gerencia y Salud en INSTA Cuba, maestrante de la Maestría del Trabajo y Salud Ocupacional, UNAH-Instituto Nacional de los Trabajadores de Cuba. Prosecretaria de SOHMET, Honduras.

Desde la revolución industrial aparece ya como problema las enfermedades profesionales de las cuales más de la mitad son de origen dermatológico, por ser la piel el órgano que nos pone más directamente en contacto con el medio ambiente y es el que nos protege del mismo. Sin embargo los años 1700 el Dr. Bernardino Ramazzini (padre de la Medicina del Trabajo) describe este tipo de problemas en su libro "De Morbis Artificum". El crecimiento de la industria, la agricultura, la minería y las manufacturas han ido en paralelo con el desarrollo de enfermedades profesionales de la piel. Los primeros efectos nocivos descritos fueron ulceraciones de la piel causadas por sales metálicas en la minería. Al desarrollar los distintos pueblos y culturas el uso de materiales nuevos se han creado nuevas técnicas y procesos de fabricación. Estos avances tecnológicos han modificado el medio ambiente de trabajo y en cada período algún aspecto del cambio tecnológico ha alterado la salud de los trabajadores. Las enfermedades profesionales en general y las enfermedades de la piel en particular constituyen desde hace mucho tiempo uno de los efectos indeseables del avance industrial. Son irritantes comunes: Ácidos y álcalis, Jabones y detergentes; Disolventes Alifáticos: Destilados de petróleo (queroseno, gasolina, nafta); Aromáticos: Benceno, tolueno, xileno); Halogenados: ( Tricloroetileno, cloroformo, cloruro de metileno); Varios: Trementina, cetonas, ésteres, alcoholes, glicoles, agua; Plásticos Monómeros epoxi, fenólicos, acrílicos Aminas catalíticas Estireno, peróxido de benzoilo; Metales (Arsénico, Cromo). Los factores predisponentes de dermatitis profesionales son: edad, tipo de piel, enfermedad previa, temperatura y humedad, y Condiciones de trabajo. En nuestro país con la aparición de las bananeras y la industria maquiladora se dio un giro en la actividad laboral y con ello la incidencia de muchas enfermedades relacionadas al trabajo, siendo las de origen dermatológico las más habituales. Es por ello que el médico debe saber que hacer frente a una lesión de origen dermatológico que sospeche sea producida o exacerbada por su actividad laboral y tener en

cuenta algunas normas generales en la valoración de dichas dermatosis como ser: 1-Elaboración de una historia clínica ocupacional; 2- En algunos casos mas complejos donde la evaluación no sea suficiente se puede recurrir a exámenes complementarios como: IgE sérica, luz de Wood, frotis y cultivos, Tzank, pruebas de parche y fotoparche, biopsia de piel, pruebas químicas (cromatografía); 3- Es importante que muchos pacientes pueden ser tratados previamente con corticoesteroides locales lo que produce una degeneración de la lesión inicial y efectos secundarios importantes como la atrofia de piel y sobreinfecciones. Lo que en estos casos se hace es el uso de medidas preventivas y uso de emolientes y evitar los esteroides al máximo. 4- La evaluación al sitio de trabajo es vital para el diagnóstico. Una vez realizada todo lo anterior se debe realizar un informe que debe incluir variables demográficas, tipo de dermatosis encontradas, posibles alérgenos o químicos que afecten la salud, además de la recomendación de estudios confirmatorios si fuese necesario, hacer un diagnóstico y dar recomendaciones al paciente y a la empresa.

#### *4CCP - Lesiones Musculosqueléticas de Origen Laboral.*

*Alvarado Hernández, Carlos Martín.* Doctor en Medicina y Cirugía UNAH, especialista en Psicología, Psicoterapia y Diplomado en Gerencia de Salud en INSAT de Cuba, es maestrante de la Maestría del Trabajo y Salud Ocupacional, UNAH-Instituto Nacional de los Trabajadores de Cuba. Es presidente SOHMET.

Los trastornos musculoesqueléticos se encuentran entre los problemas más importantes de salud en el trabajo, tanto en los países desarrollados como en los en vías de desarrollo. Afectan a la calidad de vida de la mayoría de las personas durante toda su vida, y su coste anual es grande. Se cree que la proporción de las enfermedades musculoesqueléticas atribuibles al trabajo es de alrededor del 30 %. Por tanto, su prevención sería muy rentable. Ya que por cada accidente de trabajo fatal se dice que hay pérdida del 10 % del PIB en países subdesarrollados, Casi todas las enfermedades musculoesqueléticas guardan relación con el trabajo, en el sentido de que la actividad física puede agravarlas o provocar síntomas, incluso aunque las enfermedades no hayan sido causadas directamente por el trabajo. En la mayor parte de los casos no es posible señalar un único factor causal. Los factores de riesgo de los trastornos musculares relacionados con el trabajo son: la repetición, fuerza, carga estática, postura, precisión, demanda visual y la vibración. Los ciclos inadecuados de trabajo/descanso son un factor de riesgo potencial de trastornos musculoesqueléticos si no se permiten suficientes períodos de recuperación antes del siguiente período de trabajo, con lo que nunca se da un tiempo suficiente para el descanso fisiológico. También pueden intervenir factores ambientales, socioculturales o personales. Los trastornos musculoesqueléticos son multifactoriales y, en general, es difícil detectar relaciones causa-efecto simples. No obstante, es importante documentar el grado de relación causal entre los factores profesionales y los trastornos, puesto que sólo en el caso de que exista causalidad se podrán prevenir los trastornos mediante la eliminación o la reducción al mínimo de la exposición. Es importante tener en cuenta que estas enfermedades o lesiones según sea el criterio tienen un impacto económico enorme desde tres puntos de vista: 1- Laboral: ausentismo laboral y disminución en la productividad, alto índice rotación; 2- Trabajador: Enfermedad y alteración de su calidad de vida, disminución de sus ingresos hasta invalidez; 3- Gobiernos: Costes elevados en atención de salud en los recursos médicos y de medicamentos. Algunas patologías conocidas serían: Cuello y Hombro: (Síndrome de Salida Torácica y patologías laborales diversas, Tendinitis del manguito del hombro, Síndrome Cervical); Miembro Superior: (Trigger, Síndrome de Guyon, Síndrome Túnel del Carpo, Tenosinovitis De Quervain, Síndrome de Intersección, Síndrome del Cubital, Síndrome del Radial, Epicondilitis Medial, Epicondilitis Lateral); Espalda Baja: (Lumbalgias por esfuerzo, Hernia de Disco); Miembro Inferior: (Bursitis Rotuliana, Tendinitis del tendón de Aquiles). Para concluir diremos que el trabajo con medidas de seguridad, de higiene, adecuadas implementaciones ergonómicas, análisis de puestos de trabajo y selección adecuada del talento humano, estas patologías se pueden reducir repercutiendo positivamente sobre la producción y economía, pero es un trabajo en conjunto entre todos los profesionales relacionados a la seguridad y salud ocupacional (médicos, enfermeras, psicólogos, ingenieros, higienistas, securistas, administradores, gerentes, gobiernos) y los entes reguladores como OIT, OMS, OSHA, NIOSH, etc.

### 5CCP - Actualidades en Bioseguridad.

*Palma Salgado, Oscar Edgardo.* Doctor en Medicina y Cirugía en UNAH, Diplomado en Administración de Hospitales Universidad de Hidalgo México, es maestrante de la Maestría del Trabajo y Salud Ocupacional, UNAH-Instituto Nacional de los Trabajadores de Cuba. Es vicepresidente SOHMET.

El objetivo general de la Bioseguridad es minimizar el riesgo potencial de accidentes laborales en el manejo de los residuos patogénicos. El riesgo biológico para el equipo de salud existe desde que el primer ser humano ayuda a otro a recuperar su salud. Es importante entonces, identificar los riesgos con anterioridad para determinar el uso de barreras de protección adecuadas. El conjunto de medidas, normas y procedimientos destinados a minimizar y/o controlar dicho riesgo biológico es la Bioseguridad, quedando claro que el riesgo cero no existe. Bioseguridad es una traducción literal de su homónimo en inglés: Biosecurity. Seguridad: calidad de seguro, libre y exento de todo peligro, daño o riesgo; masivo: Conjunto de todos los seres humanos. Al construir la palabra evocamos inmediatamente el concepto de protección a la de la vida, situación que puede lograrse en parte evitando accidentes.

### 6CCP - Impacto de Ruidos en la Salud.

*Abrahante, Rosendo.* Doctor en Medicina General Universidad de la Habana. Especialista en Medicina del Trabajo, con Master en Salud Ambiental. Actualmente Docente invitado del Centro de Investigaciones de la Salud CIES-UNAN. Labora como Director Médico del Unidad de Salud acreditada por riesgo laboral MedLab Especialidades Médicas y Diagnósticas. Managua, Nicaragua.

El ruido ha sido definido desde el punto físico como una superposición de sonidos de frecuencias e intensidades diferentes, sin una correlación de base. Fisiológicamente se considera que el ruido es cualquier sonido desagradable o molesto. Desde el punto de vista ocupacional puede definirse como el sonido que por sus características especiales es indeseado o que puede desencadenar daños a la salud. Entre las actividades económicas donde existen altos niveles de ruido tenemos: manufactura, minería, construcción, transporte, comercio, servicios y herraderos, tabaco, textiles y fabricación de ropa, papel, impresión, química, petróleo, refinación, caucho y plástico, cuero, piedra, cerámica, vidrio, armamento, metalurgia, maquinaria eléctrica y no eléctrica, equipos de transporte, instrumentos, muebles y algunos deportes. El ruido puede provocar: *Efectos Auditivos*: Esta se puede separar en dos cuadros clínicos producidos por el ruido: uno brusco, de mucha intensidad, por traumatismo acústico agudo y otro lento, de instalación insidiosa, por trauma sonoro menos intenso pero más continuado; *Efectos Extra-Auditivos*: Puede determinar efectos sobre el sistema nervioso central, sistema nervioso autónomo y el sistema endocrino. Lo que se traduce en alteraciones neuropsiquiátricas, depresión, estrés, alteraciones del sueño, alteraciones del funcionamiento cardíaco, de la conversación y disminuciones del rendimiento laboral; La hipoacusia clasificada hoy como profesional, se produce en aquellas personas que por la índole de su trabajo han de permanecer bajo la acción del intenso ruido durante la jornada laboral y a lo largo de su vida profesional. Cuando los oídos están expuestos a ruidos extremadamente fuertes, o a ruidos fuertes de manera prolongada, las estructuras del oído interno pueden dañarse, llevando a la pérdida de la audición producida por el ruido. El riesgo de sordera permanente o de deterioro de la audición se relaciona con la duración e intensidad de la exposición, así como con la susceptibilidad genética a los traumatismos por ruido. Por lo general la exposición prolongada a ruidos intensos de 85 dB, es potencialmente dañina. También, una exposición a 100 decibelios durante más de 15 minutos puede producir pérdida de la audición y la exposición a 110 decibelios durante más de un minuto también puede producir pérdida permanente de la audición. Por lo común, la sordera inducida por ruido es más grave para las frecuencias cercanas a los 4.000 Hz, extendiéndose progresivamente hacia abajo y hacia las frecuencias de conversación, 500 a 2.000 Hz. La continua exposición a estos peligrosos ruidos, tienden a ejercer su máximo efecto en las regiones de alta frecuencia de la cóclea, sin importar la frecuencia del sonido que produce la lesión. Medidas de Prevención y Control : Los métodos de prevención y control se deben de puntualizar en tres puntos específicos: en la fuente con obras de ingeniería (aislamiento, hermetización,

## **9CCP - COMO ESCRIBIR Y PUBLICAR ARTÍCULOS BIOMÉDICOS**

*Várela M, Cecilia; Espinoza, Iván; Elvir M, Rubén; Alger, Jackeline; Sabillón, Nicolás.*  
Consejo Editorial Revista Médica Hondureña, Colegio Médico de Honduras.

Antecedentes: El fortalecimiento de la actividad investigativa en los países en desarrollo, es uno de los medios más poderosos para promover la salud y desarrollo (V Foro Mundial para la Investigación en Salud. Suiza 2001). La diseminación de la información científico-técnica y disminución de las inequidades de acceso a las mismas, son esenciales para que las políticas de salud se consoliden como políticas públicas y respondan al interés público (VI Congreso Regional de la Información en Ciencias de la Salud. México 2003). En 1978 en Vancouver surge la primera propuesta de pautas para ayudar a los autores y editores en su tarea mutua de crear y distribuir en forma exacta clara y fácilmente reproducible, los informes de los estudios biomédicos. El Grupo de Vancouver se amplió y convirtió en el Comité Internacional de Editores de Revistas Medicas (ICMJR) quienes periódicamente revisan e incorporan aspectos no solo relacionados a la preparación del manuscrito, sino que han desarrollado declaraciones relacionadas a la política editorial y aspectos de la ética en la investigación y publicación. La Revista Médica Hondureña, fundada el 2 de noviembre de 1929, es el órgano escrito de difusión científica por medio del cual los trabajadores nacionales de la salud han venido publicando su actividad científica sea en forma de trabajos originales de investigación, presentación de casos clínicos, revisiones bibliográficas, aspectos de la historia nacional de la medicina y otras formas de publicación. La Revista Médica Hondureña, indizada en la base de datos LILACS, declara que sus instrucciones para autores están en concordancia con los Requisitos Uniformes de los Manuscritos Propuestos para la Publicación en Revistas Biomédicas. El Consejo Editorial de la Revista consideró la necesidad de fomentar y apoyar la práctica de la escritura y publicación de artículos biomédicos por lo cual en el 2002 diseñó un curso anual que desde el año 2003 se integra al Congreso Médico Nacional en forma de Curso Precongreso. El objetivo del Curso es que los participantes adquieran conocimientos sobre 1.- Los aspectos históricos de la Revista Médica Hondureña, sus fortalezas y debilidades, 2.- Como preparar los artículos científicos originales y otras formas de publicación (caso clínico, artículo de revisión, comunicación corta, artículo de opinión) de acuerdo a la organización IMRYD (Introducción, Métodos, Resultados y Discusión), 3.- Los aspectos relacionados a la ética de la investigación y de la publicación, 4.- Los índices bibliográficos nacionales e internacionales y las normas internacionales de publicación en revistas biomédicas.

### **1CM- Abordaje de Cirugía Ginecológica Laparoscópica.**

*Zúñiga Girón, Luis Armando.* Especialista en Ginecología Y Obstetricia, y Especialista en Medicina de Reproducción Humana e Infertilidad. Medico asistencial SEMESA, Clínica Salud Femenina y Hospital del Valle, San Pedro Sula.

Desde hace más de 200 años los médicos pretendían introducirse instrumentalmente a las cavidades del cuerpo humano. Enormes avances técnicos se han llevado a cabo desde que se concibió la idea de utilizar luz reflexiva en las cavidades del cuerpo, para propósitos diagnósticos y ello ha llevado a la perfección de técnicas endoscópicas modernas. El desarrollo fue inicialmente lento, y solo a mediados del siglo pasado los problemas técnicos, en proveer de un buen sistema de óptica y la creación de neumoperitoneo seguro, fue sobrepuesto. A pesar de la gratificante comunicación que los ginecólogos fueron los primeros en tomar ventaja de la introducción de la luz fría dentro de la cavidad abdominal, como elemento diagnóstico, por patología ginecológica, fueron los cirujanos quienes a través de la colecistectomía laparoscópica difundieron esta técnica profusamente por el mundo entero y su frecuencia operatoria fue tan alta que alcanzo el primer lugar como cirugía en USA en las ultimas cinco décadas. Se podría afirmar que a partir de 1989 ningún avance técnico-quirúrgico en los últimos 100 años había revolucionado el ambiente especializado como la cirugía laparoscópica. A comienzos de la década de los setenta, la laparoscopia quirúrgica ginecológica se limito a la esterilización femenina, lisis de adherencias y la electrocoagulación de endometriosis. En 1989 se descubrieron un conjunto de sofisticadas técnicas quirúrgicas que transformaron la mayor parte de los procedimientos en el campo de la cirugía externa como ser la extirpación de quistes ováricos vía laparoscópica, salpingostomía

laparoscópica, salpingectomía laparoscópica, ooforectomía laparoscópica, miomectomía laparoscópica, histerectomía laparoscópica asistida, histerecomía subtotal laparoscópica, colpourecropexia laparoscópica, remoción de cuerpos extraños (DIU fuera de la cavidad uterina) etc. Ha quedado claramente establecido que el método proporciona grandes ventajas al paciente como ser dolor discreto, ausencia de íleo, alta hospitalaria precoz, reincorporación temprana al trabajo y resultados estéticos satisfactorios (minicicatrices), pero, también que debe llevarlo a cabo un grupo quirúrgico que cuente con la experiencia y adiestramiento adecuados, así como el equipo e instrumental necesarios. Dado que es una técnica quirúrgica altamente dependiente de la instrumentalización para obtener óptimos resultados es evidente que no se puede improvisar con cámaras, insufladores o instrumentos no adecuados, defectuosos o incompletos, ya que de lo contrario las tasas de morbimortalidad serían muy altas. Las contraindicaciones en la cirugía laparoscópica ginecológica son muy similares a las de la laparoscopia quirúrgica en general: **Contraindicaciones Absolutas:** 1-Ginecólogo no calificado o sin suficiente experiencia en esta técnica endoscópica; 2-Enfermedad cardiorrespiratoria severa; 3-Evidencia de obstrucción intestinal; 4-Existencia de un proceso inflamatorio pélvico generalizado (pelvi-peritonitis). **Contraindicaciones relativas:** 1-Obesidad o delgadez extrema; 2-Existencia de cirugía pélvica o abdominal previa; 3- Presencia de grandes masas intrabdominales. "la decisión de interrumpir una intervención laparoscópica y transformarla en cirugía convencional abierta no es un fracaso o complicación si no un buen juicio quirúrgico"

*2CM - Cuando Iniciar Terapia de Reemplazo Hormonal en la Paciente Perimenopáusicas*  
Hernández, Luis. Médico especialista en Ginecología y Obstetricia, Guatemala.

*3CM - Uso de la Tibolona en Menopausia.*  
Martín, Ricardo. Médico especialista en Ginecología y Obstetricia, Colombia.

*4CM - Manejo Integral de Enuresis y Encopresis.*  
Cruz López, Marco Tulio. Psiquiatra. Sub especialista en Psiquiatría Infantil y del Adolescente. Jefe de la División de Salud Mental del Ministerio de Salud de Honduras. Jefe de la Unidad Infanto-juvenil del Hospital Nacional Psiquiátrico Santa Rosita.

Tres son los factores que intervienen en la adquisición de la limpieza y el control urinario o anal: 1-Un factor neurofisiológico; 2-Un factor cultural y 3-Un factor de relación. Se les divide en primario o secundario, el trastorno primario sucede directamente el período de no-control fisiológico, el secundario se caracteriza por la existencia de un período anterior de control transitorio. Siguiendo el ritmo nictameral se distinguen los trastornos diurnos, nocturnos y mixtos. Según la frecuencia se dividen en diarios, irregular o intermitentes. Hay un predominio en varones. Asociaciones psicopatológicas: Retraso Mental: Más frecuente cuanto más profunda es la enfermedad. Psicosis: Síntoma frecuente en el seno de una perturbación mucho más amplia. Neurosis: La dimensión simbólica es significativa y ayuda a su comprensión. Enuresis. Es la emisión activa no controlada de orina transcurrida la edad de madurez fisiológica habitualmente adquirida a los cuatro años. La enuresis primaria y nocturna es más frecuente. Es un síntoma frecuente que afecta al 10% - 15% de los niños con predominio en los varones (2:1). A veces se halla asociado a otras manifestaciones, cabe señalar la inexplicable y elevada frecuencia de estenosis del píloro. Diagnóstico diferencial: Es fácil hacerlo con afecciones urológicas, neumológicas y epilepsia. Etiología: Debe ser enjuiciada en función de los factores concurrentes en la adquisición del control. Un factor hereditario se explica por la relativa frecuencia de enuresis en la historia familiar. Tratamiento: Depende del contexto psicológico la mayor parte de la enuresis desaparece en la segunda infancia. Va dirigido a niños mayores de 5 años y debe hacerse una terapia integral: a) Medidas generales; b)Terapia farmacológica. La Emipramina es el fármaco de elección, c) Motivación del niño; e) Ambiente familiar; f)Psicoterapia. Encopresis. Es la defecación en los pantalones por parte de un niño, que ha sobrepasado la edad habitual en la adquisición del control esfinteriano (tres años). La encopresis secundaria es la

mas frecuente y casi exclusivamente diurna, hay predominio de varones (3:1). El síntoma suele aparecer entre los 7 a 8 años, frecuencia oscila entre el 1.5% y 3%. Acostumbra ir asociada con Enuresis en el 25% de los casos. No se encuentra antecedentes familiares. Diagnostico diferencial: Cabe distinguirla de la incontinencia anal observada en síntomas neurológicos y encefalopatías graves. Etiología: Mas que en la Enuresis, la dimensión relacional y psicológica se halla en primer plano de la constitución de una encopresis, la evaluación depende de la profundidad del conflicto organizado alrededor del síntoma, un gran número de encopresis desaparecen espontáneamente después de un periodo de algunas semanas o meses, aquellas que persisten por años son siempre graves, con el tiempo, el síntoma acaba de desaparecer en el momento de la adolescencia, pero habitualmente es sustituidos por rasgos claramente caracteriales o neuróticos. Tratamiento: Debe evitarse los tratamientos sintomáticos y las maniobras centradas alrededor del esfínter anal. El tratamiento debe incluir a la familia, debe pensarse en psicoterapias si la encopresis se inscribe en un conflicto neurótico ya organizado. Si la organización familiar es francamente patológica e inamovible será necesaria una terapia global.

### *5CM - Diabetes Infantil, Detección y Manejo.*

*Villatoro Godoy, Guillermo.* Pediatra Endocrinólogo. Hospital Escuela, Bloque Materno Infantil.

El último estimado de la OMS sobre el número de pacientes con diabetes mellitus es de 177 millones de personas alrededor del mundo de los cuales 13 millones son aportados por la población de Latinoamérica y el Caribe. Actualmente considerada una pandemia con una proyección de incremento de los casos para el año 2025 de por lo menos 300 millones de personas afectadas. Dentro del Panorama Histórico a nivel mundial, según el reporte del Dr. Alberti 1994: En la era PRE-insulina el 40 % de los pacientes con diagnostico de diabetes mellitas morían en Cetoacidosis diabética (CAD); con el advenimiento de la insulina la expectativa de vida mejoró en un 88% de sobrevivida a 20 años. Además reportó que en los países en vías de desarrollo como Tanzania la mortalidad era de un 40 % a los 5 años del diagnostico y de estos, 50% morían por CAD y 32% por infecciones; comportamiento similar al de Europa y los Estados Unidos de América en la era PRE insulina. Todo lo anterior derivado de la falta de disponibilidad de insulina, encontrando que un 22% de los países no disponían de la misma y que solo en un tercio de los países esta era disponible en forma gratuita. Es importante reconocer que el costo de un vial de insulina se calcula entre 2.70-22 USD; en países como Tanzania el costo aproximado es de 15 USD lo que corresponde a un mes de salario para la población de escasos recursos. Esto junto a la política de organismos internacionales como el Fondo monetario internacional y Banco Mundial donde se pretende que cada paciente contribuya en el costo del cuidado de la diabetes hace casi imposible para los países pobres del mundo lograr un buen control de la enfermedad; por lo anterior la Federación Internacional Diabetes (IDF) y la OMS trabajan buscando la disponibilidad de este medicamento en los países del tercer mundo dando la responsabilidad a los gobiernos, a la sociedad y al personal de salud para que se incluya dentro del cuadro básico de medicamentos. Según el informe del Dr. John Yudkin hay países en el mundo donde la expectativa de vida sigue siendo tan corta como de un año posterior al diagnostico como en el caso de algunos países Africanos. De tal forma que el diagnostico de Diabetes Mellitus es equivalente a sentencia de muerte por la escasa disponibilidad de la insulina y la dificultad de hacer un diagnóstico oportuno. El Dr. Shobhana encontró en el sur de la India que el ingreso promedio familiar era de 1,276 USD por año (212-12,765. USD) del cual lo invertido en el cuidado del paciente con diabetes era en promedio 310 USD por año, lo que significaba un 22 % del ingreso anual; fluctuando desde 16% en aquellos pacientes con manejo ambulatorio hasta un 23% en los que requirieron hospitalización. En América Latina la diabetes causó para el año 2000, 339, 035 defunciones por año y se estima que los gastos en medicamentos orales y la insulina supusieron un gasto 4,720 millones de USD. En Honduras el estimado de costos atribuidos a la diabetes fue de 239,700 dólares/año produciendo un costo directo per cápita de 590 USD. El costo aproximado para un monitoreo y tratamiento de la diabetes tipo 1 con esquema tradicional estricto es de aproximadamente 1300 USD por paciente/año, si lo relacionamos con el ingreso per. Capita de nuestro país, 2,510 USD/ año, corresponde al 51% del ingreso anual; por lo anterior el objetivo de lograr un buen control de la enfermedad mejorando la calidad de vida y disminuyendo la incidencia de complicaciones tardías se vuelve cada vez más difícil. En nuestro país en cuanto a la detección y diagnóstico estamos utilizando los Criterios Diagnósticos

internacionales actuales: síntomas de DM más glucosa plasmática casual entre 85 a 200 mg/dl, (Casual: muestra tomada en cualquier momento del día independiente del tiempo de la última comida) ó Glucosa en Ayunas entre 85 a 126 mg/dl ó Glicemia entre 85 a 200 mg/dl durante 2h poscarga de glucosa (Confirmar resultados un día posterior). Una vez realizado el diagnóstico se inicia un plan de Educación dando los conocimientos mínimos necesarios para inicio de manejo ambulatorio como ser aplicación de la insulina, monitoreo de glucosa capilar, monitoreo de cetonuria la detección y tratamiento de hipoglucemia, cetosis, ajuste de dosis en casa y plan inicial de alimentación. Posteriormente se les da seguimiento en la consulta cada 3 meses con control de hemoglobina glucosilada y microalbuminuria cuando corresponde y se hace manejo multidisciplinario para lograr el control adecuado lo más cerca posible del ideal. Entre los logros obtenidos hasta la fecha podemos afirmar que existe una fundación para el niño diabético, se ha reducido en gran medida la rehospitalización por cetoacidosis en el hospital de referencia nacional, contamos con por lo menos 55 familias con educación en diabetes y estamos caminando hacia la meta común que es reducir las complicaciones a largo plazo y una mejor calidad de vida en nuestros pacientes.

#### *6 CM - Asma Bronquial en Pediatría. Manejo Actual.*

*Muñoz Molina, Víctor.* Pediatra Neumólogo. Hospital Infantil Privado.

El asma bronquial es la enfermedad crónica más común de la niñez a nivel mundial. La prevalencia esta incrementándose en muchos países especialmente en niños. Es una de las principales causas de ausencia a trabajo o escuela. En los países en vías de desarrollo se gastan 1 a 2% del presupuesto nacional en tratar el asma bronquial. El asma bronquial es predominantemente una enfermedad inflamatoria crónica de la vía aérea donde muchas células y productos celulares están involucrados; esto resulta en una hiperrespuesta de la vía aérea que se manifiesta con episodios recurrentes de sibilancias, tos y dificultad respiratoria. Desde las décadas de los años 90 se han estado reuniendo expertos a nivel mundial y se han conformado guías para el abordaje y tratamiento (GINA ) siendo la más reciente del año 2002. La severidad del asma se ha clasificado en intermitente y persistente, leve, moderada y grave de acuerdo a los síntomas diurnos, nocturnos, a la actividad diaria y pruebas de función pulmonar (FEV1, PEF). El programa de tratamiento se basa en 6 pasos: 1- Educación a los pacientes y familias; 2-Control y monitoreo de la severidad; 3-Evitar la exposición a factores de riesgo (alérgenos, irritantes, virus y otros); 4-Establecer planes de medicamentos para manejo; 5-Establecer tratamientos para exacerbaciones; 6-Proveer un seguimiento regular. Los medicamentos de rescate para exacerbaciones son los B2 inhalados u orales de acción corta (salbutamol) glucocorticoides sistémicos, anticolinérgicos y metilxantinas. Los medicamentos para control o mantenimiento son: a) Glucocorticoides inhalados; b) Glucocorticoides sistémicos; c) Cromonas; d) Metilxantinas; e) B2 inhalados u orales de larga acción; f) Modificadores de los leucotrienos. En el asma persistente los esteroides son la base del tratamiento debiendo usarse en dosis bajas, media o altas dependiendo de la severidad y pudiendo combinarse con cromonas, teofilina de acción prolongada leucotrienos y B2 de acción larga. Los intervalos de tratamiento van de 3 meses por etapa de severidad y debiendo reducirse gradualmente. La inmunoterapia -alérgeno específica ya sea subcutánea o sublingual es reconocida desde hace varios años por la OMS como forma de tratamiento cuando no se puede evitar el alérgeno o falla el tratamiento médico. Los bloqueadores de canales de calcio, la vacuna anti IgE y ínter leucina 4 son formas aplicadas en casos especiales y severos para inmunorregular al paciente. Y son el presente y futuro en el tratamiento de esta patología.

#### *7CM - Importancia de los Ácidos Grasos Poliinsaturados en la Nutrición del Recién Nacido.*

*Scheel Álvarez, Carlos Ernesto.* Médico y Cirujano Universidad Francisco Marroquín, Guatemala. Especialista en Pediatría Universidad de Chicago, EEUU. Fellow de Neonatología, Houston EEUU. Neonatólogo jefe del Hospital General San Juan de Dios. Coordinador del Programa de Residencia de Pediatría Universidad Francisco Marroquín, Hospital Infantil Juan Pablo Segundo, Ciudad de Guatemala.

*8CM - Perdidas Recurrentes en el Embarazo (Causas),*

*Zúñiga Girón, Luis Armando.* Especialista en Ginecología Y Obstetricia, y Especialista en Medicina de Reproducción Humana e Infertilidad. Medico asistencial SEMESA, Clínica Salud Femenina y Hospital del Valle, San Pedro Sula.

El aborto espontáneo es la complicación mas común durante el embarazo, afectando del 10 al 15% de las mujeres embarazadas. En aproximadamente 3 al 5% de esta mujeres este evento ocurre repetitivamente, causando angustia y frustración tanto a la pareja como a los proveedores de salud. El abordaje tradicional ha sido el ofrecer evaluación y terapia a parejas con tres o más perdidas, sin embargo las investigaciones de parejas con dos perdidas se ha tornado altamente relevante y merece de estudio exhaustivo. En una paciente con historia de dos perdidas, el riesgo de una pérdida posterior es del 25%, mientras que el antecedente de 3 perdidas aumenta el riesgo de una cuarta pérdida en un 33%. Determinar las causas de abortos recurrentes es muy complicado. Las perdidas en el primer trimestre son a veces, pero no siempre, debido a defectos genéticos mas sin embargo otros factores involucrados incluyen: factores de implantación, autoinmunes, endocrinos, infecciosos y defectos anatómicos. Hoy por hoy poco se sabe de la patología que conlleva a las perdidas tempranas del embarazo. El trabajo intensivo en inmunología reproductiva, genética, endocrinológico, etc. no ha sido capaz de proveer de respuesta clara en delación a los mecanismos involucrados.

*9CM - Estimulación Enteral Mínima Temprana en el Recién Nacido Prematuro Extremo.*

*Scheel Álvarez, Carlos Ernesto.* Médico y Cirujano Universidad Francisco Marroquín, Guatemala. Especialista en Pediatría Universidad de Chicago, EEUU. Fellow de Neonatología, Houston EEUU. Neonatólogo jefe del Hospital General San Juan de Dios. Coordinador del Programa de Residencia de Pediatría Universidad Francisco Marroquín, Hospital Infantil Juan Pablo Segundo, Ciudad de Guatemala.

*10CM- Convulsiones y Epilepsia.*

*Hesse, Heyke.* Medico y Cirujano, especialista en Neurología Clínica. Instituto de Neurociencias y Clínicas Honduras Medical Center, Tegucigalpa Honduras.

Las epilepsias son enfermedades complejas causadas por una gran cantidad de procesos patológicos cerebrales. Se caracterizan por descargas paroxísticas de neuronas, con características clínicas y electroencefalográficas particulares. Hay dos tipos de clasificación: la de las crisis epilépticas (parciales, generalizadas y no clasificables) y la de las epilepsias (define los síndromes epilépticos). Epidemiológicamente, hay diferencias sustanciales en la etiología de las epilepsias según el país donde se tomen los datos y en los grupos etarios involucrados. Los mecanismos etiopatogénicos están dilucidándose en la actualidad, e involucran alteraciones en las membranas neuronales, cambios en los neurotransmisores y alteraciones en las redes de neuronas. Las manifestaciones clínicas son variables y dependen del sitio desde donde se inician las descargas epilépticas. La marcha diagnóstica se realiza con una historia clínica completa y un EEG; adicionalmente, se buscan factores etiológicos y precipitantes mediante el laboratorio y estudios de gabinete. El tratamiento depende de un diagnóstico preciso del tipo de crisis y del síndrome epiléptico y comprende la elección del medicamento anticonvulsivante más eficaz para el individuo y la atención a factores psicológicos y sociales.

*11 CM - Actualización en el Manejo del Traumatismo Encefalocraneano (Diagnostico y Manejo Inicial).*

*Cruz Campos, Wilfredo; Gutiérrez, Isaí.* Neurorirujano. Jefe de Departamento de Neurocirugía del Hospital Escuela, Tegucigalpa. Presidente de la Sociedad Hondureña para el Estudio y Manejo del Dolor.

En países industrializados cada 15 segundos ocurre un traumatismo craneoencefálico (TCE), como consecuencia de ello, muere un paciente cada 12 minutos siendo la primera causa de muerte en menores de 45 años. En nuestro país los accidentes son la segunda causa de muerte y el TCE esta asociado en un 70 % de estas muertes. En las últimas tres décadas, pocas entidades nosológicas han visto modificada su visión por parte del medico como el traumatismo craneoencefálico (TCE). Grandes avances en el diagnósticos y tratamiento del TCE, como la tomografía axial computarizada (TAC), la monitorización de la presión intracraneal (PIC), las modernas terapéuticas y el soporte vital brindado por las unidades de cuidados intensivos propiciaron un radical descenso de la mortalidad, sin incremento del numero de pacientes con secuelas invalidantes. Al Evaluar un paciente con TCE es importante recalcar la alteración en el estado de conciencia es la marca distintiva de daño cerebral por lo cual el aspecto crítico en la evaluación es determinar su puntuación en la escala de Glasgow; la perdida de la conciencia puede estar determinada por afección del cortex bilateralmente, compromiso del tronco cerebral y subsecuentemente el sistema reticular activador ascendente, otro aspecto es el aumento de la presión intracraneal y además la disminución del metabolismo, fundamentalmente la insuficiencia de oxígeno y glucosa. En el abordaje inicial de los pacientes con TCE al igual que en cualquier otro trauma se debe seguir los lineamientos establecidos en el manual de Mantenimiento de la vida en trauma Avanzado (ATLS) y esto es seguir el ABC. Un aspecto que nunca se debe olvidar es que todo paciente con una lesión en la cabeza debe ser considerado como propenso a tener una lesión de la columna cervical y viceversa, por lo cual se le debe colocar un collar cervical hasta descartar una posible injuria.

*12CM - Radiculopatía y Enfermedad Degenerativa de Columna.*

*Hesse, Heyke.* Medico y Cirujano, especialista en Neurología Clínica. Instituto de Neurociencias y Clínicas Honduras Medical Center, Tegucigalpa Honduras.

La enfermedad de columna lumbar tiene como punto cardinal el lumbago y puede tener una etiología mecánica o no mecánica. Consiste en cualquier síntoma doloroso que ocurre en la región lumbar y constituye 15 millones de consultas/año. Afecta por igual a ambos sexos. Los más afectados son las personas de 40-60 años con vida sedentaria y es el síntoma con más potencial de recurrencia (20 — 44%). Etiológicamente puede ser inespecífico (sin identificación de patología seria ó compresión neurológica) o secundario (asociado a patología como cáncer, traumas, hernias discales). Hay síntomas y signos clínicos de alerta, lo cuales son: pérdida de peso, historia de cáncer, inmunosupresión, abuso de drogas IV, historia de ITU/EPI, fiebre, dolor que aumenta con el reposo, uso de esteroides, trauma, disfunción esfinteriana, anestesia en "silla de montar" y paresia o parálisis de una extremidad. El laboratorio está raramente indicado en la primera consulta y las Rayos X de columna lumbosacra constituyen el estudio inicial más importante. El electrodiagnóstico es necesario en algunos casos específicos. El tratamiento médico tiene un papel secundario; nunca debe ser la única modalidad de tratamiento y jamás de forma crónica. La higiene lumbar, la terapia física y la rehabilitación son el pilar del manejo de estos pacientes. La interconsulta neuroquirúrgica está indicada en los pacientes que presenten el Síndrome de Cauda Equina y/o déficit neurológico severo y progresivo (asociado o no a hernias discales, estenosis espinal o espondilolítesis), después de 4-6 semanas de manejo médico y rehabilitador.

*13CM - Diagnóstico en el Trauma Abdominal Cerrado.*

*Ordóñez, Dagoberto.* Médico especialista en Cirugía General UNAH. Docente de la Facultad de Ciencias Médicas, Cirujano del Hospital Escuela.

*14CM - Actualización en el Manejo del Paciente Quemado.*

*Tróchez Ávila, Emma.* Médica especialista en Cirugía Plástica y Caumatología Universidad Calixto García y Hospital Hermanos Amejeiras, Cuba. Médica asistencial del Servicio de Cirugía del Hospital General San Felipe. Miembro de la Sociedad Hondureña de Cirugía Plástica, Miembro Voluntario de Operación Sonrisa Internacional y Honduras.

Las quemaduras son lesiones causadas por agentes físicos, químicos y biológicos que producen cambios locales de la piel de un simple enrojecimiento, daño de tejidos vecinos y trastornos sistémicos mas o menos graves. Los pacientes quemados producen fallas multisistémicas y han llegado a ser perfectos modelos para el manejo de trauma en forma multidisciplinaria. El manejo de las quemaduras mejoro después de la segunda guerra mundial, cuando se estableció el uso de líquidos y sales, pero las infecciones eran casi siempre mortales, por lo que no se lograba practicar desbridamiento y coberturas. Entre 1950 - 1975 se entendió mejor el papel de las infecciones, la sepsis, los G(+) y los G(-) llegaron los antibióticos sistémicos y tópicos que controlaron mejor las infecciones. Pero el mejor logro en la actualidad es aislar a los pacientes y ofrecerles el cuidado de un equipo multidisciplinario. Dentro de los agentes causantes de las quemaduras los líquidos calientes representan mas del 50%, llama de líquidos inflamables representan cerca del 18%, existen otras causas en menor porcentaje como los ácidos, álcalis y electricidad, pólvora e irradiaciones. En nuestra población la mayoría de los accidentes ocurren en el hogar con líquidos calientes principalmente en los niños. Dado que en las lesiones por quemaduras se producen muchos cambios fisiopatológicos que van desde un simple enrojecimiento de la piel hasta daño multisistémico (hemodinámicas, hematológicos, pulmonares, renales, metabólicos sistema inmune y gastrointestinales) el manejo inicial debe ir orientado a los cambios que se producen por la lesión siendo este inicialmente medico, asegurando la vía aérea, vía venosa, analgesia y sedición del paciente toma de muestras sanguíneas. La reposición de líquidos de forma adecuada es el pilar más importante en la evolución satisfactoria del paciente debido a que en las primeras 48 y 72 horas después de las quemaduras él liquida extra vascular aumenta ostensiblemente y se ha demostrado que en quemaduras mayores el edema que se hace más intenso en las primeras 12 horas hasta llegar al 10% del peso corporal. La mayor proporción de este liquida extracelular es el plasma por lo que algunos creen que el coloide deben administrarse en las primeras horas. Pero para otros autores los coloides no son mejores para mantener el volumen plasmático que los cristaloides en las primeras 24 horas y es por eso que las formulas de Baxter ( Parkland), Brooke, y la hipertónica se prefieren en las primeras horas ( lactato rínger, soluciones de sodio hipertónicas) mientras se mejora la permeabilidad capilar. El tratamiento quirúrgico (necrectomias curas bajo anestesia deben hacerse tempranamente así como la coberturas cutáneas) La rehabilitación del paciente quemado debe iniciarse tempranamente para evitar las secuelas que se producen en el gran quemado sobre todo cuando involucra las zonas de flexión y zonas especiales.

#### *15CM - Lesiones por Perdigones en Cuello, Tórax y Abdomen.*

*Ayes Valladares, Francisco E.* Médico especialista en Cirugía General y Cirugía de Tórax en el Hospital San Juan de Dios y Hospital Rafael Ángel Calderón Guardia, San José Costa Rica. Médico asistencial en Clínicas Honduras Medical Center.

**Objetivo:** Se estableció el comportamiento y evolución de las heridas producidas por perdigones de escopeta y armas de fabricación casera y se sugiere el curso de acción para un correcto abordaje y manejo, a través de una clasificación sugerida por Mattox y col. Se compara la experiencia adquirida hasta el momento con la recopilada por otros autores. **Material y Métodos:** Estudio prospectivo, descriptivo que involucra 21 pacientes que sufrieron heridas por perdigones de cuello y torso atendidos en el Hospital Escuela en un período de 36 meses y seguidos por 24 meses adicionales. **Resultados:** La edad media de los pacientes es  $25 \pm 2$  años. El 100% de los casos son varones. Todas las heridas fueron provocadas por armas de fabricación casera (chimbas). Seis pacientes ingresaron con lesiones torácicas, 5 casos presentaron lesiones cervicotorácicas. Otros 5 pacientes presentaron lesiones tóracoabdominales y en los restantes 5 casos, el compromiso fue abdominal y de la ingle. Las lesiones se clasificaron de acuerdo a la distancia del disparo, el área de superficie afectada y la posibilidad de lesión visceral. Así, las lesiones Tipo I (N=7) presentaron poca o ninguna lesión, las Tipo II (N=8) se asociaron a un 50% de lesiones viscerales y las Tipo III (N=6) a 100% de lesiones viscerales con mortalidad global de 17%- **Conclusiones:** La aplicación de los protocolos para el abordaje de las lesiones penetrantes de cuello y torso vigentes de la Sociedad Norteamericana para la Cirugía de Trauma son aplicables a las lesiones por perdigones de estas áreas anatómicas y junto con la clasificación de Mattox y col. establecen la posibilidad de lesión visceral por perdigones y permiten detectar oportunamente a los pacientes potencialmente quirúrgicos,

evitando así el manejo empírico que conlleva a diferir intervenciones quirúrgicas o a realizarlas innecesariamente.

*16CM - Diabetes Mellitus. Actualización en el Enfoque y Tratamiento.*

*Arita de Álvarez, Ónix.* Especialista en Medicina Interna y Endocrinología. Miembro de la Sociedad Americana de Endocrinólogos Clínicos, de la Asociación Americana de Diabetes, de la Sociedad Mexicana de Nutrición y Endocrinología.

La Diabetes Mellitus es una enfermedad metabólica que se caracteriza por la elevación de los niveles de glucosa plasmática, que resulta de defectos en la secreción de insulina, defectos en la acción de la insulina a nivel tisular o a una combinación de estas alteraciones, lo que lleva a un mayor estrés oxidativo con aterosclerosis acelerada, y finalmente a daño micro y macrovascular con las consecuentes complicaciones y daño multiorgánico. La Diabetes Mellitus tipo 2 está asociada directamente al Síndrome de Resistencia a Insulina, por lo que el enfoque de esta enfermedad debe de abarcar el control metabólico de el paciente de todos los elementos asociados a este síndrome, como lo son el sobrepeso u obesidad, las dislipidemias, la hipertensión arterial. Para lograr los objetivos en cuanto a prevención cardiovascular en forma significativa. En cuanto a Diagnóstico lo ideal es la detección temprana del disturbio metabólico, desde etapas de prediabetes o Intolerancia a Glucosa Oral, los valores de glucosa en ayuno para este diagnóstico en la actualidad es de 100-125mg/dl en ayunas. valores iguales o mayores de 126mg/dl en ayunas son diagnóstico de Diabetes, así como un valor de 200mg/dl a las 2 horas de una Curva de Tolerancia a Glucosa Oral con 75gr. de Glucosa Oral. La Diabetes Mellitus tipo 2 se sitúa en el momento actual como una epidemia a nivel mundial, de la mano con la Obesidad y el Síndrome de Resistencia a Insulina como causal de estos disturbios metabólicos. En nuestro medio de acuerdo a estudios de grupos aislados, al azar, se infiere una prevalencia de aproximadamente el 12%, tomando en cuenta que por cada paciente que se diagnostica como diabético, hay de 3 a 5 pacientes que no lo saben y que ya tienen la enfermedad o que están en estadios de intolerancia o prediabetes. La educación y adoptar cambios sustanciales en el estilo de vida, como la alimentación, actividad Física, Controles médicos periódicos son la piedra angular en la prevención de tan devastadora enfermedad, que cobra altos costos en salud pública, economía familiar, e incapacidad personal, emocional y marginamiento social en el paciente que la adolece con complicaciones como ceguera, insuficiencia renal, enfermedad cardiovascular y amputaciones. Actualmente el enfoque terapéutico está dirigido a la educación del paciente, diseño de un plan nutricional y de actividades adaptado a sus necesidades y posibilidades. Entrenamiento en automonitoreo para ajustar los esquemas terapéuticos. Estos esquemas terapéuticos son individualizados, durante la conferencia de detallará sobre ellos, la tendencia actual es usar combinación de hipoglucemiantes orales o de estos con insulina para lograr el control ideal. Finalmente podemos decir que un paciente diabético tiene un control adecuado si logramos: a) hemoglobina glucosilada menor de 6.4%; b) glucosa de ayuno entre 80-110mg/dl; c) glucosa post-prandial menor de 140mg/dl; d) Presión Arterial menor de 130/80mmHg; e) C-LDL menor de 100mg/dl; f) Tg menor de 150mg/dl; g) C-HDL Mayor de 45 en hombres y mayor de 55mg/dl; en mujeres'; g) IMC menor de 25Kg/mt<sup>2</sup>. Los objetivos deben de individualizarse, niños, mujeres embarazadas, ancianos requieren ajustes diferentes.

*17CM - Hiperplasia Prostática Benigna*

*Fiallos M, Luis.* Médico y Cirujano graduado en la UNAH, especialista en Urología graduado en la Universidad Nacional de Córdoba Argentina. Médico Urólogo en Instituto Hondureño de Seguridad Social y Clínicas Viera, Tegucigalpa.

Debido a que es un trastorno muy frecuente en pacientes mayores de 50 años y una de las consultas más frecuentes para consultar al médico; se definirá la Hiperplasia Prostática Benigna como los síntomas del aparato urinario bajo y los más importante su tratamiento. Así mismo se tratará de orientar a la población médica en general como actuar antes estos casos y en que momento derivarlos al Urólogo.

*18CM - Manejo Médico de la Gonartrosis.*

*Chinchilla Oliva, Manuel Rene.* Especialista en Traumatología, Ortopedia y Artroscopia. Medico Asistencial Hospital General San Felipe y Asilo de Inválidos.

En 1994 un taller de trabajo Titulado "Nuevos Horizontes en Artrosis" definió "La Artrosis es un grupo de distintas enfermedades que se solapan, que pueden tener diferentes etiologías, pero que tienen un pronóstico biológico, morfológico y clínico similar. Estos procesos patológicos no solo afectan al cartílago articular sino que aplican a toda la articulación, incluidos el huso subcondral, los ligamentos, la cápsula, la membrana sinovial y los músculos periarticulares. Finalmente, el cartílago articular degenera con fibrilación, fisuras, ulceraciones y engrosamiento total de la superficie articular". Por lo tanto la artrosis depende de los factores etiológicos locales o sistemáticos presentes para clasificarla en su forma idiopática (o primaria) y la secundaria. Es difícil aplicar definiciones al diagnóstico de la artrosis en un sujeto individual de la comunidad o a un paciente en un ambiente clínico. Los criterios tradicionales se basan en presencia de características radiológicas de artrosis, también hay una relación entre cambios radiológicos y la presencia de dolor. La presencia de estos síntomas y signos en menor o mayor grado ayudan al diagnóstico agregando además el tiempo de duración del dolor. Prevalencia: Mas del 80% de todos los mayores de 55 tienen evidencias radiológicas de artrosis. Las mujeres tiene el doble de probabilidades que los hombres y las mujeres negras tienen el doble de las mujeres blancas, de padecer artrosis de rodilla, la artrosis de cadera es menos común y no hay predominio femenino. Traumatismo y Estrés Repetitivo: Tanto el traumatismo grave como el estrés repetitivo han sido implicados como causa de artrosis por Ej.: Paciente con fractura trimaleolar desarrollará artrosis de tobillo con certeza casi absoluta. La pérdida de la integridad del ligamento cruzado anterior, lesión del menisco, meniscectomía conducen a la artrosis de rodilla, el cartílago degenera rápidamente si la articulación es inestable. En ausencia de lesión de rodilla, trotar o correr largas distancias no parece aumentar el riesgo de desarrollar artrosis de rodilla. La obesidad se ha relacionado con el desarrollo a posterior de artrosis, así como la disminución de la masa muscular por falta de uso, o la falta de desarrollo muscular por obesidad aumentan el riesgo de artrosis. Otros factores de riesgo incluyen genéticos, Densidad ósea, Deficiencia estrogénica, Deficiencias Nutricionales. Patogenia: Esencialmente, la artrosis se desarrolla en dos situaciones: Cuando las propiedades del material del cartílago y del hueso subcondral subyacente son normales pero la excesiva carga sobre la articulación causa el fallo del tejido, o cuando la carga aplicada es razonable pero las propiedades del material del tejido del cartílago (por ejemplo hueso, ligamentos, músculos periarticular) son inferiores. Síntomas: El dolor articular lleva a la gran mayoría a buscar atención médica. El resto de manifestaciones sistémicas (fiebre, anemia, pérdida de peso). El dolor se describe como sordo profundo localizado en la articulación afectada que se agrava con el uso de esa articulación y mejora con el reposo y que en un inicio es intermitente y al final puede transformarse en constante cada vez mas severo hasta llegar a ser incapacitante. El dolor nocturno en cadera predice en un 90% el derrame articular. Otras veces el dolor es referido o relacionado con ciertos movimientos como ejemplo: la rotación interna en cadera ; otras veces se relaciona con rigidez matutina con crepitos o no deformidades angulares, valgo o varo articular. Terapia No Médica para el Dolor: *ejercicio* (reducción de la discapacidad y mejorar función, protección de la articulación artrósica, prevención de la discapacidad); *pérdida de peso* (Recordar que la obesidad es factor de riesgo); modalidades térmicas y soporte patelar.

*ICP - Salud, Calidad de Vida y Derechos Humanos.*

*Almendares Bonilla, Juan.* Estudios en Bioquímica y Fisiología. Docente investigador de la Universidad Nacional Autónoma de Honduras.

La vida es inherente a la salud, calidad de vida y derechos humanos. En el siglo XXI no se puede abstraer la salud de la calidad de vida ni tampoco del marco de los derechos humanos. Sin embargo estos tres conceptos necesitan ser analizados desde el punto de vista de la historia, filosofía y la epistemología. El enfoque histórico, crítico y reflexivo permite valorar que realidad de salud cambia según las transformaciones económicas de la sociedad (modos de producción social), condiciones materiales y espirituales en que viven los sujetos y las concepciones filosóficas e ideológicas políticas en que sustentan las estructuras de prestación de los servicios de

salud y la articulación de estos servicios a la política del Estado y la globalización mundial. Las formas de investigar, evaluar la salud en las personas o en una sociedad va estar influido por el modelo económico y político dominante. En el modelo de la globalización la filosofía dominante es la del pragmatismo y el utilitarismo, las personas en el sistema de salud son cosas o mercancías y los trabajadores de la salud son instrumentos del sistema. La salud se concibe; como salud productiva; aquella que produce ganancia. En este sentido se observa que la población asegurada en salud en Honduras es menos del 15% y que el crecimiento del Seguro Social ha sido lento y de escasa cobertura. Mientras que 60 % de la población que no es productiva en el sentido capitalista; por consiguiente tiene una menor calidad de servicios y cada día tienen que ser pagados por los pobres que no tienen ingresos económicos para hacerlo. En otras palabras se trata de la privatización de los servicios de salud por parte del Estado que ha sido obligado por las políticas multinacionales a reducir los gastos sociales en salud, educación, alimentación y vivienda. Las políticas basadas en el neoliberalismo han incrementado la pobreza y al reducir los gastos en salud han empeorado la calidad de vida y acrecentado la violencia y vulnerado los derechos humanos. Se requiere un replanteamiento de la calidad de vida y su valoración cualitativa y cuantitativa desde una óptica que permita contextualizar la problemática de la salud no solo en forma subjetiva, sino objetiva e integral.

*19CM - Actualización en el Uso Racional de Antibióticos en Pediatría.*

*Rivera Medina, Doris Maribel.* Pediatra Infectóloga. Médica Asistencial en el Instituto Hondureño del Seguro Social. Asesora del Programa VIH-SIDA de Honduras.

La resistencia bacteriana es un problema creciente en el ámbito mundial, con el desarrollo de los antibióticos en el siglo pasado se pensó que las enfermedades infecciosas serian controladas por completo, sin embargo cada día somos más vulnerables por la aparición de bacterias resistentes. La resistencia a los antimicrobianos es un fenómeno biológico natural, pero se convierte en un problema significativo para la salud pública, cuando se multiplica debido a la utilización incorrecta y el descuido humano. La resistencia se observa en lugares donde los médicos sólo han concentrado su atención en suministrar medicamentos a sus pacientes y no a velar por un buen diagnóstico, por la prescripción adecuada y por la observancia del tratamiento. Las causas que desencadenan estos problemas incluyen: automedicación (personas sin conocimientos ni indicación médica toman libremente un tratamiento antibiótico), falta de cumplimiento de la indicación médica (interrupción de un tratamiento antes del tiempo recomendado por el médico), prescripción médica incorrecta: utilización de un determinado fármaco en una patología que no lo requiere, duración insuficiente de la terapia, dosis inapropiadas del fármaco (dosis que no son efectivas). La educación de los consumidores y de la comunidad acerca del uso racional de los antimicrobianos es fundamental para abordar el problema de la farmacoresistencia. Es necesario que los pacientes reconozcan la utilidad de los antimicrobianos y aprendan cómo deben y cómo no deben emplearse; y que sean conscientes de la importancia de tomarlos cuando haga falta y de evitarlos cuando no sean necesarios. También es importante que el medico no los indique como medida preventiva o para su "seguridad", que al momento de indicar una terapia empírica tome en cuenta las posibles etiologías para una mejor selección, la duración de la terapia depende de la patología y/o la bacteria que la ocasiona. Es importante recordar que los antibióticos no solo actúan sobre las bacterias que deseamos eliminar sino que destruyen la flora normal y selecciona bacterias resistentes, es por ello que debemos ser muy racionales a la hora de indicarlos, estar seguros de que estamos ante una etiología bacteriana y no frente a un virus. A continuación revisamos algunas terapias para uso empírico, recordando que de ser posible deben tomarse los cultivos correspondientes antes de iniciar la terapia antibiótica

*20CM - Tuberculosis Pulmonar en Pediatría.*

*Mejía Reyes, Ornar.* Pediatra Neumólogo. Pediatra asistencial y de guardia del Hospital de San Lorenzo.

La tuberculosis en niños constituye un problema desafiante tanto desde el punto de vista diagnóstico como terapéutico especialmente en países sub-desarrollados. La Organización Mundial de la Salud, estima que entre

el año 2000 y 2020; aproximadamente 200 millones de personas enfermarán y 35 millones morirán de tuberculosis. La exacta proporción de niños con tuberculosis se desconoce pero se estima que es de 3 a 13% de todos los casos. El diagnóstico de la tuberculosis infantil contrario a la de los adultos es difícil y debe basarse en una combinación de criterios: a) Historia de contacto con un adulto contagioso, b) Cuadro clínico sugestivo de tuberculosis de evolución subaguda o crónica (niño que no medra o pierde peso, apatía, hiporexia, fiebre prolongada, tos, sibilancias, derrame pleural y linfadenopatías). c) Anormalidades en la radiografía de tórax tales como: adenopatía intratorácica, patrón miliar, cavernas, derrame pleural o atelectásias. d) Prueba cutánea de mantoux positiva según categoría de riesgo definida por el reporte del Comité de Enfermedades Infecciosas y Academia Americana de Pediatría año 2000. e) Estudios micobacteriológicos. f) Estudios anatomopatológicos. En base a estos criterios se establecen varios tipos clínicos de tuberculosis infantil: a) Infección tuberculosa (contacto tuberculino positivo sin evidencia clínica, radiológica o laboratorial de enfermedad), b) Tuberculosis pulmonar primaria (adenopatía hiliar con o sin enfermedad parenquimatosa primaria) c) Tuberculosis pulmonar progresiva primaria (enfermedad endobronquial y miliar), d) Efüsión pleural tuberculosa, e) Tuberculosis extrapulmonar .i) Tuberculosis por reactivación (tuberculosis del adulto ). El tratamiento se base en un régimen intensivo durante 6 meses con 3 ó 4 drogas en la fase inicial para todas las formas de tuberculosis pulmonar no complicada; para formas severas se recomienda una duración mas prolongada. El rol de la terapia estrictamente supervisada , ha sido reconocido e implementado en el control de la enfermedad. Los casos complicados como tuberculosis multidrogorresistente deben ser manejados por especialistas en tuberculosis.

#### *21CM - Infección por VIH/SIDA en Pediatría.*

*Rivera Medina, Doris Maribel.* Pediatra Infectóloga. Médica Asistencial en el Instituto Hondureño del Seguro Social. Asesora del Programa VIH-SIDA de Honduras.

La infección por VIH en pediatría se adquiere hasta en el 95% de los casos por transmisión de madre a hijo, el 5% restante es debido a abuso sexual, sexo precoz o transfusión sanguínea. La transmisión de madre a hijo puede ocurrir durante el embarazo, parto o por lactancia materna, estas dos últimas formas son las responsables de dos tercios de las transmisiones. La tasa de transmisión de madre a hijo es variable, depende de varios factores. El riesgo de transmisión es mayor cuando la madre tiene carga viral alta (infección reciente o SIDA avanzado), rotura prematura de membranas (6 horas o más), episiotomía, deficiencia severa de vitamina A, infecciones de transmisión sexual no tratadas, lactancia materna (especialmente si se alterna con lactancia artificial). En los niños infectados en forma perinatal la dinámica de la infección es variable, pudiendo desarrollar SIDA durante el primero o segundo año de vida (progreso rápido) o tener un lento desarrollo de la enfermedad, con inicio de síntomas hasta los 5 - 8 años de edad, y en ocasiones incluso más tarde. La transmisión intraútero y la carga viral alta en la madre se asocian a progresión rápida, la transmisión intraparto o por lactancia materna se asocia a progresión lenta. Es importante en la evaluación de los parámetros clínicos es importante determinar el compromiso inmunológico mediante el conteo CD4 que debe ser interpretado según tablas por edad. En los niños asintomáticos menores de 18 meses de edad el diagnóstico de infección VIH se basa en la demostración del virus o sus productos (reacción en cadena de polimerasa -PCR- carga viral, antígeno P24). En el niño sintomático la detección de anticuerpos puede ser suficiente, sin importar la edad del niño. Los pacientes con VIH/SIDA requieren cuidados similares a los pacientes sero negativos: control de crecimiento y desarrollo, vacunas, manejo de enfermedades agudas según AIEPI. La terapia antirretroviral está indicada en pacientes sintomáticos y/o en pacientes con compromiso inmunológico o carga viral mayor de 300,000 copiar de ARN viral /mi de plasma en menores de 30 meses y con más de 30,000 copias en mayores de 30 meses, debiendo utilizarse tres antirretrovirales (2 inhibidores nucleósido y un no nucleósido o un inhibidor de protacasas). La terapia es uno de los componentes de la atención integral, es fundamental el manejo multidisciplinario a fin de mejorar la calidad de vida.

*22CM - Infecciones de Transmisión Sexual en Niñas en Situaciones Especiales.*

Reyna F, Jesús. Médico Infectólogo. Maestro en Ciencias, Labora en Clínicas de Infecciones de Transmisión Sexual, Médico Adjunto del Departamento de Infectología del Instituto Nacional de Perinatología IMPER, México DF.

Más de seis millones de niños y jóvenes están en riesgo de abandono familiar y social en nuestro país. El DIF tiene censados nacionalmente a 43,797 niños y niñas de la calle que están en situación vulnerable, marginados y abandonados; las niñas sufren abuso sexual y son víctimas de la industria del sexo (pornografía y prostitución); las ITS son frecuentes entre ellas. La tricomoniasis urogenital era la décima causa de morbilidad entre los niños de la calle de 5 a 14 años en 2001, más que el VIH u otras ITS. La única manera de prevenir las ITS en las niñas calle es sacándolas de ahí y reintegrándolas a su entorno familiar y social, con la participación de instituciones públicas y privadas. Sexo, turismo e ITS. Según la Organización Mundial de Turismo, en 1997 hubo 613 millones de turistas en todo el mundo. Se sabe que el 11% del valor mundial de la producción en el año 2000 se generó del turismo y que, en México, uno de cada nueve puestos laborales es producto del turismo. Pero otra cara del placer de los turistas que a veces desconocemos son las infecciones de transmisión sexual. Los factores de riesgo son más altos en algunos turistas, sobre todo en el medio en que se desenvuelven. Se ha estimado que alrededor de 10% de los turistas acuden a lugares donde se ofrecen espectáculos eróticos, algunos de ellos con servicios sexuales. Los turistas que con más frecuencia adquieren infecciones genitales tienen edades que fluctúan entre 20 y 28 años, comparativamente con los de mayor. Otro dato que llama la atención es la relación entre el medio de transporte que usa el turista y los factores de riesgo para adquirir una ITS. ITS en la frontera norte de México: el nuevo reto. Es una tarea compleja estudiar el fenómeno de las ETS en un área como la frontera México-USA; influyen factores muy particulares, socioeconómicos, políticos, culturales, que hacen más difíciles las situaciones básicas como el registro, es seguimiento de contactos, el apego a tratamientos, entre muchos otros. El fenómeno migratorio que todos los días ocurre en esta frontera hace que enfermedades como las ETS, el VIH-SIDA o la tuberculosis pulmonar, se vuelvan asuntos que a los dos países. En la frontera de California con Tijuana, el promedio de cruces fronterizos es de tres mil cada 24 horas. Por otra parte, siempre es más difícil cuando a quince minutos de Tijuana encontramos una infraestructura de primer mundo en cuanto a medicina preventiva, epidemiología, laboratorios, etc., que en ocasiones hace ver más graves nuestras carencias que si trabajamos en otra ciudad del interior del país.

*23CM - Asma Bronquial en el Embarazo (Manejo y Actualización).*

Vallecillo, Jesús Octavio. Médico Gineco-Obstetra especialista en Medicina Materno Fetal. Sala de Embarazo Patológicos Hospital de Especialidades Instituto Hondureño de Seguridad Social IHSS y Clínicas Honduras Medical Center. Tegucigalpa.

El asma bronquial es una de las complicaciones médicas más frecuentes en el embarazo. Alrededor de 6% de las pacientes embarazadas tienen asma. Estudios varios han revelado altas tasas de complicaciones perinatales en las pacientes embarazadas con asma, incluyendo pérdidas gestacionales, prematuridad, preeclampsia y bajo peso al nacer. Estudios prospectivos en la última década han encontrado resultados contrastantes con lo anterior en donde no se demuestra tal asociación. El plan de manejo de estas pacientes debe ser diseñado con el fin de minimizar los riesgos a la madre como al feto, con respecto a consecuencias a corto y largo plazo, como ser toxicidad medicamentosa y/o efectos adversos y la teratogenicidad. Se debe realizar el mayor esfuerzo para prevenir exacerbaciones agudas de la enfermedad y mantener sus síntomas al mínimo posible. Las crisis agudas de asma hacen vulnerable al binomio a una hipoxia progresiva con resultados potenciales desastrosos. La severidad del asma empeora en 20-35% de los casos durante el embarazo, permanece estable en alrededor del 40-50% y mejora en 20-30%. Estudios prospectivos han demostrado que se requiere mayor medicación para controlar la enfermedad en 42% de los casos, siendo el final del segundo trimestre y tercer trimestre el tiempo en que más frecuentemente se presentan las exacerbaciones. Existen diversas clasificaciones para medir la severidad del asma. Estas deben ser de mucha ayuda para evaluar la frecuencia de evaluación que debe tener la

paciente durante su embarazo. Dentro de los medicamentos conocidos para la profilaxis y tratamiento de las crisis asmáticas tenemos a los broncodilatadores de acción rápida y de acción prolongada, antiinflamatorios no esteroideos (orales e inhalados), antagonistas de los receptores de los leucotrienos, inhibidores de la síntesis de leucotrienos y las metilxantinas. Es claro que muchos terapias usadas producen beneficios a las pacientes en crisis, pero también es cierto que el mal manejo de los mismos tienen complicaciones demostradas tanto en la madre como en el feto. Las mujeres embarazadas con asma deben ser manejadas con el fin de alcanzar un buen resultado perinatal. La evaluación periódica de su condición facilita la intervención medicamentosa para optimizar el control de los síntomas y prevenir las crisis agudas. La educación a la paciente es la clave para utilizar oportunamente los medicamentos antes que un proceso agudo se torne crítico. La mayoría de las terapias son seguras para su uso durante el embarazo. Los beneficios de un buen control de la enfermedad sobrepasa los riesgos del tratamiento de los preparados comúnmente usados para el asma.

*24CM — Infecciones de Transmisión Sexual, la Otra. Cara del Sida..*

*Reyna F, Jesús.* Médico Infectólogo. Maestro en Ciencias, Labora en Clínicas de Infecciones de Transmisión Sexual, Médico Adjunto del Departamento de Infectología del Instituto Nacional de Perinatología IMPER, México DF.

El síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) representa el problema de salud más importante a nivel mundial en los últimos 20 años. Los primeros casos de este síndrome fueron reportados en los Estados Unidos de Norte América a principio de los años 80's, desde entonces el SIDA se ha convertido en una de las mas grandes pandemias, la Organización Mundial de la Salud estima que para Junio de 2002, se encuentran alrededor de 40 millones de pacientes infectados a nivel mundial, con un fuerte predominio en el África SubSahariana, así como en los Estados Unidos de Norte América y en el continente asiático, no obstante, se establece que prácticamente todos los países del mundo han reportado casos de pacientes infectados. Vías de transmisión: El VIH puede transmitirse por vía sexual, por sangre y por vía perinatal. La vía sexual es la más común de todas, en ella participa la presencia del VIH en células y secreciones genitales, potencializándose el riesgo por el mismo trauma propio de la relación sexual. El contacto único con individuos infectado representa un riesgo bajo de infección, pero entre mayor número de relaciones se tengan el riesgo de contagio se incrementa. Inicialmente las relaciones homosexuales fueron las más relacionadas a la transmisión sexual del VIH, pero en los últimos años la relación heterosexual se ha convertido en la más importante. A partir del control de los bancos de sangre a través de los programas obligatorios de sangre segura, se ha reducido de manera importante la transmisión por transfusión de hemoderivados, este riesgo se mantiene latente a través de los accidentes entre los familiares de estos pacientes o en el personal de salud dedicado a la atención de los pacientes infectados por el VIH. Afortunadamente el contacto con sangre infectada por punciones accidentales o contacto de la misma con mucosas integra representa un riesgo no mayor del 0.3% para infectarse. La transmisión perinatal es en la actualidad la principal vía de contagio para el grupo pediátrico, la infección puede ocurrir dentro del útero, durante el parto o con la lactancia. Afortunadamente el uso de terapia antirretroviral en la mujer embarazada ha reducido los porcentajes de este tipo de transmisión. El VIH como una Enfermedad de Trasmisión Sexual. Como ya fue comentado con el control de los bancos de sangre a través de los programas de sangre segura, la transmisión hematogena del VIH ha pasado a segundo plano dentro de las rutas de transmisión de la infección, considerándose actualmente al contacto sexual como el principal origen de diseminación de la pandemia. Se estima que entre un 75 a 85% de todos los casos de infección en el adulto a nivel mundial, actualmente tienen este origen, favorecido por la conducta de tener relaciones sexuales con múltiples parejas en forma desprotegida, ya que como se conoce, el VIH esta presente tanto en los fluidos vaginales, como en el semen, incluyendo al moco de lubricación pre-eyaculación, por lo que en forma categórica esta infección ahora es catalogada como una Enfermedad del grupo de las transmitidas sexualmente (ETS). Se conoce que existe una importante asociación entre las ETS convencionales y el VIH, estableciéndose que el paciente infectado por el VIH y que presenta otras ETS pueden presentar evoluciones mas dramáticas de su enfermedad. De igual forma la infección por el VIH y su daño a la respuesta inmune del hospederero, ínteractúa favoreciendo la progresión de ETS a curso mas graves como los casos de candidiasis vaginal

recurrente de difícil manejo, el incremento de recurrencias en las infecciones herpéticas genitales, el mayor número de complicaciones intrabdominales de los casos de enfermedad pélvica inflamatoria, así como la rápida progresión a carcinoma de las infecciones cervicales por el Virus del papiloma humano. En forma simultánea a esta progresión se observa una menor respuesta de estas infecciones a los manejos médicos tradicionales, por lo que en los pacientes infectados por el VIH, las recomendaciones terapéuticas para el tratamiento de estas ETS pueden sufrir variaciones. De lo que sí, no existe duda, es que las enfermedades de transmisión sexual y en especial las que ocasionan ulceraciones incrementan hasta 10 veces el riesgo de transmisión de la infección por el VIH, lo que epidemiológicamente ha permitido vigilar que en las zonas geográficas de alta prevalencia de enfermedades de transmisión sexual, la prevalencia de infección por este virus, tan bien es elevada. Diagnóstico: La determinación de anticuerpos séricos contra el VIH es el método estándar de diagnóstico. Se establece que para realizar el diagnóstico de infección por el VIH se debe tener dos resultados positivos mediante la prueba de ELISA más una prueba confirmatoria positiva, ésta generalmente es el estudio de inmunoelectrotransferencia conocido como Western blot. En todos los casos en que no se cumplan los lineamientos anteriormente descritos no se puede establecer que un individuo está infectado. Otras pruebas diagnósticas son: La determinación de antígenos virales, el aislamiento del virus y la cuantificación del RNA viral sérico mediante la prueba de reacción en cadena de la polimerasa. Manifestaciones clínicas. El espectro de manifestaciones clínicas de un paciente con SIDA es muy amplia y depende del tipo de infección oportunista o neoplasia con la que curse, además del órgano o sistema involucrado. De acuerdo a la etiología, las infecciones del paciente con SIDA pueden ser: 1) Micóticas: Estas pueden ser ocasionadas por las diferentes especies de *Candida*, o por otros hongos como *Histoplasma capsulatum* o *Cryptococcus neoformans*. La candidiasis afecta sobre todo el tubo digestivo, la histoplasmosis es sistémica y la criptococosis afecta principalmente SNC. 2) Parasitarias: En estas, las que participan con mayor frecuencia *Peumocystis carinii*, ocasionado neumonía, *Criptosporidium sp* causante de cuadros diarreicos crónicos y *Toxoplasma gondii* con afectación del SNC. 3) Virales: En las que principalmente participan el Ckomegalovirus ocasionando infección sistémica, enteritis y coriorretinitis, el Virus Herpes simple con cuadros de herpes genital extenso o bien herpes diseminado y el virus herpes tipo 8, que es un virus que se ha relacionado a la etiología del sarcoma de Kaposi.

#### 25CM - Manejo Integral Multidisciplinario de la Hipertensión Arterial Crónica en el Embarazo.

Vallecillo, Jesús Octavio. Médico Gineco-Obstetra especialista en Medicina Materno Fetal. Sala de Embarazo Patológicos Hospital de Especialidades Instituto Hondureño de Seguridad Social IHSS y Clínicas Honduras Medical Center, Tegucigalpa.

La hipertensión crónica (HC) en las mujeres embarazadas la definimos como la elevación de la presión arterial documentada previo a la gestación. En aquellas pacientes en que se ignoran los datos de su presión arterial previa, el diagnóstico se basa en la presencia de hipertensión sostenida antes de las 20 semanas de gestación. Otros factores que sugieren HC son: cambios en la retina a la evaluación fundoscópica, evidencia radiológica y electrocardiográfica de agrandamiento cardíaco, función renal alterada o enfermedad renal asociada, multiparidad con historia de hipertensión en sus embarazos y presencia de hipertensión después de las seis semanas post parto. Su incidencia se calcula en un 3%. Las mujeres que cursan con HC tienen un riesgo incrementado de presentar preeclampsia sobreagregada, la cual esta asociada a una alta tasa de resultados adversos maternos y perinatales. Algunas otras complicaciones incluyen: abrupcio placentae, nacimiento previo a las 37 semanas y bajo peso al nacer. El objetivo primario en el manejo de la HC durante el embarazo es reducir los riesgos maternos y alcanzar una supervivencia perinatal óptima. Este objetivo puede lograrse con un plan definido que incluya consejería y evaluación preconcepcional, control prenatal temprano, visitas prenatales frecuentes para monitorizar el bienestar tanto materno como fetal, nacimiento en el tiempo ideal, monitoreo intraparto y manejo posparto adecuado. El manejo de las pacientes con HC debe idealmente iniciar previo al embarazo, donde una extensa evaluación debe realizarse para investigar la etiología, severidad y presencia de otras enfermedades médicas, y descartar la presencia de daño a órganos blanco de la hipertensión crónica de larga evolución. Debe interrogarse con respecto a la duración de la enfermedad, uso de antihipertensivos, tipo de los mismos y la respuesta a ellos. Interés especial debe existir ante la presencia de enfermedad cardiaca o

renal, diabetes, enfermedad tiroidea o historia de enfermedad cerebro vascular o insuficiencia cardiaca congestiva. La detección de esta primera fase en el manejo multidisciplinario corresponde al médico familiar (general, internista o cardiólogo). La referencia para su visita preconcepcional es vital. Toda mujer en edad reproductiva con HC tiene que contar con visitas preconcepcionales para asesorarse de su enfermedad y la relación de la misma con un potencial embarazo. La comunicación entre el obstetra y los demás médicos participantes es el fundamento para el manejo multidisciplinario durante el embarazo, sobre todo si no existieron visitas preconcepcionales. La embarazada con HC diagnosticada en el embarazo deberá cumplir una serie de visitas a médicos interconsultantes: oftalmólogo, internista o cardiólogo, nefrólogo y reumatólogo si su evaluación así lo amerita y al perinatólogo. Esta visión en equipo mejora drásticamente el abordaje y manejo de la paciente hipertensa crónica. Las sesiones de discusión de casos deben estar contempladas para aquellas pacientes de difícil manejo, en donde las evaluaciones aisladas por los diferentes especialistas no son suficientes para mejorar pronósticos perinatales y maternos. Las guías clínicas o protocolos de manejo de las instituciones de los distintos niveles deben contemplar de forma detallada el abordaje multidisciplinario en todas las embarazadas con enfermedades médicas concurrentes.

*26CM - Glomerulonefritis Aguda. Manejo Actual,*

*López Aguilar, Aliño.* Pediatra Nefrólogo. Jefe de Sala y Unidad de Hemodiálisis Hospital Materno Infantil, Tegucigalpa.

La GNA es un síndrome relativamente frecuente en nuestro medio, con una frecuencia promedio en el Hospital Materno Infantil de 30 niños por año, las edades más frecuentes de presentación que observamos son: de 6-9 años (37%), de 2-5 años (34%), es rara antes de los 2 años (0.6%), con una mortalidad en el periodo agudo de 1.3 % (condicionada por su condición crítica al ingreso) , y una evolución a la cronicidad del 6%. Los objetivos principales de esta presentación es actualizar el manejo sintomático de la fase aguda, y saber detectar en forma precoz los que evolucionan hacia insuficiencia renal terminal, para ofrecerles un tratamiento inmunosupresor temprano. La GNA es un síndrome caracterizado por la presentación aguda de hematuria macroscópica, falla renal aguda con retención líquida que se manifiesta por edema e hipertensión, proteinuria usualmente no masiva. La etiología de las GNA varía, la más frecuente es el grupo de las GNA post-infecciosas (bacterias, virus, parásitos, hongos). La GNA Post-Estreptocócica es la que mas predomina en este grupo. El mecanismo inmunológico de daño renal es por formación de inmucomplejos Ag-Ac formados "in-situ" y por inmucomplejos circulantes. El diagnóstico de la GNAPE esta determinado por: clínica, estudio serológico y bacteriológico para comprobar una infección estreptocócica reciente. El estudio serológico consiste en determinar anticuerpos contra productos metabólicos extracelulares del estreptococo Beta hemolítico del grupo "A", estos anticuerpos no confieren actividad protectora, pero tienen utilidad diagnostica: Tests serológicos: anti estreptolisina "0" (ASO), antidesoxirribonucleasa B (anti-DNA se B), anti-nicotinamide-dinucleotidasa (anti-NADse), anti-hialuronidasa (AH), antiestreptokinasa (AEK). La respuesta inmunológica de la faringitis estreptocócica es diferente a la de la piodermitis, después de infección faríngea el ASO se eleva en 80% de los casos, comienza a elevarse de 1-3 semanas, con un pico mas alto a las 3-5 semanas y retorna progresivamente a lo normal en 6 meses, se debe repetir el examen a las 2 semanas, en casos de piodermitis el ASO no se eleva, ya que la estreptolisina "0" se liga a los lípidos de la piel y es neutralizada, en caso de piodermitis es mejor cuantificar niveles de anti-DNAse B. Uroanálisis. La osmolalidad urinaria esta aumentada con GE elevada, la hematuria es de glóbulos rojos pequeños y dísomorficos con membrana celular irregular, usualmente se encuentran cilindros hematícos, hay leucocituria principalmente en fase temprana, también se encuentran cilindros hialinos y granulares. Tratamiento. El tratamiento del niño con GNAPE es sintomático de soporte, la primera decisión es si se hospitaliza o no, los pacientes con edema, hipertensión o con elevación de los niveles de BUN y creatinina requieren hospitalización, si el niño no se hospitaliza por no presentar estos síntomas debe de vigilarse muy estrictamente por estas complicaciones sobre todo en el periodo agudo de 1-2 semanas. En el paciente sintomático se recomienda reposo durante la fase aguda, los líquidos se restringen a perdidas insensible 300-400 ml/m<sup>2</sup>/día, se aumenten gradualmente cuando el paciente este normovolémico-. La dieta es hiposódica 400mg/día de sodio (la dieta sin agregarle sal tiene aproximadamente esta cantidad de sodio) normocalórica,

normoproteica, en el niño azotemico puede ser necesario la restricción de potasio y fósforo. Para erradicar el estreptococo de la faringe se indica una dosis de penicilina benzatínica, la penicilina no modifica el curso de la glomerulonefritis. Tratamiento de la hipertensión leve moderada: Furosemida 1-3 mg/kg/dosis cada 6 horas vía endovenosa u oral, se agrega un antihipertensivo por vía oral, Captopril oral 1-6 mg/kg/día cada 8-12 horas o, Enalapril oral 0.1-0.4 mg/kg/día cada 12-24 horas o Nifedipina oral (deglutida) 0.15-0.25 mg/kg/dosis cada 6 horas. Tratamiento de la hipertensión severa: Furosemida 3-5 mg/kg/dosis cada 6 horas endovenosa; se agrega un antihipertensivo: Nifedipina sub lingual 0.25 mg/kg/dosis cada 6 horas; otra alternativa es: Hidralazina 0.15-0.20 mg/kg/dosis cada 6 horas endovenosa o, Enaprilato 0.01-0.05 mg/kg/dosis endovenosa, la dosis puede repetirse cada 12 horas según respuesta. Tratamiento de la insuficiencia cardíaca congestiva y edema agudo de pulmón: Furosemida 3-5 mg/kg/dosis endovenosa cada 1 hora hasta que desaparezca la ICC (promedio 4 dosis), posteriormente disminuir dosis a 1-3 mg/kg/ dosis cada 6 horas IV, cada 8 horas, cada 12 horas hasta omitirse; cuando no hay gravedad puede pasarse a la vía oral, diálisis peritoneal si no hay respuesta de diuresis, hemodiálisis es una segunda opción; a éste tratamiento diurético se agrega el tratamiento antihipertensivo. El pronóstico de la GNAPE es bueno, usualmente el BUN y la creatinina, se normaliza entre 1-2 semanas, la hematuria macroscópica desaparece en 2-3 semanas, la proteinuria persiste por lo general 3-6 meses, y la hematuria microscópica puede durar mas de un año. Sin embargo hay estudios que informan que 5% pueden evolucionar rápidamente a una insuficiencia renal terminal, clínicamente conocida como glomerulonefritis rápidamente progresiva, los estudios histológicos demuestran formación de medias lunas que rodean al glomérulo, estas lesiones se producen por proliferación de las células epiteliales parietales de la cápsula de Bowman, y de fagocitos mononucleares y probablemente de fibroblastos, lo cual conduce a la fibrosis del glomérulo. Esta evolución debe sospecharse cuando el BUN y creatinina no se han normalizado después de 2 semanas, máxime si la azotemia va en aumento, esta indicado la biopsia renal para determinar las lesiones, el retardo en el diagnóstico y tratamiento después de 1 mes corre el riesgo de insuficiencia renal terminal. Se recomienda tratamiento inmunosupresor con pulsos de metilprednisona, ciclofosfamida y plasmaféresis. Los pacientes que han tenido GNAPE deben controlarse por varios años para descartar que evolucionan a la cronicidad.

#### 27CM - Meningitis Bacteriana. Manejo Actualizado.

Rivera Medina, Doris Maribel. Pediatra Infectóloga. Médica Asistencial en el Instituto Hondureño del Seguro Social. Asesora del Programa VIH-SIDA de Honduras.

Meningitis bacteriana aguda en un proceso inflamatorio del sistema nervioso central causado por bacterias que afectan las leptomeninges. Es una urgencia médica. La mortalidad es de 5 - 10 %; las secuelas neurológicas permanentes alcanzan 20 —40% de los casos (sordera uní o bilateral es una de las más graves y frecuentes). La implementación de la vacunación contra *Haemophilus influenzae* tipo b ha disminuido en forma dramática los casos de meningitis bacteriana en los últimos años. La enfermedad es mas frecuente en menores de 2 años. La etiología depende de la edad, en los recién nacidos y lactantes menores de 3 meses *Streptococcus agalactiae*, *histeria monocitogenes* y enterobacterias son las mas frecuentes. A partir de los 3 meses de edad *Streptococcus pneumoniae*, *Neisseria meningitis* y *Haemophilus influenzae* tipo b son los agentes mas frecuentes. Patogenia. Generalmente la meningitis bacteriana va precedida de una infección respiratoria alta desde donde se produce el paso a sangre del microorganismo, que al llegar al sistema nervioso central desencadena una respuesta inflamatoria. Esta respuesta aumenta la permeabilidad de la barrera hematoencefálica con lesión del endotelio capilar y necrosis tisular, eleva la presión intracraneal y da lugar a edema cerebral, hipoxia, isquemia y lesión de las estructuras parenquimatosas y vasculares. Manifestaciones Clínicas. Los síntomas y signos varían según la edad, la duración de la enfermedad antes del diagnóstico y la respuesta del niño a la infección. En los recién nacidos y lactantes menores los síntomas son inespecíficos, puede haber letárgica o irritabilidad, fiebre o hipotermia, rechazo a la alimentación entre otros. En los nov mayores con frecuencia hay fiebre, cefalea, somnolencia, con menor frecuencia vómitos, convulsiones y en algunas ocasiones puede haber parálisis de nervios craneales (II, V, VI y VII) y signos neurológicos focales. El edema de papila es poco frecuente pero es

un signo de gravedad. Diagnóstico de Laboratorio. Hemograma: leucocitosis con desviación a la izquierda y/o neutrofilia. La VES suele estar aumentada. La proteína C reactiva (PCR) se eleva a las 6-8 horas de iniciado el proceso y refleja los acontecimientos actuales, mientras la VES lo hace del pasado, el hemocultivo: suele ser positivo en el 50-80% de los casos. Punción lumbar: debe hacerse ante toda sospecha clínica de meningitis, debe realizarse citoquímica, látex, Gram. y cultivo de LCR. Tratamiento de Sostén (mantener diuresis adecuada, soporte de acuerdo a necesidades). Dexametasona durante las primeras 48 horas de tratamiento; Antibióticos (Cefalosporinas de 3<sup>a</sup> generación: cefotaxima (200-300 mg/kg/día, cada 8 horas) o ceftriaxona (100 mg/kg/día, cada 12 horas o en dosis única diaria). En menores de 3 meses añadir ampicilina)

### 28CM - Manejo y Detección de Infecciones Urinarias en Pediatría.

López Aguilar, Aliño. Pediatra Nefrólogo. Jefe de Sala y Unidad de Hemodiálisis Hospital Materno Infantil.

La infección del tracto urinario (ITU) es un problema pediátrico común, se ha estimado que 8% de las niñas y 2 % de los niños han tenido una ITU a la edad de 8 años. El objetivo principal de esta presentación es señalar que hay que evitar el daño renal cicatrizal mediante la detección y tratamiento precoz, especialmente en casos de pielonefritis aguda (PNA), identificación y corrección de las malformaciones, evitar y tratar la recurrencia. Es importante separar los pacientes con sospecha de ITU, de aquellos con bacteriuria asintomática, pielonefritis aguda y cistitis porque el manejo varía considerablemente, los pacientes con bacteriuria asintomática generalmente no requieren tratamiento. La ITU se hace recurrente en un 40% pueden ser pielonefritis aguda recurrente o cistitis recurrente. Una de las secuelas tardías de la ITU es la formación de cicatrices renales que pueden llevar a enfermedad renal en estadio terminal. Recientes estudios usando gammagrama renal con DMSA Tec 99 han demostrado que más del 75% de los niños menores de 5 años, febriles con ITU tienen pielonefritis aguda (PNA) y que las persistencias de estas lesiones conducen a cicatrices renales entre 27-64%, de allí la importancia de recordar que: 1.- Los niños menores de 5 años febriles con ITU tienen mayor incidencia de PNA. 2.- Tienen mayor tendencia a formar cicatrices renales. Es importante localizar si la ITU es pielonefritis aguda o una cistitis porque el tratamiento y el pronóstico son diferentes. Hay marcadores clínicos y lab oratoria! es indicadores. La fiebre en un niño con ITU es el indicador clínico más importante. Los test no especificados de inflamación como leucocitos, VES elevada, proteína C reactiva positiva son más frecuentes en PNA que en cistitis sin embargo no son confirmatorios. Entre los factores de riesgo de daño renal cicatrizal el reflujo vesicoureteral es uno de los mas frecuentes 39%, éste favorece la ITU alta (PNA), la pielonefritis aguda inicial en niños menores de 2 años se ha asociado en un 9.5% con cicatrices renales, el retardo en el inicio del tratamiento y las recurrencias de la infección son otros de los factores de riesgo. Confirmación Bacteriológica: El diagnóstico de ITU es por urocultivo para identificar el germen y su sensibilidad, la definición de cuenta de colonias significativas depende del método de recolección. ITU urocultivo positivo: muestra a mitad del chorro y bolsa recolectora > 100,000 UFC/ml, Muestra por catéter vesical 10,000-50,000 UFC/ml, muestra por punción vesical cualquier número. Tratamiento: Se deben utilizar medidas generales como la ingesta abundante de líquidos, vaciado completo de la vejiga, medidas higiénicas, tratar el estreñimiento y parasitismo entre otras. La Antibióticoterapia inicial dependerá de los gérmenes predominantes en las diferentes áreas geográficas y de su sensibilidad. Pielonefritis Aguda: Niño febril con dolor en flanco y uroanálisis alterado (principalmente <1 año), tomar urocultivo e iniciar de inmediato tratamiento perenteraí IV o IM con ceftriaxone 100 mg/kg/día c/12h hasta que esté afebril por 24 h, luego continuar cefexime 8 mg/kg/día, a completar 10 días por vía oral, hospitalizar si no tolera vía oral. Cistitis: Niño afebril con síntomas de cistitis y uroanálisis alterado, tomar urocultivo e iniciar tratamiento oral de inmediato, si el urocultivo es positivo se completa tratamiento, si es negativo se suspende, con cefexime oral 8 mg/kg/día, por 10 días. Profiláctico: Esta indicado en las recurrencias: T-Sulfa oral 2 mg/kg/día en una dosis por la tarde/ 6-12 meses, otra alternativa es la nitrofurantoina oral 1-2 mg/kg/día en una dosis por la tarde/6-12 meses. Estudio por Imagen: Como estudios iniciales se recomienda que se debe practicar Ultrasonido Renal (USG) y CJstouretrograma miccional retrogrado en la primera infección a todo niño menor de 5 años principalmente si fue con fiebre, el USG principalmente para detectar uropatía obstructiva dilatada y el cistouretrograma miccional retrogrado es el

examen de elección para detectar reflujo vesicoureteral. Gammagrama. Cortical renal Te 99-DMSA. Es el examen de elección para detectar Pielonefritis aguda y cicatrices renales, el gammagrama inicial certifica la .pielonefritis aguda, otro efectuado 6 meses después identifica si hay cicatrices, una de las indicaciones principales es en caso de que se haya observado anomalías en la ecografía y/o en el cistoureterograma. Es recomendable control de urocultivo al finalizar tratamiento luego cada 1 mes x 6 meses, c/2m x 6meses, c/3m x 1-2 años.

*29CM - Lesiones Mamarias de Riesgo.*

*Galeas, Borlin Daniel.* Médico Cirujano con Especialidad en Patología Quirúrgica de Mama. Sala de Oncología Hospital General San Felipe, Tegucigalpa.

El cáncer de mama en la actualidad no se puede prevenir en forma primaria. No existe ninguna prueba que determine dentro del grupo de mujeres sanas cuales lo padecerán en el futuro. Lo que hoy día es posible es la detección temprana a través de métodos de imagen como la mamografía, el auto examen y el examen clínico del médico. Existe aun controversia relativa al impacto favorable de estos métodos pero si existe consenso que aunque ninguno es ideal, son útiles y en el caso de nuestro país, por el alto costo que implica la creación y el sostén de un programa de detección temprana a través de pruebas de imagen como mamografía en todas las mujeres mayores de 50 años que es el único grupo identificable como de riesgo, el auto examen es una alternativa inicial. En la historia clínica se ha tomado en cuenta la edad mayor de 40 años, la carga onco genética heredada, el intervalo de tiempo de exposición a estrógenos, exposición a radiación y algunos hábitos como ser los de la dieta y fumar. Al examen físico la presencia de un nódulo con crecimiento progresivo sobre todo único en mujer mayor, duro, no doloroso, adherido a la piel o al tejido, las retracciones del pezón o de la piel aun sin presencia de nódulo, la secreción independiente al color o aspecto, que sea en un solo pezón y en un solo orificio galactóforo, ulcera del pezón o absceso mamario que no sana a pesar del tratamiento médico y una mama inflamada en su totalidad en mujer no lactante. La identificación a través de la clínica lastimosamente tiene el inconveniente ser tardía cuando la posibilidad de tratamiento efectivo es restringida. Las lesiones detectadas por imagen mamografica en pacientes asintomáticas son de mejor pronóstico y entre estas se incluye los nodulos, las desestructuraciones las calcificaciones, las asimetrías y las densidades. Para un fin práctico se ha creado una clasificación de todas ellas en un sistema por sus siglas en inglés llamado BIRADS que significa sistema avanzado de datos de imágenes por radiología mamaria, este sistema procura asignar una magnitud a cada lesión de acuerdo al riesgo de ser positiva por cáncer. Las categorías IV y V son las mas altas y son las que son sujetas de biopsia el resto se someten a seguimiento en un periodo de tiempo oportuno. La biopsía, se debe realizar con el método menos invasor posible de preferencia una biopsia con aguja gruesa o BAG. Las lesiones histológicas de riesgo para cáncer de mama en la actualidad no son bien comprendidas ni están completamente identificadas. En la actualidad se conoce que todas las lesiones benignas no proliferativas y algunas proliferativas como adenoma, fibroma, fibroadenoma, la metaplasia, la condición fibroquística y los lipomas no tienen en absoluto riesgo para convertirse en cáncer. Existe dentro de las lesiones de riesgo el carcinoma lobulillar in situ y un grupo de lesiones proliferativas las llamadas hiperplasias de tipo dúctal que pueden ser sin atípia, con atípia leve moderada o severa. Las Hiperplasias dúctales atípicas tienen un riesgo alto, en algunos casos aun mayor al carcinoma dúctal in situ, de convertirse en cáncer invasor.

*30CM - Infecciones Virales y Embarazo (Rubéola, Varicela, Sarampión, Parvovirus B19).*

*Reyna, Jesús.* Médico Infectólogo. Maestro en Ciencias, Labora en Clínicas de Infecciones de Transmisión Sexual, Médico Adjunto del Departamento de Infectología del Instituto Nacional de Perinatología IMPER, México DF.

*31CM - Síndrome de Intestino Irritable y Estreñimiento Crónico. Estrategias Terapéuticas Basadas en Evidencia.*

*Carranza Corzo, Arturo.* Médico y Cirujano Universidad de San Carlos de Guatemala, especialista en Medicina Interna, con subespecialidad en Gastroenterología, Hepatología y Endoscopía. Instituto Privado de Gastroenterología, Guatemala.

Enfermedad de tipo funcional, con múltiples mecanismos fisiopatológicos que se traducen en sintomatología compleja, diagnóstico de exclusión, sin marcador biológico específico y cuyo diagnóstico descansa actualmente en criterios clínicos: Roma II: por lo menos 12 semanas no necesariamente consecutivas, en el año precedente, de dolor o malestar abdominal, asociado a 2 o 3 de las siguientes manifestaciones: alivio con la defecación; y/o inicio relacionado con cambio en frecuencia defecación, inicio relacionado con cambio en forma (aparición) heces. Síntomas que en forma acumulativa sostienen el diagnóstico: 1) frecuencia anormal (para propósitos de investigación: más de 3 movimientos por día o menos de 3 por semana). 2) forma de las heces anormal: duras, blandas, etc, 3) evacuación anormal: urgencia, sensación de evacuación incompleta, pujo, 4) pasaje de moco, 5) flatulencia o sensación de distensión abdominal, ¿qué es constipación?: Defecación infrecuente, heces duras, pujo con la defecación. Si el dolor es la queja principal, es más probable que sea SII sí alterna con diarrea, sí no tiene evacuaciones diarias. Si estreñimiento es el principal síntoma, es más probable que sea estreñimiento crónico sí la diarrea es rara o inexistente y manifestaciones ano rectales prominentes. Fisiopatología del SII con estreñimiento (SII-C): Estudios de distensión con balón revelan hipersensibilidad rectal y colónica, alteración en la dinámica del gas y los pacientes tienen percepción anormal a cantidades normales del mismo tiempo de tránsito oro cecal está reducido. La serotonina regula actividad motora del colon a través de mecanismos neurales y químicos, los antagonistas de Serotonina reduce la motilidad, los agonistas de Serotonina (ej. Tegaserod) incrementan la motilidad colónica; existen además, patrones de motilidad anormal que no pueden utilizarse como marcadores diagnósticos. Estas anomalías motoras pueden interactuar con umbrales sensoriales bajos para producir síntomas: inflamación, disautonomía cardiovagal y simpática. Tratamientos actuales ¿satisfacen las necesidades clínicas? Jailwala (Ann Intern Med 2000; 133:136, meta análisis: Agentes de volumen (fibra) — acelera el tránsito, mejorando la constipación, pero empeora síntomas como distensión y dolor. Relajantes de músculo liso (16 estudios). Mejoran dolor abdominal, efecto negativo sobre motilidad y dinámica de gas. bajas dosis de antidepressivos tricíclicos. Mejoran diarrea y dolor en poblaciones de pacientes seleccionados, procinéticos, loperamida, Jones y Col. Gut 2000; 47 (suppl.II):. Solamente un 48% de los pacientes lograron mejorar sintomáticamente luego de realizar una dieta de exclusión por 3 semanas. Tegaserod, Agonista de receptores 5-HT<sub>4</sub> tiene estructura similar a la serotonina. La serotonina modula peristalsis intestinal, secreción intestinal y dolor visceral, alivio global de síntomas con agonistas de serotonina: dolor, distensión y estreñimiento, alivio rápido y bien tolerado, el efecto secundario más frecuente diarrea (1-2%), no hay casos reportados de colitis isquémica, en dosis de 6 mg bid, meta análisis mostró que es eficaz y la ganancia terapéutica fue demostrada en pacientes nórdicos, latinoamericanos, chinos, etc.

*32CM - Enfermedades Respiratorias Crónicas en Países en Vías de Desarrollo, Estrategias para Prevención y Tratamiento.*

*Serrano, Justo.* Médico especialista en Enfermedades Infecciosas y Medicina Interna Universidad de Panamá, con estudios en Infectología y Medicina Interna en el Hospital Santo Tomás Panamá, miembro de la Sociedad Panameña de Microbiología, miembro de la Sociedad Americana de Infectología. Labora en Provincia de los Santos como Jefe del Programa VIH/SIDA. Panamá.

*33CM - Enfermedad por Reflujo Gastroesofágico (ERGE). Estrategias Terapéuticas Basadas en Evidencia.*

*Carranza Corzo, Arturo.* Médico y Cirujano Universidad de San Carlos de Guatemala, especialista en Medicina Interna, con subespecialidad en Gastroenterología, Hepatología y Endoscopía. Instituto Privado de Gastroenterología, Guatemala.

La enfermedad por reflujo gastroesofágico es altamente prevalente y una de las enfermedades digestivas más comunes en la práctica clínica. El diagnóstico de ERGE descansa en una combinación de signos y síntomas que resultan del reflujo del contenido duodenal y gástrico en el esófago. Pirois es el síntoma cardinal de ERGE, otras manifestaciones incluyen; regurgitación de ácido y disfagia. Algunos pacientes no tienen síntomas mientras otros pueden tener síntomas atípicos incluyendo dolor tipo angina y broncoespasmo. Mientras pirosis ocasional es frecuente, individuos con ERGE tienen episodios de reflujo frecuentes, recurrentes y prolongados, usualmente en la noche. La ERGE es materia de controversia en diagnóstico y tratamiento: Áreas de controversia en ERGE: Esofagitis erosiva: pirosis de por lo menos 3 meses evolución, con mucosa esofágica normal en la endoscopia. ¿cuál es su frecuencia, comportamiento y tratamiento? Pirois funcional: por lo menos 12 semanas no necesariamente consecutivas de pirosis, sin reflujo patológico, acalasia ni trastorno de la motilidad. Axioma: No Acido No Pirois ( ¿sigue siendo cierto? ) Automedicación: riesgos y beneficios. Adenocarcinoma: ¿cuál es el riesgo en Esófago de Barrett? Referencia: ¿cuándo referir al endoscopista o cirujano? NISSEN: ¿implicaciones a corto y largo plazo? Inhibidores de la bomba: ¿hay diferencias clínicas importantes? Síntomas pulmonares: ¿cuál es la relación con ERGE? Riesgo de Adenocarcinoma en pacientes con Barrett: la incidencia es cercana al 0.5% por año, mientras que la mayoría de adenocarcinomas de esófago se originan en Barrett, la mayoría de pacientes con Barrett nunca desarrollarán este tumor, seguimiento endoscópico está determinado por grado de displasia. Funduplicación quirúrgica, terapia médica y riesgo de adenocarcinoma: los mejores datos indican que sólo 40% de pacientes tienen alivio completo de la pirosis después de cirugía anti reflujo, 20-30% de pacientes reanudan terapia médica 1-3 meses después de terapia quirúrgica, efectos colaterales de la cirugía anti reflujo son más frecuentes de lo que se pensó inicialmente, cirugía no previene el adenocarcinoma esofágico. Referencia a endoscopista o cirujano ¿cuándo?: evidencia clínica no sostiene el uso de endoscopia rutinaria en pacientes con pirosis que responden a terapia médica y en los que no hay preocupación por otro diagnóstico, referencia necesaria cuando se decide cirugía anti reflujo o en caso de complicaciones. Diferencias clínicamente importantes entre los inhibidores de bomba: dosis standard de rabeprazol, omeprazol, pantoprazol y lanzoprazol producen porcentajes de cicatrización y remisión de ERGE similares, ningún estudio clínico demuestra efectos negativos con el uso a largo plazo de inhibidores de bomba, para esofagitis no erosiva, pruebas clínicas demuestran que los inhibidores de bomba son superiores al placebo en alivio sintomático, inhibidores de bomba son menos eficaces en esofagitis erosiva que en ERGE endoscopia negativa. Sintomatología pulmonar y ERGE: síntomas de reflujo clásicos, dolor torácico y problemas otorrinolaringológicos están ausentes en la mayoría de pacientes con problemas pulmonares atribuidos a ERGE, estudios epidemiológicos demuestran modesta asociación entre manifestaciones pulmonares y reflujo, evidencian mejoría en los síntomas pero no en las pruebas de funcionamiento pulmonar.

#### *34CM - Politraumatismo (Manejo del Paciente Gravemente Lesionado).*

*Orellana R, Hugo Darío.* Cirujano General y Cardiovascular. Médico adscrito al Departamento de Cirugía del Hospital Escuela, Instructor de BLS y ACLS, Voluntario de Cruz Roja Hondureña. Tegucigalpa.

El trauma representa una de las condiciones clínicas más frecuentes a la que nos enfrentamos los médicos en la actualidad, cuya complejidad varía ampliamente desde las lesiones que se pueden manejar en forma ambulatoria hasta los casos que requieren soporte sumamente especializado. Las consecuencias de esta epidemia se deben valorar en términos de la pérdida de vidas humanas, de la discapacidad temporal o permanente, de la afectación del núcleo familiar y de las pérdidas económicas individuales y sociales en vista del enorme consumo de recursos institucionales que cada caso implica. De lo anteriormente expuesto se infiere la necesidad de diseñar un sistema que permita manejar de forma integral al paciente traumatizado desde los primeros momentos posteriores al evento hasta su reinserción a la vida productiva. Dicho sistema debe reunir ciertas características que lo vuelvan práctico y aplicable. En primer lugar debe resultar tan simple que permita su eficiencia a nivel nacional, debe estar basado en la re-educación de todo el personal y sobre todo debe integrar en un solo equipo los componentes pre-hospitalario y hospitalario. Esto a su vez requiere que se brinde el entrenamiento necesario para cada nivel de atención en forma permanente, a través de las instituciones a cargo de la formación del

recurso humano en salud. El entrenamiento para el personal médico y paramédico en la actualidad está basado en las prioridades ABCDE del soporte vital básico y avanzado en trauma. Esto permite el establecimiento de prioridades de atención de acuerdo a la aparición de las mayores amenazas para la vida del paciente, las cuales deben ser en la medida de lo posible prevenidas o identificadas a tiempo. Esto se logra a través de la sistematización de las técnicas ampliamente conocidas pero realizadas de tal forma que estadísticamente permiten mayor sobre-vida y menos secuelas en nuestros pacientes. Esta presentación muestra de manera introductoria y resumida la esencia del manejo integral del paciente víctima de trauma.

*35CM - Actualización en Cirugía Laparoscópica.*

*Mendoza, Juan Carlos.* Médico especialista en Cirugía general. Departamento de Cirugía General del Instituto Hondureño de Seguridad Social. IHSS. Tegucigalpa.

Mucho ha sucedido desde que Kelling realizara la primera Celioscopia en 1901 y Erich Mhue la primera colecistectomía Laparoscópica en Alemania en 1985. Sin duda alguna los ginecólogos fueron los pioneros en la década de los 70 de los procedimientos mínimamente invasivos, pero a partir de la década de los 90s. los cirujanos hemos incursionado de manera revolucionaria en este campo, y con el perfeccionamiento de la video endoscopia se proyecta que dentro de 20 años la cirugía Laparoscópica será el estándar de oro para el 80% de los procedimientos ginecológicos, y el 60% de los procedimientos aplicados a la cirugía general. En este ámbito, la laparoscopia se ha convertido en el procedimiento de elección de las colecistectomías, apendicectomías, cirugía de hiato (acalasia y reflujo gastro esofágico) cirugía de órganos sólidos como hígado, bazo, suprarrenal y riñón, y todavía más aún; resecciones intestinales y cirugía para la obesidad mórbida. En nuestro país la colecistectomía laparoscópica no cabe duda, es el procedimiento quirúrgico más frecuentemente realizado, con gran aceptación dentro del medio y principalmente por los pacientes. El índice global de lesiones de vía biliar permanece desconocido aún, con el único reporte de 1.8% en la literatura nacional, relativamente alto pero con una muestra pequeña. La apendicectomía Laparoscópica fue motivo de discordia y discusión en la década pasada, pero poco a poco la mayor parte de los cirujanos la practican y su aceptación es mayor. En el área de la hernioplastia aún existe mucha discusión y hay gran resistencia a nivel mundial debido principalmente a los costos, ya que la operación puede ser practicada de manera simple con anestesia local y con buenos resultados estéticos. En cuanto a los procedimientos de hiato esofágico, no cabe duda el éxito que este procedimiento tiene, por su comodidad, resultados estéticos, pronta recuperación. El problema mayor resulta de la poca conocimiento de la utilidad de los procedimientos antirreflujo que el medio médico tiene, ya que la cantidad de pacientes remitidos es escaso. Los avances en cirugía pediátrica y urología son notables, ya que se han incursionado en los campos de la nefrectomía por riñones hipoplásicos, esplenectomía, colecistectomía, apendicectomía, oforectomía y diagnóstica en pediatría; cistectomía en riñones quísticos linfadenectomía pélvica Laparoscópica y ureterolitotomía en el área de la urología. Las aplicaciones en trauma y cirugía oncológica son limitados, pero cada día más se incursiona en este campo, principalmente tiene importancia la laparoscopia diagnóstica para estadificación en cáncer y toma de biopsias, y el diagnóstico de lesiones inadvertidas o dudosas en trauma. No cabe duda que el horizonte en el campo de la aplicación es amplio, los desafíos que se plantean es en el área de la cirugía gastrointestinal, específicamente en lo que se refiere a resecciones intestinales (colectomías, gastrectomías y derivaciones) y el tratamiento para la obesidad mórbida es difícil, principalmente por los costos del equipo accesorio que se necesita, pero es hacia donde nos dirigimos en los próximos años.

*36CM - Antibioticoterapia. Actualización en ORL.*

*Pazzeti Paz, José Daniel.* Médico especialista en Otorrinolaringología y Cirugía de Cabeza y Cuello. Medico Asistencial en el Instituto Hondureño del Seguro Social IHSS, San Pedro Sula.

*37CM - Disfunción Eréctil.*

*Alvarado, Ángel A.* Doctor en Medicina Universidad de Panamá, con especialidad en Urología, con estudios de Post grado en Inglaterra, Holanda y Estados Unidos. Miembro de la Sociedad Panameña de Urología y de la Confederación Latinoamericana de Urología, Panamá.

Dentro del grupo de las disfunciones sexuales, una de las más importantes es la disfunción eréctil que se define como la incapacidad intermitente o recurrente para alcanzar o mantener una erección lo suficientemente rígida para realizar el acto sexual de manera satisfactoria. Estudios estadísticos a nivel mundial han comprobado que la disfunción eréctil es un problema de salud que afecta más de la mitad de los hombres entre los 40 y 70 años. A su vez el mejor conocimiento de la fisiología de la erección nos ha permitido identificar los posibles factores de riesgo para desarrollar el problema y entre estos podemos mencionar la edad, la presencia de enfermedades concurrentes como diabetes, enfermedades cardiovasculares o del sistema endocrino, uso de drogas para tratamiento de enfermedades o como recreación, consumo de alcohol y cigarrillos, cirugías o problemas de índole psicológica. Así mismo han habido notables avances en la evolución del tratamiento de la disfunción eréctil siendo así que hoy día podemos educar mejor tanto al paciente como a su pareja y además brindarle alternativas terapéuticas sencillas con excelentes resultados y márgenes de seguridad adecuados, lo que permite al individuo afectado por este problema una solución rápida, segura y efectiva sin alterar significativamente la espontaneidad de la relación sexual.

*38CM - Falla Orgánica Múltiple.*

*Andrade Chinchilla, Hewin Salvador.* Médico general Universidad Evangélica de El Salvador, especialista en Medicina Interna Hospital Militar El Salvador, sub especialista en Medicina Intensiva Hospital Militar El Salvador. Jefe del Departamento de Medicina Interna en el Instituto Salvadoreño del Seguro Social e Intensivista en el Hospital Bautista, El Salvador.

*39CM- Betabloqueadores en Hipertensión Arterial.*

*Rodríguez de León, Edgar.* Médico y Cirujano egresado de la Universidad de San Carlos de Guatemala, médico especialista en Medicina Interna en el Hospital General San Juan de Dios, Universidad de San Carlos de Guatemala, sub especialidad en Cardiología en el Instituto Nacional de Cardiología Ignacio Chávez de la UNAM. Sub jefe del Servicio de Cardiología, Profesor Adjunto del Postgrado de Medicina Interna y Jefe de Clínica de Hipertensión Arterial del Hospital General San Juan de Dios, Guatemala.

Sabemos ya que la cifras de pacientes con hipertensión arterial en países como Estados Unidos rebasa los 50 millones de personas que la padecen, lamentablemente no hay un signo cardinal que nos oriente a pensar que esta presente no es si no hasta que tiene una lesión sobre un órgano blanco que se hace manifiesta. La prevalencia de hipertensión en países centroamericanos como Guatemala alcanza aproximadamente el 15% de la población, lo que ya nos hace pensar en cifras alarmantes de este problema. El aparecimiento del Séptimo informe de hipertensión arterial, modificó el diagnóstico de la misma con la nueva clasificación en la que ya empieza a tomarse en cuenta el termino "paciente pre-hipertenso", termino que modifica desde ya el tratamiento inicial de este grupos de pacientes, importante el punto y especial énfasis que le dan al paciente hipertenso diabético. El estudio de Framingham dio las directrices que son de utilidad ya que se estableció la estrecha relación de hipertensión arterial y lesión a órgano blanco. Con el advenimiento de nuevas drogas el tratamiento de la hipertensión ha variado y de ser un problema de tubos y fluidos pasó a ser un problema mucho más complejo neurohumoral. En el que la medicina basada en evidencia ha establecido la utilidad de algunos grupos de antihipertensivos que siguen teniendo vigencia a pesar del tiempo. Es el caso de los beta bloqueadores, que juegan un papel fundamental en el tratamiento del paciente hipertenso y que además tiene otros factores asociados como cardiopatía isquémica, post infartados, falla cardiaca, siendo hasta la fecha los

únicos medicamentos en estos grupos de pacientes que han demostrado mejorar la sobrevida de estos pacientes (aunado al resto de medicamentos que cada una de estas patologías utiliza). A pesar de la contraindicación relativa que los pacientes diabéticos, dislipidémicos puedan tener para el uso de primera intención de beta bloqueadores, no se puede negar el beneficio de la sobrevida que poseen estos medicamentos, especialmente si se trata de pacientes, con otros factores de riesgo, esto no es un llamado a una terapéutica obligada pero sí a individualizar a cada uno de los pacientes.

#### 40CM - Alimentación Parenteral por Vena Periférica

*Andrade Chinchilla, Hewín Salvador.* Médico general Universidad Evangélica de El Salvador, especialista en Medicina Interna Hospital Militar El Salvador, sub especialista en Medicina Intensiva Hospital Militar El Salvador. Jefe del Departamento de Medicina Interna en el Instituto Salvadoreño del Seguro Social e Intensivista en el Hospital Bautista, El Salvador.

#### 41 CM - Actualización en el Tratamiento de la Sinusitis.

*Pazzeti Paz, José Daniel.* Médico especialista en Otorrinolaringología y Cirugía de Cabeza y Cuello. Médico Asistencial en el Instituto Hondureño del Seguro Social IHSS, San Pedro Sula.

La sinusitis se define como la inflamación de la mucosa de uno o más senos paranasales, sin embargo es difícil concebir dicha inflamación sin la afección de la mucosa de la cavidad nasal. Por esta razón el término de rinosinusitis es más apropiado. Factores predisponentes: las causas más comunes de rinosinusitis son las infecciones de tracto respiratorio superior y la rinitis alérgica. Se sabe que el 0.5% al 2% de los adultos que cursan con dichas virosis desarrollan sinusitis bacteriana aguda. Otros factores incluyen al tabaquismo, nadadores, traumatismos, desviación septal, hipertrofia de adenoides, concha bulosa, pólipos nasales, cuerpos extraños y neoplasias. Clasificación de la sinusitis: las sinusitis se clasifican de acuerdo a la duración de los síntomas y frecuencia de la enfermedad: sinusitis aguda (sus síntomas pueden estar presentes hasta cuatro semanas. Generalmente se manifiesta con un empeoramiento de los síntomas de un resfriado común); sinusitis crónica (se caracteriza por la persistencia de los signos y síntomas por más de 12 semanas. Se acompaña de cambios histológicos de la mucosa); sinusitis recurrente (consiste en 4 o más episodios de sinusitis aguda en un año. Entre cada episodio el paciente debe permanecer asintomático y sin medicación) y sinusitis complicada (representa la extensión de la infección más allá de la nariz y los senos paranasales). Métodos diagnósticos: la historia y duración de los síntomas son la mejor herramienta para establecer el diagnóstico de sinusitis bacteriana aguda. El resto de los exámenes ayudan a despejar dudas diagnósticas y a detectar complicaciones. La rinoscopia anterior sirve para observar el signo más característico de la rinosinusitis: la secreción purulenta en la cavidad nasal, además puede mostrar desviación septal, edema e hiperemia del cornete inferior y eventualmente pólipos nasales. La endoscopia nasal rígida es mandataria si los síntomas son sugestivos de pólipos nasales, tumores, cuerpos extraños, lesiones de base de cráneo o lesiones granulomatosas. Los diagnósticos por imagen incluyen: las radiografías simples, las cuales tienen un valor diagnóstico limitado por su baja sensibilidad y especificidad. La tomografía computarizada NO está indicada en los casos de sinusitis aguda no complicada, sin embargo es utilizada en casos crónicos, recurrentes y complicados pues da información como anomalías anatómicas, extensión de la enfermedad y provee un mapa en la planificación quirúrgica. La resonancia magnética es utilizada para el diagnóstico de las complicaciones regionales e intracraneales. Bacteriología: los principales agentes bacterianos productores de rinosinusitis aguda son el *Streptococcus pneumoniae*, *Haemophilus influenzae* y *Moraxella catarrhalis*; En menor frecuencia *Staphylococcus aureus*, anaerobios, *Pseudomonas aeruginosa* y estreptococos hemolíticos. Para seleccionar el antibiótico terapia adecuada para la rinosinusitis aguda debemos considerar la severidad de la enfermedad, el índice de progresión y la reciente exposición a antibióticos. Para los pacientes con sinusitis aguda leve y sin historia de exposición a antibióticos en las últimas 4 a 6 semanas se recomienda las siguientes alternativas: Amoxicilina/ácido clavulánico (1.75 a 4g/250mg día), Amoxicilina (1.75 a 4g día), proxetil cefpodoxina, axetil cefuroxima o cefdinir. Mientras que trimetropina sulfam, doxiciclina, azitromicina, claritromicina, eritromicina o telitromicina pueden ser

consideradas en pacientes con alergia a betalactámicos, sin embargo la posibilidad de falla es de 20% a 25%. Para los pacientes con sinusitis leve y exposición reciente a antibióticos así como los que padecen de sinusitis moderada se recomienda fluoroquinolonas respiratorias, levofloxacina, moxifloxacina o gatifloxacina, también altas dosis de amoxicilina/ácido clavulánico (4g/250mg) ceftriaxona parenteral 1 a 2g/día por 5 días. Cuando no se observa una respuesta favorable a las 72 horas de haber iniciado el antibiótico es recomendable revalorar el caso o cambiar de antibióticos. Tratamiento quirúrgico: La cirugía puede ser necesaria para un resultado exitoso en los pacientes con rinosinusitis, particularmente aquellos con rinosinusitis recurrente o crónica que no responden apropiadamente al tratamiento médico. Las indicaciones absolutas para la cirugía son las siguientes: rinosinusitis se extiende a órbita o causa absceso cerebral o meningitis, mucocele o piocele, rinosinusitis mitótica, pólipos nasales que obstruyen gran parte o la totalidad de la luz nasal y las neoplasias que causan obstrucción de los senos. Otras indicaciones no absolutas son malformaciones anatómicas que predisponen cuadros de rinosinusitis a repetición a pesar de un tratamiento médico adecuado y rinosinusitis recurrente secundario a pólipos nasales. Conclusiones. La rinosinusitis es una enfermedad inflamatoria con una alta y probable aumentada prevalencia. Debido a que la calidad de vida para los pacientes con esta condición puede ser severamente afectada es de suma importancia tanto para el médico general así como los especialistas que en la práctica diaria afrontan a la rinosinusitis y sus complicaciones deben tener un conocimiento substancial de los síntomas clasificación, métodos diagnósticos y tratamiento.

42CM - Manejo de Infecciones Nosocomiales en Países del Tercer Mundo.

Zerón Coello, Hilda Jamileth. Médica Pediatra, Subespecialista en Medicina Intensiva y Emergencia. Médica Asistencial y Docente Hospital Materno Infantil, Tegucigalpa.

El estudio de las infecciones nosocomiales (IN) es un tema de gran relevancia mundial, su importancia se manifiesta desde siglos atrás, siendo uno de los problemas que más a concentrado a los médicos desde la existencia misma de los hospitales. Las infecciones nosocomiales afectan al menos el 6% de los pacientes admitidos en los hospitales y representa una de las diez primeras causas de mortalidad. El desarrollo de infecciones nosocomiales, esta directamente relacionado con una serie de factores de riesgo, siendo el primero de ellos el contacto con el hospital, el tiempo de estancia hospitalaria y las salas de ingreso que pueden ser generales o unidades de cuidados intensivos, ya sean médicas, quirúrgicas o mixtas. Así, la infección nosocomial aparece como consecuencia de la interacción agente- hospedero-medio ambiente, directamente asociado a una serie de factores de riesgo. En relación con los múltiples factores de riesgo relacionados al desarrollo de las IN, se pueden clasificar en: Factores exógenos: El uso indiscriminado de antibióticos de amplio espectro, procedimientos invasivos (la incidencia de IN es doble en una unidad quirúrgica que en una médica debido a la mayor trasgresión de las barreras defensivas), microorganismos intrahospitalarios (la presión por una Antibióticoterapia de amplio espectro y sin protocolizar ni la correcta vigilancia; hace que los perfiles microbiológicos sean diferentes entre las salas de hospitalización). Entre los microorganismos multirresistentes asociados a IN se incluyen: enterobacterias, enterococos, *Staphylococcus aureus*, *Pseudomonas aeruginosa*, *Acinetobacter baumannii*. Factores endógenos: aumento de la permeabilidad intestinal en aquellos pacientes que no reciben nutrición enteral, alteración de la flora antimicrobiana endógena, inmunodepresión previa, asociado a enfermedades oncohematológicas, diabetes mellitus, entre otras; la malnutrición proteico-energética influye de manera muy decisiva en la inmunidad celular y humoral. El uso de fármacos inmunosupresores, ciertas hormonas en especial los corticosteroides y la quimioterapia, inhiben la reacción inflamatoria y causan una depresión general de la respuesta inmune, que puede exacerbar las infecciones latentes. La edad, los pacientes menores de un año, tienen un estado inmunológico inmaduro con una menor respuesta a la agresión contra agentes externos que los hacen más susceptibles a la infección. Considerando la magnitud que estos factores tienen en las tasas de morbi-mortalidad de los pacientes que por uno o más de estos factores adquieren una o más infecciones nosocomiales es necesario establecer medidas para disminuir dichos indicadores. En relación al manejo de este tipo de infecciones, básicamente esta enfocado a la detección precoz de los múltiples factores de riesgo ya sean exógenos o endógenos, una vez identificados se procederá a la intervención más segura que es la prevención, que inicia con el principio básico de lavado de manos antes y después de examinar a cada paciente,

seguido de adoptar todas las medidas necesarias de asepsia y antisepsia para la realización de procedimientos invasivos que requiera el paciente.

*43CM - Factores de Riesgo y Detección Temprana en la Sepsis Neonatal.*

*Eguigurems Zamora, Ileana.* Médica Cirujana, especialista en Pediatría UNAH, con subespecialidad en Neonatología Instituto Nacional de Pediatría de México. Labora en el Servicio de Recién Nacidos en Hospital Materno Infantil y el IHSS, Tegucigalpa.

Sepsis es una entidad que se presenta cuando hay una respuesta sistémica a la infección. La magnitud de la respuesta inflamatoria depende de la habilidad del huésped para reconocer agentes extraños, aún cuando este tenga que pagar el precio del daño tisular. Factores de riesgo materno: 1-Cuadro infeccioso sistémico; 2-Ruptura prematura de membranas mayor de 18 hrs; 3-Datos de corioamnionitis; 4-Infección urinaria. Factores de riesgo del recién nacido: 1-Prematurez; 2-Gestación múltiple; 3-Sexo masculino; 4-Peso < 2,500 g; 5-Líquido amniótico meconial; 6-Apgar <6 a los 5 minutos; 7-Recién nacidos Reanimados; 8-Recién nacidos Invasivos. Manifestaciones clínicas: Hay que tener en cuenta que todas son inespecíficas, y que no son exclusivas de los cuadros infecciosos: hipotonía, palidez o piel marmórea, distermias, diarrea, petequias, pobre succión, apnea, taquipnea, cianosis, intolerancia a la glucosa, residuos patológicos, ictericia, escíeroedema. Situaciones clínicas: sepsis temprana: primeros 7 días, sepsis Tardía: del 8 al 28 día. Y sepsis Nosocomial: adquirida en el medio hospitalario. Abordaje: evidencia de Agente Infeccioso (hemocultivo, urocultivo, Cultivo LCR, Radiografía de Tórax); evidencia de Inflamación (hemograma, PCR, VES); falla multiorgánica. Manejo: soporte hemodinámico, soporte metabólico, soporte nutricional y terapia Específica para tipo de germen: bacteria, hongo, virus.

*44CM - Manejo de Infecciones Graves en el Lactante,*

*Zerón Coello, Hilda Jamileth.* Médica Pediatra, Sub Especialista en Medicina Intensiva y Emergencia. Médica Asistencial y Docente Hospital Materno Infantil, Tegucigalpa.

Las infecciones graves del lactante ( IGL) constituyen una de las patologías con mayor riesgo de morbimortalidad para este grupo de pacientes donde se incluyen a todos aquellos entre 1 hasta 24 meses de edad. Se consideran como IGL a las siguientes entidades patológicas: Meningitis, osteomielitis, artritis séptica, infecciones del tracto urinario, neumonía, gastroenteritis e infecciones de tejidos blandos como ser celulitis y abscesos; cada una de estas enfermedades pueden llevar al paciente a cuadros de bacteriemia en cualquiera de sus procesos evolutivos. Para definir tales conceptos en 1992 se establecieron las guías para la identificación temprana de las diferentes fases evolutivas que se desencadenan a partir de la infección hasta llegar finalmente la disfunción múltiple de órganos, que se definen a continuación. Infección es la respuesta localizada del huésped ante la invasión de un microorganismo o su toxina en un tejido normalmente estéril. Bacteriemia es la presencia de un microorganismo circulando en el sistema sanguíneo demostrado por hemocultivo. Síndrome de respuesta inflamatoria sistémica (SRIS) es la respuesta sistémica ante una agresión de cualquier etiología ( traumas, quemaduras, pancreatitis, etc), que se define pero no se limita por la presencia de 2 o más de los siguientes elementos: fiebre o hipotermia, taquicardia, según la edad del paciente, taquipnea, según la edad del paciente, alteraciones en la fórmula leucocitaria, leucocitosis >14,000/ mm<sup>3</sup> o leucopenia <4,000/mm<sup>3</sup> o la presencia del 10% de formas inmaduras de leucocitos. Sepsis se define como una SRIS de probable etiología infecciosa, sin encontrarse focalización infecciosa que lo justifique. Sepsis severa: Sepsis asociada con disfunción orgánica, hipoperfusión o hipotensión que pueden incluir: oliguria, trastornos del estado de conciencia, acidosis láctica y signos de vasoconstricción periférica como frialdad distal, llenado capilar lento y puños débiles, estas manifestaciones logran revertirse, al garantizar el volumen circulante efectivo después de una adecuada reposición hídrica. Choque séptico: sepsis severa acompañada de hipotensión sin respuesta a la reposición hídrica parenteral por más de una hora, también se consideran aquellos pacientes que requieren apoyo con inotrópicos para mantener cifras tensionales dentro de límites normales. Disfunción múltiple de órganos, la

ultima etapa del proceso séptico, caracterizado por la disfunción de 2 o más órganos o sistemas que requieren intervención medica para lograr mantener la homeostasis del organismo. Considerando que los pacientes en este grupo de edad tienen como principales factores de riesgo la inmadurez de su sistema inmune, la predisposición a ser infectados por microorganismos encapsulados como neumococo, meningococo, *Haemophilus influenzae*, entre otros; el objetivo fundamental en estos casos es la identificación precoz de las diferentes etapas evolutivas de la infección, logrando así un tratamiento oportuno para evitar que se desencadene la cascada de eventos anteriormente descrita, que finalmente nos lleva a la disfunción multiorgánica con elevados riesgos de mortalidad, directamente proporcionales al numero de sistemas en falla.

*ICMR - Mesa Redonda: Interpretación Clínica del Papanicolau.*

*Pérez, Leonel; Barahona, Osear; Alvarado, Danilo; Villanueva, Julissa.* Médico especialista en Ginecología y Obstetricia; Médico especialista en Ginecología y Obstetricia; Médico Patólogo; Médica patóloga, con diplomado en Medicina Forense. Tegucigalpa.

*45CM - Sangrado Uterino Anormal (Diagnóstico y Manejo).*

*Barahona García, Osear.* Médico Gineco-Obstetra especialista en-Colposcopia y Patología Cervical. Médico Asistencial del Instituto Hondureños de Seguridad Social. IHSS. Profesor Titular III Universidad Nacional Autónoma de Honduras.

El Sangrado Uterino Anormal (SUA) es la alteración ginecológica mas frecuente en mujeres de edad reproductiva, originando anemia y hasta ausentismo laboral, en gran parte de casos es motivo de Histerectomía, de hecho en la unión Americana es la segunda causa de intervención después de la cesárea. Usualmente en Latinoamérica, las pacientes suelen acudir a urgencia por sangrado anormal fuera de la gestación y muchas veces se desconoce su procedencia. **Definición:** Sangrado anormal proveniente del aparato genital femenino que puede tener relación o no con el ciclo menstrual, con una cantidad de sangrado mucho mayor que una menstruación normal o con una duración y/o frecuencia mayor de lo habitual. **Conceptos:** Metrorragia: Sangrado a intervalo irregular sin relación con el ciclo, Meno metrorragia: Sangrado de características cíclicas que superan la cantidad de 80ml/ciclo, Polimenorrea: Sangrados menstruales a intervalo menor de 22 días, Hipermenorrea: Sangrado cíclico con una duración mayor de 7 días, Hemorragia uterina disfuncional; (HUD) Se define como aquella que proviene del útero en ausencia de patología orgánica o de gestación generalmente irregular, sin relación con el ciclo menstrual. En la ultima década hay avances significativos en su manejo. El manejo depende de factores bien determinados que incluyen: a)Edad, b)Severidad del sangrado, c)deseo de preservar la fertilidad. El sangrado uterino anormal es producido por factores endocrinos y uterinos. **Endocrinos:** Alteración del eje hipotálamo, hipófisis, ovario, con producción inadecuada de esteroides ováricos. Se produce hemorragia por: Disrupción: Mecanismo normal de la menstruación, Deprivación: Mecanismo de proliferación. **Factores Uterinos:** Alteraciones en el tono vascular uterino, hemostasia, regeneración del epíteto; alteraciones en la vía de prostaglandinas con disminución de F2 alfa y el tromboxano A2 que produce una disminución de la vasoconstricción e inhibe la agregación plaquetaria con aumento de la prostaglandina E2 y la prostaciclina, que prolonga la vaso dilatación y por ende el sangrado; índice bajo de pulsatibilidad de la arteria uterina por dopler. Pudiendo presentarse la HUD con ciclos: **Ovularorias-** 15% sobre todo en la mujer madura de 20 a 35 años, **Anovulatorias-** Que son la mayoría en los extremos de la vida. **HUD ovulatoria:** alteración en fase folicular, usualmente cíclico, producida por: a)fase folicular alargada, b)alteraciones en receptores hormonales, c)alteraciones por cuerpo lúteo ineficiente, d)alteración por cuerpo persistente. HUD anovulatorio: son generalmente irregulares por alteraciones neuroendocrinos o por fallo en la función ovárica en la mujer mayor. Se producen por el estímulo continuo de los estrógenos en el endometrio. Histológicamente el endometrio puede evolucionar desde una hiperplasia simple hasta una hiperplasia con atipias. Se debe valorar: a)cambio brusco de peso, b)patología endocrina, c)administración exógena de hormonas, d)presencia de DIU, e) alteraciones en función renal. Metrorragia posmenopáusica. Por amenorrea y gonodotropinas elevadas siempre a descartar el cáncer ginecológico las causas uterinas mas frecuentes son los pólipos, la

hiperplasia endometrial, atrofia, cáncer. Métodos diagnósticos: hemograma, nivel de ferritina, tiempos de coagulación, pruebas de función hepática, pruebas de función renal pruebas de función tiroidea, descartar siempre embarazo, estudio ecográfico para descartar patología orgánica, en útero y en ovarios. Biopsia: de lesiones sospechosas en cervix, vaginal, vulva. Biopsia de endometrio sobre todo en mujeres mayores de 35 años, por riesgo a cáncer endometrial. Histeroscopia: con biopsia dirigida. La medicina basada en evidencia, sugiere la correcta utilización de prueba diagnosticas en base a: a)ecografía transvaginal, b)biopsia de endometrio, c)si el tratamiento hormonal no desaparece el problema se hará histeroscopia. Tratamiento HUD: El manejo será etiológico, con valoración del ingreso dependiendo de la condición general del paciente. Las causas de ingreso: a)hemoglobina < de 9, b)sospecha de coagulopatía, c)sospecha de gestación, d)sospecha de cáncer, e)sospecha de enfermedad sistémica. Tratamiento en mujeres de edad reproductiva: a)antifibrinolíticos-ácido tranexámico 500mg c/8 hrs, b)antiprostaglandinas-ácido mefenámico 500mg c/8hr, c)estrógenos, d)progestágenos, e)norgestrel, f)cipropterionia, g)medroxiprogesterona, h)levonorgestrel. En una pauta de lcomp/día x 21 días y 7 días de descanso. Conclusiones y recomendaciones: sugeridas básicamente por el Royal Coüege Obstetric and Gynecologist: la cavidad uterina debe ser estudiada por ecografía transvaginal; la histeroscopia se debe realizar si hay indicación precisa; el ácido metarámico y tranexámico son eficaces para la menorragia; los anticonceptivos tradicionalmente usados para el sangrado disfuncional pueden usarse solo para disminuir el sangrado menstrual; los DIU liberadores de levonorgestrel son adecuados para el control de la hemorragia uterina anormal; el legrado uterino no tiene utilidad terapéutica en las menorragias; la ablación es un tratamiento eficaz en la hemorragia uterina anormal; la histerectomía es el tratamiento eficaz con la hemorragia uterina cuando hay una patología orgánica en el útero.

*46CM - Atención del Recién Nacido Intra Extra-hospitalario.*

*Eguigurems Zamora, Ileana.* Medica Cirujana, especialista en Pediatría UNAH, con sub especialidad en Neonatología Instituto Nacional de Pediatría de México. Labora en el Servicio de Recién Nacidos en Hospital Materno Infantil y el IHSS, Tegucigalpa.

Todo recién nacido prematuro debe ser recibido por personal entrenado en reanimación neonatal. El médico deberá vigilar la hemostasia en estos pacientes de : temperatura, glucemia, frecuencia cardiaca, frecuencia respiratoria, Silverman Andersen, coloración de la piel.

Debe evitarse a toda costa la hipotermia por varias razones: aumenta el consumo de oxígeno por parte de los tejidos, aumenta el consumo de glucosa, lleva a acidosis metabólica, choque y muerte. Es de suma importancia contar con incubadoras cerradas de doble pared, con humidificación. La dificultad respiratoria se presenta con mayor frecuencia, secundaria al déficit de surfactante siendo más común en pacientes menores de 34 semanas. Al inicio se dejan en ayuno, se coloca una sonda orogástrica 5 fr, se coloca una campana cefálica con oxígeno a 5 ltx, cuando la situación clínica lo permita , pues de lo contrario si presenta insuficiencia respiratoria o apneas muy frecuentes deberá colocarse en ventilación mecánica. Los líquidos endovenosos deben iniciarse al valor basal bajo, ya que en últimos estudios multicéntricos, esta medida de restricción a demostrado disminución significativa en reducción de morbi-mortalidad.

*47CM - Evaluación Integral del Paciente Geriátrico.*

*Pineda Madrid, Ángel Antonio.* Especialista en Geriatria y Gerontología, sub especialidad en Cardiología Genátrica en el Instituto Nacional de Cardiología Ignacio Chávez, sub especialidad en Psicogeriatría Clínica en el Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Alvarez UNAM, México DF y Maestría en Gerontología Social Universidad Nacional Autónoma de Madrid, España. Pos grado en Geriatria en la Universidad Católica Do Río Grande Do Su, Porto Alegre Brasil. Jefe de servicio de Geriatria y Jefe Programa del Adulto Mayor, Centro del Día del Instituto Hondureño de Seguridad Social IHSS, Tegucigalpa.

hiperplasia endometriaí, atrofia, cáncer. Métodos diagnósticos: hemograma, nivel de ferritina, tiempos de coagulación, pruebas de función hepática, pruebas de función renal pruebas de función tiroidea, descartar siempre embarazo, estudio ecográfico para descartar patología orgánica, en útero y en ovarios. Biopsia: de lesiones sospechosas en cervix, vaginal, vulva. Biopsia de endometrio sobre todo en mujeres mayores de 35 años, por riesgo a cáncer endometriaí. Histeroscopia: con biopsia dirigida. La medicina basada en evidencia, sugiere la correcta utilización de prueba diagnosticas en base a: a)ecografía transvaginal, b)biopsia de endometrio, c)si el tratamiento hormonal no desaparece el problema se hará histeroscopia. Tratamiento HUD: El manejo será etiológico, con valoración del ingreso dependiendo de la condición general del paciente. Las causas de ingreso: a)hemoglobina < de 9, b)sospecha de coagulopatía, c)sospecha de gestación, d)sospecha de cáncer, e)sospecha de enfermedad sistémica. Tratamiento en mujeres de edad reproductiva: a)antifibrinolíticos-ácido tranexámico 500mg c/8 hrs, b)antiprostaglandinas-ácido mefenámico 500mg c/8hr, c)estrógenos, d)progestágenos, e)norgestrel, f)cipropterionia, g)medroxiprogesterona, h)levonorgestrel. En una pauta de lcomp/día x 21 días y 7 días de descanso. Conclusiones y recomendaciones: sugeridas básicamente por el Royal College Obstetric and Gynecologist: la cavidad uterina debe ser estudiada por ecografia transvaginal; la histeroscopia se debe realizar si hay indicación precisa; el ácido metarámico y tranexámico son eficaces para la menorragia; los anticonceptivos tradicionalmente usados para el sangrado disfuncional pueden usarse solo para disminuir el sangrado menstrual; los DIU liberadores de levonorgestrel son adecuados para el control de la hemorragia uterina anormal; el legrado uterino no tiene utilidad terapéutica en las menorragias; la ablación es un tratamiento eficaz en la hemorragia uterina anormal; la histerectomía es el tratamiento eficaz con la hemorragia uterina cuando hay una patología orgánica en el útero.

#### *46CM - Atención del Recién Nacido Intra y Extrahospitalario.*

*Eguigurems Zamora, Ileana.* Medica Círujana, especialista en Pediatría UNAH, con sub especialidad en Neonatología Instituto Nacional de Pediatría de México. Labora en el Servicio de Recién Nacidos en Hospital Materno Infantil y el IHSS, Tegucigalpa.

Todo recién nacido prematuro debe ser recibido por personal entrenado en reanimación neonatal. El médico deberá vigilar la hemostasia en estos pacientes de : temperatura, glucemia, frecuencia cardiaca, frecuencia respiratoria, Süverman Andersen, coloración de la piel.

Debe evitarse a toda costa la hipotermia por varias razones: aumenta el consumo de oxigeno por parte de los tejidos, aumenta el consumo de glucosa, lleva a acidosis metabólica, choque y muerte. Es de suma importancia contar con incubadoras cerradas de doble pared, con humidificación. La dificultad respiratoria se presenta con mayor frecuencia, secundaria al déficit de surfactante siendo más común en pacientes menores de 34 semanas. Al inicio se dejan en ayuno, se coloca una sonda orogástrica 5 fr, se coloca una campana cefálica con oxigeno a 5 ltx, cuando la situación clínica lo permita , pues de lo contrario si presenta insuficiencia respiratoria o apneas muy frecuentes deberá colocarse en ventilación mecánica. Los líquidos endovenosos deben iniciarse al valor basal bajo, ya que en últimos estudios multicéntricos, esta medida de restricción a demostrado disminución significativa en reducción de morbi-mortalidad.

#### *47CM - Evaluación Integral del Paciente Geriátrico.*

*Pineda Madrid, Ángel Antonio.* Especialista en Geriatria y Gerontología, sub especialidad en Cardiología Geriátrica en el Instituto Nacional de Cardiología Ignacio Chávez, sub especialidad en Psicogeriatría Clínica en el Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez UNAM, México DF y Maestría en Gerontología Social Universidad Nacional Autónoma de Madrid, España. Pos grado en Geriatria en la Universidad Católica Do Río Grande Do Su, Porto Alegre Brasil. Jefe de servicio de Geriatria y Jefe Programa del Adulto Mayor, Centro del Día del Instituto Hondureno de Seguridad Social IHSS, Tegucigalpa.

Para entender las complejas necesidades de los pacientes ancianos es necesario adquirir conocimientos y habilidades específicas. Debemos aceptar que nuestras vivencias y experiencia vital son mucho más reducidas que las de los pacientes que son de 20, 30, 40 o incluso 50 años mayores que nosotros, y esto va a modificar la forma de expresarse y manifestar sus sentimientos tanto en condiciones de salud como de enfermedad. La valoración integral comprende las áreas física, mental, funcional y social, para elaborar diagnósticos sindrómicos, por ejemplo: Síndromes de inestabilidad, caídas, Inmovilidad, incontinencia, nutricional y fragilidad, etc.; Con el propósito de satisfacer las demandas múltiples del adulto mayor. La aplicación de escalas que miden el estado cognitivo, afectivo, funcional y social, nos permiten efectuar un tamizaje de su problemática en general y asimismo ser específicos para diagnosticar su problema principal y derivar posteriormente sus necesidades que no son apremiantes. En el paciente anciano el primer síntoma de una neumonía puede ser una caída, confusión, incontinencia o encarnamiento. Los síntomas clásicos de dolor en punta de costado, fiebre, dificultad respiratoria y tos pueden incluso estar ausentes. Recordar que lo atípico es lo clásico en el adulto mayor.

#### *48CM Insuficiencia Cardíaca Crónica (Terapias Actuales).*

*Moneada Paz, Gustavo Adolfo.* Especialista en Cardiología, Hemodinámica e Intervencionismo con Grado de Doctorado en Filosofía de Ciencias Médicas en la Universidad de Tokio Japón. Profesor de la Facultad de Ciencias Médicas, Cardiólogo de Planta del Hospital de Especialidades del Instituto Hondureño de Seguridad Social, Tegucigalpa.

El Síndrome de Insuficiencia Cardíaca Crónica (ICC) puede tener su origen en diferentes etiologías, y ello será la primera consideración al momento de diseñar una estrategia terapéutica. De igual manera, un estado de insuficiencia cardíaca evoluciona a un estado de descompensación o a una nueva categoría funcional debido a la presencia de factores agravantes y/o desencadenantes (Omisión del tratamiento, Hipertensión Arterial no controlada, Obesidad, etc.), En consecuencia la identificación y control de estas situaciones deberá ser la segunda consideración para el manejo del paciente. El Colegio Americano de Cardiología y la Asociación Americana del Corazón (ACC/AHA) Han publicado y revisado los lineamientos para la evaluación y manejo de ICC, tomando en consideración los estadios evolutivos de la siguiente manera: Estadio A, sin daño estructural del corazón ni síntomas, pero con un alto riesgo de desarrollar ICC, por ejemplo: Pacientes con HTA, DM, enfermedad coronaria, etc.) Manejo: Tratamiento de las enfermedades coexistentes (HTA, DM, dislipidemias, etc.), cesación del tabaquismo y del consumo de alcohol, e indicación de ejercicio aeróbico regular. Estadio B, con daño estructural del corazón pero sin síntomas, por ejemplo: Pacientes con infarto miocárdico previo, disfunción ventricular sistólica, valvulopatía asintomática, etc.) Manejo: Todas las medidas para estadio A, Agregar Inhibidores de ECA y Beta bloqueadores, cuando sea apropiado. Estadio C, con daño estructural del corazón y con síntomas presentes o pasados de ICC, por ejemplo: Pacientes con disnea de esfuerzo o reducción de su tolerancia al ejercicio. Manejo: Todas las medidas para estadio A, reducción de la ingesta de sal, diuréticos, Inhibidores de ECA, Beta bloqueadores, digitalices. Estadio D, pacientes con ICC refractaria y que requieren intervenciones especializadas, por ejemplo: pacientes sintomáticos en reposo a pesar de recibir tratamiento médico adecuado. Manejo: Todas las medidas para estadios A, B y C; Infusión continua de inotrópicos positivos, aparatos de asistencia mecánica, trasplante cardíaco, cuidado de hospicio. La clasificación anterior no sustituye la funcional de la Sociedad de Cardiología de Nueva York (NYHA), sino que la complementa y proporciona una guía muy orientadora y práctica. Sin duda alguna no debe dejarse sin consideración que la corrección o mejoramiento de las causas etiológicas debe ser considerada siempre en primer plano, por ejemplo, una Valvuloplastia cerrada o abierta para corregir la estenosis o el reemplazo valvular en caso de regurgitación, cuando se detecte disfunción ventricular o al inicio de los síntomas, cuando aun el daño estructural es reversible. De igual manera, en un paciente con angina pectoris, o infarto previo, no debe esperarse la ocurrencia de un infarto nuevo o subsiguiente, para indicar angiografía con angioplastia o colocación de stents, o en los casos más severos, cirugía de puentes coronarios. El seguimiento de las consideraciones anteriores permitirá un manejo médico apropiado, -ofreciéndole al paciente un mejor pronóstico de sobrevivida con calidad.

#### 49CM'- Tratamiento de la Hipertensión Arterial en Geriatria.

*Pineda Madrid, Ángel Antonio.* Especialista en Geriatria y Gerontología, sub especialidad en Cardiología Geriátrica en el Instituto Nacional de Cardiología Ignacio Chávez, sub especialidad en Psicogeriatría Clínica en el Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Alvarez UNAM, México DF y Maestría en Gerontología Social Universidad Nacional Autónoma de Madrid, España. Pos grado en Geriatria en la Universidad Católica Do Rio Grande Do Su, Porto Alegre Brasil. Jefe de servicio de Geriatria y Jefe Programa del Adulto Mayor, Centro del Día del Instituto Hondureño de Seguridad Social IHSS, Tegucigalpa.

La hipertensión arterial en el adulto aumenta con la edad, después de los 50 años, en ambos sexos. En la población general, la hipertensión sistólica aislada esta presente en el 2.4% de los individuos de 30 a 60 años, en el 12.6% de los de 70 años y en el 23.6% de los de 80. El riesgo de muerte por enfermedad cardiovascular o cualquier otra causa es de 2 a 5 veces mayor en EUA. También incrementa el riesgo de accidente cerebrovascular (ACV), ya que entre los 65 y 74 años, las personas en PA sistólica mayor a 180 mmHg tienen una incidencia de eventos cerebrales 2.9 veces mayor que aquellos con PA sistólica menor a 129 mmHg. En nuestro país la primer causa de mortalidad la constituyen las complicaciones cardiovasculares y enfermedad cerebro vascular, lo que debe llevar a la reflexión sobre el conocimiento de la HTA en el adulto mayor, sus consecuencias, características individuales que deben ser tomadas en cuenta, el momento de decidir el uso racional de los anrihipertensivos. Los cinco grupos de fármacos antihipertensivos (diuréticos riazidicos, beta y alfa bloqueantes, calcio antagonistas e inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina, reducen satisfactoriamente la PA en el anciano, al igual que los modernos antagonistas de los receptores AT-1 de la angiotensina II. El estudio SHEP, el Sys-Eur y el Sys-Chine han demostrado que los diuréticos tiazídicos y los calcio antagonistas dihidropiridínicos reducen significativamente la mortalidad cardiovascular en población adulta mayor. Es posible prevenir 29 ACV y 53 eventos cardiovasculares a través del tratamiento de 1000 pacientes a lo largo de 5 años. Al igual que en los pacientes jóvenes hipertensos, el tratamiento debe iniciarse en cambios en los hábitos de vida (muy difícil en el adulto mayor), la reducción del peso, limitación en la ingesta de sodio menor 4g/día y el consumo moderado de alcohol (menor de 30g/día), eliminar el consumo del tabaco. Se recomienda un incremento en el aporte del potasio por medio de la alimentación, una dieta rica en frutas, vegetales y baja en contenido de grasa saturada y total (dieta DASH) reduce en forma significativa la TA. Para finalizar diré que dada la variabilidad de la TA en el anciano, su medición debe ser muy cuidadosa y se deben realizar múltiples registros de esta, antes de confirmar el diagnostico de HTA, en particular en las formas mas leves. La HTA de consultorio o de bata blanca es frecuente en estos pacientes por lo cual los controles domiciliarios o eventualmente el MAPA pueden resultar de gran ayuda. La sospecha de pseudo hipertensión (arterias rígidas y calcificadas que no pueden ser ocluidas por el manguito del tensiómetro). Se la puede sospechar por la existencia de TA muy elevada con escasa repercusión en órganos blanco, o ante la presencia de hipotensión en pacientes bajo tratamiento antihípercensivo pero con registros de PA aun elevados (maniobra de Osler). No olvidar que ante una TA refractaria deberán descontarse las formas secundarias (enfermedad renovascular aterosclerótica, nefropatía crónica, aídosteronismo y feocromocitoma).

#### 50CM - Vasculitis y Riñon.

*Mena Corteguera, Elio Luis.* Especialista en Nefrología. Miembro de la Sociedad Hondureña de Nefrología, miembro de la Sociedad Latinoamericana de Nefrología y de la Sociedad Internacional de Nefrología. Unidad de Hemodiálisis del Instituto Hondureño de Seguridad Social y Servicio de Nefrología del Hospital Escuela, Tegucigalpa.

Se consideran las vasculitis sistémicas un grupo de entidades que afectan los vasos sanguíneos de manera multifocal con inflamación, necrosis y formación de granulomas, proceso autolimitado ó difuso de curso grave y pronóstico reservado. Descrito inicialmente por Kussmaul y Maier en 1866 en un paciente con síntomas y signos característicos de una arterias necrotizante que denominaron Periarteritis Nodosa. Su incidencia varia en diferentes regiones del planeta, se calcula que en los países nórdicos es de 40 casos por millón de habitantes y de

20 casos por millón asociados a ANCA. Las vasculitis con afección renal o de pequeños vasos inciden en 18 por millón de habitantes y es la causa más importante de Glomerulonefritis Rápidamente Progresiva. El descubrimiento de los ANCA en 1982 y su asociación con vasculitis en 1985 trajo consigo un diagnóstico precoz de estas entidades, aumentando su incidencia pero descendiendo la morbimortalidad. La evolución natural es fatal con una mortalidad superior al 80%, aunque con la introducción de los esteroides al tratamiento se redujo al 60% en el primer año, y con el uso de nuevos inmunosupresores a un 20% a los cinco años después del diagnóstico. Según cifras de la European Dialysis and Transplant Association un 5% de los pacientes con diagnóstico de vasculitis requieren tratamiento de reemplazo de la función renal con diálisis por insuficiencia renal crónica de por vida, y un 32% al menos 32 meses, siendo el costo promedio en estos pacientes alrededor de 700 millones de euros. En nuestro país no tenemos estudios estadísticos relacionados con vasculitis, pero dada la alta incidencia de pacientes que ingresan en los principales centros asistenciales referidos por insuficiencia renal crónica de etiología no precisada, la asociación de estos cuadros con anticuerpos contra antígenos citoplasmáticos que denotan el carácter autoinmune de las vasculitis, es que decidimos orientar nuestra conferencia en tal sentido, proponiendo como recordatorio final pensar en la presencia de vasculitis como causa de daño renal inesperado y severo.

*51CM - Nefropatía en Etapa Terminal. (Causas y Consecuencias).*

Pineda Cobos, José. Médico especialista en Nefrología en Hospital de Clínicas José de San Martín Buenos Aires Argentina, miembro de las Sociedades Hondureñas de Nefrología, Medicina Interna y Arteriosclerosis, de la Sociedad Internacional y Latinoamericana de Nefrología. Jefe de Nefrología Hospital Escuela y Director Médico del Centro de Hemodiálisis del Instituto Hondureño del Seguro Social, Tegucigalpa.

Es la insuficiencia renal grave e irreversible para la cual los pacientes requieren tratamiento con diálisis o trasplante renal para que sobrevivan. Alrededor de 300,000 individuos afectados por Nefropatía en etapa terminal se encuentran en USA. La prevalencia de la Nefropatía en etapa terminal está aumentando a 8% por año. En Canadá y Europa Occidental, la prevalencia de Nefropatía en etapa terminal tratada es de alrededor de 50% de la que se observa en USA. Las causas más frecuentes son: Diabetes Mellitus, Hipertensión, Glomerulonefritis y Nefropatía Poliquística en al menos 5% de los pacientes se desconoce la causa. La edad avanzada, raza negra, sexo masculino y estado socioeconómico bajo se relacionan con incremento de Nefropatía en etapa terminal. El tratamiento de la Nefropatía en etapa terminal es por medio de Hemodiálisis 60% diálisis peritoneal 10% trasplante renal 30%. La mortalidad en USA es de 23% al año, un sujeto de 45 años de edad que recibe diálisis tiene una esperanza de vida alrededor de 7 años, en comparación con 35 años para la población general. Entre los factores médicos relacionados con la mortalidad de pacientes en diálisis son: Diabetes sacarina, enfermedad cardiovascular, estado nutricional inadecuado, dosis inadecuada de diálisis. La causa frecuente de muerte en pacientes con Nefropatía en etapa terminal enfermedad cardiovascular e infección. Los costos en USA del tratamiento dialítico son de 10,000 millones de dólares y por concepto de cuidado ambulatorio e intra hospitalario por cada paciente que recibe diálisis es de 50,000 dólares.

*52CM - Diagnóstico Diferencial de Lumbalgias Crónicas.*

Castañeda, Gustavo. Médico especialista en Ortopedia, Traumatología y Cirugía de Columna Vertebral, Universidad de San Carlos y Hospital de Roosevelt de Guatemala. Jefe de la Unidad de Columna Vertebral del Hospital Escuela, Tegucigalpa.

Se estima que aproximadamente el 80% de la población sufre en algún momento de su vida lumbalgia y/o ciática. La lumbalgia es el motivo mas frecuente de consulta en patología del aparato locomotor en cualquier nivel asistencial, la causa mas frecuente de ausencia laboral y. una de las causas mas frecuentes de incapacidad laboral. Etiología: origen músculo esquelético, degenerativas, osteoartritis, espondilolistesis, espondilolisis, enfermedad degenerativa discal, enfermedad degenerativa facetaria, inflamatorias, artritis reumatoide, artritis

reumatoide juvenil, espondilolisis anquiopoyetica, síndrome de Rieter, sacroileítis soriática, metabólicas, osteoporosis, osteopenia, osteomalacia, osteítis fibroquística, espondilosis crónica, osteocondrosis juvenil, neoplásicas (benignas, malignas, metastásicas), infecciosas (bacterianas, mal de Pott, artritis séptica, otras infecciones), Traumáticas (fracturas, luxaciones, congénitas, escoliosis, espina bífida), desordenes musculares, elongación aguda, elongación crónica, espasmo muscular agudo, fatiga muscular, síndrome miofasciaí, atrofia muscular. *Origen neurológico primario*, radiculopatía y neuropatía, hernia discal, osteofito, tumor, absceso epidural, fractura o luxación, vertebral, inflamación nerviosa, herpes zoster, radiculopatía diabética, neuritis, enfermedad neuronal, tumor intradural y epidural, carcinomatosis meníngea, tumor en plexo lumbar, enfermedad del neuroeje. *Causas intraabdominales*, enfermedades y desordenes viscerales, enfermedades vasculares, masa retroperitoneales, causas psicológicas, causas idiopáticas. Diagnostico, anamnesis, examen físico, examen de pie, exploración postural, palpación, percusión, maniobras especiales, maniobras de compresión, maniobras de tracción y flexión, examen acostado, examen neurológico. Estudios diagnósticos (radiografías convencionales, radiografías dinámicas, TAC, RMN, estudios electrofisiológicos. Tratamiento: Reposo, medicamentos, medicina física, Terapia intervencionista, tratamiento quirúrgico. Conclusiones: Aunque en la actualidad se reconoce que los trastornos del disco intervertebral son la principal causa de lumbalgia y ciática; las nuevas herramientas de las imágenes diagnosticas y los refinamientos de los estudios electrofisiológicos han identificado muchas otras lesiones como causas potenciales. Distinguir entre la ciática debida a otros estados patológicos, como tumores o neuropatías, en ocasiones es un dilema diagnostico muy difícil. La ciática puede originarse en un sitio periférico o central. Es desencadenada por cualquier lesión irritativa que se origine en cualquier parte del trayecto de algún nervio de la extremidad inferior, en el plexo lumbosacro, o en las raíces lumbosacras (periféricas). También pueden ser ocasionadas por lesiones que afectan el tracto espinotalámico de la medula espinal o el tálamo (central). El síndrome lumbociático también puede ser causado por lesiones óseas de la columna vertebral, la articulación sacro ilíaca, la articulación de la cadera o ser causado por enfermedades vasculares periféricas. Por ultimo también debe considerarse una causa funcional. Aunque la intensidad de esta entidad clínica es variable, la importancia de realizar un diagnostico adecuado es fundamental para el control definitivo de la sintomatología y la reincorporación del paciente a sus actividades habituales.

### 53CM - Manejo de la Enfermedad Isquémica Crónica del corazón.

*Moneada Paz, Gustavo Adolfo.* Especialista en Cardiología, Hemodinámica e Intervencionismo con Grado de Doctorado en Filosofía de Ciencias Médicas en la Universidad de Tokio Japón. Profesor de la Facultad de Ciencias Médicas, Cardiólogo de Planta del Hospital de Especialidades del Instituto Hondureño de Seguridad Social. Tegucigalpa.

Diagnóstico y estratificación del paciente con angina crónica estable. Se han propuesto 3 estadios: Estadio I, El clínico usa la anamnesis y examen físico, pruebas laboratoriales para diabetes mellitus y dislipidemia, y ECG de reposo para estimar la probabilidad de enfermedad arterial coronaria (EAC). En el Estadio II, el clínico realiza estudios adicionales en pacientes con baja probabilidad de EAC para poner de manifiesto causas no cardiacas de dolor torácico. Sin embargo, en pacientes con intermedia o alta probabilidad de EAC se realizaran pruebas de esfuerzo con monitoreo ECG durante ejercicio en la banda sin fin o bicicleta ergonómica, y en los casos indicados eco cardiografía de esfuerzo o con protocolos farmacológicos. En Estadio III, los pacientes con mayor riesgo de muerte deberán tener angiografía coronaria con ventriculografía, o en su defecto un estudio de imagen con estrés físico o farmacológico usando isótopos radioactivos, Ej. Thallium-Sestamibi. Los pacientes con riesgo de mortalidad mayor 3% anual y aquellos con disfunción ventricular izquierda deberán ser sometidos a cateterismo cardiaco para determinar las posibilidades de Revascularización mecánica. Manejo del paciente con angina crónica estable: Las metas del tratamiento son reducir la morbi-mortalidad y eliminar los síntomas de angina con el mínimo de efectos adversos que permitan el retorno a las actividades normales. En la ausencia de contraindicaciones, los beta-bloqueadores son recomendados como terapia inicial. Cuando el beta-bloqueo no es posible, los calcio-antagonistas deben ser administrados. El uso de nitratos de acción prolongada constituye la tercera línea en la estrategia terapéutica. En ausencia de contraindicación, a todos los pacientes se

les debe indicar aspirina 75-325 mg diariamente. El apropiado manejo y control de los factores de riesgo (HTA, DM, dislipidemia, tabaquismo, obesidad, etc.) es asunto de trascendental importancia. La Revascularización coronaria constituye una herramienta valiosa en el control de los síntomas y el continuo desarrollo de técnicas y dispositivos de Revascularización, cual es el caso de los Stents recubiertos con agentes como rapamicina, que inhiben el proceso de re estenosis en la pared vascular, nos hacen ser optimistas en relación a la sobrevida de los pacientes. La cirugía de puentes coronarios esta indicada en pacientes sintomáticos con enfermedad del tronco principal de la coronaria izquierda, enfermedad de tres vasos o dos vasos incluyendo estenosis proximal de la descendente anterior, lográndose mejoría de la sobrevida. Cuando los hallazgos angiográficos son favorables y la función sistólica esta conservada, la angioplastia coronaria constituye una alternativa adecuada a la cirugía de puentes coronarios. La educación de los pacientes y su adecuado seguimiento constituyen la garantía de mejores resultados.

#### *54CM - Profilaxis Antibiótico, en Cirugía.*

*Esquivel, Roberto Antonio.* Medico Cirujano con Especialidad en Cirugía Laparoscópica. Profesor Titular III de Clínica de Cirugía en la Universidad Nacional Autónoma de Honduras, UNAH. Cirujano Base Servicio de Cirugía General Hospital Escuela, Tegucigalpa.

Finalidad de la administración de antibióticos profilácticos: a) Disminuir la incidencia de infección del sitio quirúrgico; b) Utilizar antibióticos de tal manera que sean efectivos de acuerdo a lo que la evidencia científica demuestra; c) Minimizar el efecto de los antibióticos en la flora normal del paciente; d) Minimizar los efectos adversos de los antibióticos; e) Causar mínima alteración en las defensas del paciente. La profilaxis antibiótica es un adyuvante, y no un sustituto de una buena técnica quirúrgica. Factores de riesgo para el desarrollo de infecciones: a) tipo de herida (limpia, limpia contaminada, contaminada y sucia); b) Colocación de prótesis (ortopédicas, mallas, injertos vasculares, etc.); c) Duración de la cirugía; d) Co-morbilidades (clasificación de la asociación americana de anestesiología). Riesgos y beneficios de la profilaxis antibiótica penoperatoria: a) Beneficios: Están en relación directa con la severidad de las consecuencias de la infección del sitio quirúrgico. Prolongación de estadía hospitalaria. Desarrollo de infecciones potencialmente fatales : endocarditis, infección necrotizante del tejido blando, abscesos intraabdominales etc. b) Riesgos: desarrollo de resistencia bacteriana, desarrollo de colitis pseudo-membranosa. La decisión final de utilizar profilaxis antibiótica dependerá de: el riesgo del paciente para desarrollar infección del sitio quirúrgico, la severidad potencial de las consecuencias de la infección del sitio quirúrgico, la efectividad de la profilaxis en esa operación, las consecuencias de la profilaxis para ese paciente (ej: riesgo de desarrollo de colitis pseudo-membranosa). Procedimientos para los cuales la evidencia demuestra que es beneficioso utilizar antibiótico-profilaxis: cirugía general, cirugía colorrectal, apendicectomía, cirugía biliar abierta, cirugía de la mama, procedimientos limpios-contaminados, cirugía gastroduodenal, cirugía esofágica, reparación de con malla de hernias de la pared abdominal. Selección del antibiótico: el antibiótico seleccionado debe cubrir los patógenos que más frecuentemente causan la infección del sitio quirúrgico. La decisión sobre el tipo específico de antibióticos debería estar basada en la microbiología local de la localidad (institución de salud). El antecedente de alergia a penicilina es una contraindicación para el uso de antibióticos betalactámicos. Cuándo y cómo debe ser administrada la profilaxis antibiótica: la vía intravenosa es la única que ha demostrado ser efectiva en profilaxis antibiótica, la dosis para profilaxis debe ser la misma que se utiliza para tratamiento, en la mayoría de las circunstancias, la profilaxis antibiótica debe ser iniciada antes del procedimiento quirúrgico, dentro de los 30 minutos que preceden a la inducción anestésica, no se debe aplicar el antibiótico adicionándolo a las bolsas de líquidos IV debido al riesgo de contaminación, se deben iniciar antibióticos justo después de que ocurra una contaminación inesperada en el área quirúrgica. Cuántas dosis de antibiótico profiláctico deben ser administradas: los pacientes sometidos a cirugía tienen un aclaramiento más lento de los antibióticos, que los voluntarios normales, en general, los pacientes solo requieren de una dosis de antibiótico durante los procedimientos usuales, a menos que el mismo sea extremadamente prolongado (5-6 horas), en adultos, la pérdida sanguínea menor que 1500 ml o la hemodilución menor que 15 ml/KG durante el procedimiento quirúrgico, no justifica una dosis ulterior de antibiótico profiláctico, la administración de dosis adicionales después de finalizada la intervención, no proveen

beneficio profiláctico adicional. Reglas referentes a costo-efectividad de la aplicación de antibióticos profilácticos: la profilaxis debe ser implementada si existe la posibilidad de que reduzca el consumo general de antibióticos en el Hospital. La profilaxis debe ser implementada si existe la posibilidad de que reduzca los costos hospitalarios.

## RESÚMENES TRABAJOS UBRES

*1TL - Malaria y Embarazo: Informe de un caso complicado.*

*Garay, Fernando A.<sup>1</sup>; Alger, Jackeline<sup>1,2</sup> Bu Figueroa, Efraín<sup>1,3</sup> y Bejarano, Daysi<sup>4</sup>.* Postgrado de Medicina Interna, Universidad Nacional Autónoma de Honduras; <sup>2</sup>Departamento de Laboratorios Clínicos; <sup>3</sup>Departamento de Medicina Interna y Servicio de Infectología; y <sup>4</sup>Departamento de Ginecología, Hospital Escuela, Tegucigalpa.

Antecedentes. Las alteraciones hematológicas constituyen una manifestación frecuente de la malaria complicada. En la mujer embarazada además se pueden presentar complicaciones en el producto. Descripción del caso. Ama de casa de 20 años de edad, embarazada, procedente de Jutilcalpa, Olancho, con historia de 6 días de evolución de presentar fiebre subjetivamente alta, vespertina, diaria, con escalofríos, díaforesis e intenso malestar general. Fue atendida en centro hospitalario de esa comunidad donde se realizó hemograma, el cual informó 60,000 plaquetas/uL por lo que fue remitida al Hospital Escuela (HE), Tegucigalpa, con diagnóstico de sospecha de dengue hemorrágico. En el HE fue ingresada con los diagnósticos de Embarazo de 38 semanas y Sospecha de Dengue. El hemograma informó hematocrito de 32.6 vol%, hemoglobina de 11.2g/dl, glóbulos blancos de 7,100 células/uL (neutrófilos 4,330 y linfocitos 1,460 células/uL) y plaquetas de 180,000/uL. Se realizó gota gruesa que informó *Plasmodium falciparum* (parasitemia 263 estadios asexuales sanguíneos más 1 gametocito/105 leucocitos). Se inició manejo con cloroquina (25 mg/Kg dosis total en 48 hrs), con buena respuesta clínica y parasitológica al tratamiento. Un día después de la última dosis se realizó inducción con misoprostol y oxitocina. El parto fue normal, con producto masculino de 2,500 g de peso. Se dio alta a madre y producto un día después del parto. Conclusiones y Recomendaciones. Este caso de malaria falciparum con parasitemia alta se complicó con anemia, trombocitopenia y producto con bajo peso, en quien no se investigó malaria congénita. Se recomienda investigar malaria en pacientes residentes o con antecedente de haber visitado áreas endémicas y con sospecha clínica de dengue. En los casos confirmados se debe evaluar la respuesta terapéutica y realizar gota gruesa al producto. Es necesario implementar actividades de educación continua sobre enfermedades infecciosas prevalentes para el personal de salud.

*2TL Desarrollo Sexual en Niñas.*

*Ponce, Osear armando.* Instituto de Seguridad Social, San Pedro Sula.

Antecedentes. Actualmente existe una tendencia a la disminución en la edad de inicio del desarrollo sexual en niñas así como de su menarquia, invocándose muchas teorías acerca de ello; en nuestro país no existen estudios al respecto. Objetivo General. Conocer la edad de inicio del desarrollo sexual de nuestras niñas así como de su menarquia. Objetivos Específicos. Conocer la edad de menarquia en sus dos generaciones previas; grado escolar al momento de la menarquia; primer signo de desarrollo sexual; factores relacionados con la edad de menarquia (percentil peso/edad, percentil talla/edad, alimentación, etc.). Metodología. Se trata de un estudio transversal realizado en 64 niñas que acudieron a la consulta externa del I.H.S.S. y sala de observación del hospital Mario Catarino Rivas por causas no endocrino lógicas; el estudio se realizó en el período de enero a junio del 2003; el criterio de inclusión fueron aquellas cuya menarquia ocurrió en el último mes antes de la entrevista. Resultados. Se encontró que la menarquia tiende a ocurrir 1\_ año más temprano en cada generación; con un promedio de 13.7 años en abuelas, 12.3 años en las madres y 10.8 años en las niñas sujetas al estudio. El 80% de las niñas cursaban grados menores al sexto grado escolar con un promedio de 4.7 grado escolar. En el 81% de los casos el crecimiento mamario fue el primer signo de desarrollo sexual y en el 3% de los casos la menarquia ocurrió en ausencia de signos de desarrollo sexual. En el 80% de las niñas correspondían a percentiles peso/edad mayores de 75, y en el 91% de ellas sus percentiles talla/edad eran mayores de 75- El único factor relacionado fue el alto consumo de grasas en el 100% de los casos. Conclusiones. 1. La edad de menarquia en nuestras niñas tiende a disminuir casi dos años en cada generación. 2. Casi el 100% de ellas

cursaban el nivel primario al momento de su menarquia. 3. El crecimiento mamario fue el primer signo de desarrollo sexual. 4. Casi el 100% de los casos estaban en percentiles peso/edad y talla/edad mayores de 75- 5. El alto consumo de grasas fue el único factor relacionado en todos los casos. Recomendaciones. 1. Realizar estudios multicéntricos para oficializar la edad de la menarquia en nuestro país. 2. Reformar el sistema educativo para incorporar la clase de biología de la reproducción humana a finales del tercer grado escolar. Con esta medida nuestras niñas mejorarían su autoestima y se previenen embarazos en adolescentes, propagación del VIH/SIDA, alcoholismo, drogadicción, etc. 3. Llevar curvas decrecimiento en todos los pacientes menores de 18 años. 4. Referir los casos cuando sea necesario al pediatra o al endocrinólogo pediatra para su evaluación.

### *3TL - Validación de Flujogramas para el Manejo Sindrómico de Flujo Vaginal y Dolor Abdominal Bajo en Honduras.*

*Urquía, Marco Antonio<sup>1</sup>; Moherdau Bautista, Fabio<sup>2</sup>; Castro de Midence, Lesby<sup>3</sup>; Morales, Gina<sup>4</sup>; Paredes, Maytee<sup>1</sup>; Mendoza, Suyapa<sup>3</sup>; Paz, Alba<sup>4</sup>, Alvarenga, Marco Antonio<sup>6</sup>. <sup>1</sup>Programa ITS/SIDA Secretaría de Salud; <sup>2</sup>Ministerio de Salud de Brasil; <sup>3</sup>Programa ITS/VIH/SIDA Región Metropolitana; <sup>4</sup>Región Metropolitana; <sup>5</sup>Departamento de Laboratorio ITS Nivel Central; Hospital Tela Integrado.*

Objetivos. Validar los flujogramas propuestos para el diagnóstico y tratamiento sindrómico de Flujo Vaginal y Dolor Abdominal Bajo, estableciendo su sensibilidad, especificidad, valor predictivo positivo y los factores sociodemográficos, comportamentales y clínicos asociados, en comparación con el diagnóstico etiológico, 2. Estudiar la relación existente entre la presencia de flujo vaginal, dolor abdominal bajo y otras ITS con la infección por VIH en la población estudiada. Métodos. Es un estudio prospectivo con componentes descriptivos y analíticos, que abarca una muestra de 933 mujeres sexualmente activas, embarazadas o no, que se presentaron espontáneamente con queja de flujo vaginal y/o dolor abdominal bajo a 8 Centros de Salud de la Región Sanitaria Metropolitana durante los meses de octubre de 1999 a noviembre de 2001. Los criterios utilizados para validar los métodos propuestos fueron la sensibilidad, la especificidad y el valor predictivo positivo. La sensibilidad significa la proporción de infecciones detectadas por el método (cuanto más alta, es mayor el número de personas infectadas tratadas), la especificidad es la proporción de casos no infectados identificados como tales y valor predictivo positivo demuestra la proporción de casos realmente infectados dentro de los que el método dice que lo son (cuanto más alto, menor el número de personas tratadas sin necesidad). Resultados. Sociodemográficos: del total de 933 mujeres, 41.8% tenían menos de 25 años (promedio de 28 y mediana de 26); 6.2% eran analfabetas; 16.7% no tenían pareja estable. Antecedentes obstétricos: 31.4% estaban embarazadas y 46.6% tenían más de dos embarazos previos. Hábitos sexuales: 13-1% tuvieron su primera relación sexual con menos de 15 años; 79.6% tuvieron solo una pareja sexual en los últimos 3 meses; del total solo 6% usan preservativo en todas sus relaciones sexuales; 12.8% practican sexo anal y 12.7% sabían que sus parejas tenían algún síntoma o signo genital. Prevalencias de infecciones del tracto genital: el 4% tenían cervicitis específica, el 53.3% vulvovaginitis y el 4% enfermedad pélvica inflamatoria; el 1.2% eran VIH positivas. Factores asociados a cervicitis: el único factor de riesgo significativo para cervicitis fue la condición de no tener pareja estable. Los signos y síntomas asociados fueron: mucopus cervical, eritema cervical y dolor a la movilización. Validez del diagnóstico clínico específico: en general la sensibilidad, especificidad y valor predictivo positivo (vpp) del diagnóstico clínico, basado tan solo en la experiencia clínica, fueron bajos; respectivamente para cervicitis 18%, 96% y 15%; para enfermedad pélvica inflamatoria 11%, 97% y 14%; para tricomoniasis 63%, 79% y 18%. Validez de los flujogramas propuestos: varios flujogramas fueron probados por simulación y validados para flujo vaginal. Cuando se validó el primer flujograma propuesto para utilización en el país basado tan solo en la evaluación de riesgo la sensibilidad, especificidad y vpp para cervicitis fueron respectivamente de 16%, 94% y 10%. Al agregarse en el segundo flujograma el examen con espejito con el objetivo de identificar el origen y características de la secreción, la sensibilidad, especificidad y vpp fueron para cervicitis de 49%, 53% y 4%, para tricomoniasis y/o vaginosis bacteriana de 46%, 62% y 38%. Al utilizarse la microscopía en el tercer flujograma la sensibilidad, especificidad y vpp fueron, para cervicitis, de 57%, 60% y 6% y para tricomoniasis de 90%, 100% y 100%. En el cuarto flujograma, al utilizarse algunas características específicas de cervicitis y añadiendo la prueba de pH para las

vaginitis/vaginosis, la sensibilidad, especificidad y vpp fueron respectivamente para cervicitis de 67%, 59% y 6%, para tricomoniasis y/o vaginosis bacteriana de 96%, 45% y 47%. Como en el estudio se definieron factores sociodemográficos y comportamentales considerados de riesgo, además de los síntomas y signos asociados, se pudo diseñar un nuevo flujograma para flujo vaginal apuntando hacia un balance entre los criterios de validez, pero buscando siempre que la sensibilidad fuera la mas alta posible; al simularse el nuevo flujograma, la sensibilidad fue de 85%, especificidad de 38% y vpp de 4%. El flujograma utilizado para dolor abdominal bajo tuvo una sensibilidad de 38%, especificidad de 89% y vpp de 21%. Conclusiones, el estudio demostró escasa validez del diagnostico clínico específico basado solo en signos y síntomas, siendo necesario, por esa razón, un método alternativo. A pesar de que el manejo sindrómico evidencio ser mejor que el diagnostico clínico bajo todos los criterios de comparación, es necesario hacer adaptaciones de acuerdo a las condiciones de los servicios de salud y principalmente de acuerdo a las características de la población. En ese sentido el último flujograma propuesto será uno de los instrumentos indicado para el manejo de pacientes con flujo vaginal en centros de salud que dispongan de los insumos necesarios para cumplir sus pasos, como ser microscopia en fresco y cintas medidoras de pH. El flujograma 4 es el recomendado para Centros de Salud que no dispongan de microscopía,. El flujograma para dolor abdominal bajo, aunque haya demostrado una sensibilidad de solo 37.5% se recomienda continuar utilizándose porque es mayor que la sensibilidad del diagnostico clínico.

*4TL - Entorno Social de las Personas con VIH/SIDA, Choluteca, Enero 2002 a Junio 2003.*

*López de Calderón, Marilia<sup>1</sup>, González, Carlos Alberto<sup>2</sup>. Clínica del Adolescente Región Sanitaria #4; Hospital Regional del Sur<sup>2</sup>.*

Antecedentes. Este estudio transversal cuantitativo, representa el primer esfuerzo para caracterizar el entorno social de los pacientes de VIH/SIDA en la ciudad de Choluteca, una de las 6 ciudades con mayor prevalencia de SIDA en Honduras. Los objetivos que guiaron esta investigación fueron: conocer el perfil de padecimiento, las limitantes sociales, el apoyo de la familia y el papel que juegan los servicios de salud en la atención de estos pacientes. Mediante un diseño transversal, fueron entrevistados (as) por conveniencia 16 pacientes de Choluteca diagnosticados de enero del 2002 a junio de 2003, para los (as) se aplicó un cuestionario complementando la información con las fichas de vigilancia epidemiológicas de VIH y otros documentos disponibles. Teniendo en cuenta que en Choluteca el primer caso de VIH/SIDA fue registrado en 1987 se observa que la epidemia va en aumento según los registros del sistema de salud pública. Descripción de la experiencia. Los resultados de este estudio (en base a los pacientes entrevistados) reflejan que a pesar que los pacientes cuentan con el apoyo familiar, así como una red de consejeros para apoyo psicológico y una clínica especializada en prevención y tratamiento del VIH/SIDA en Choluteca, éstas no son suficientes para controlar y dar respuesta ante la epidemia. Lecciones aprendidas: Los resultados las edades mas frecuente esta entre 25 y 34 años, el sexo predominante fue el masculino con el 68.8%, procedentes del área suburbana en el 56.3%, el la opinión sobre el VIH evidencia el dilema entre la vida y la muerte de estos pacientes, resaltando su deseo por la vida y sentido de responsabilidad ante la sociedad, de los conocimientos sobre el SIDA se evidencia el conocimiento de los pacientes en relación a las dimensiones biológicas, psicológica y social de la enfermedad, los principales padecimientos expresados por los pacientes son enfermedades infecciosas(15), anemia (3) y alérgica (1), 62.5 % de los pacientes fueran hospitalizados en alguna ocasión después del diagnostico, según los resultados del estudio se destaca la ausencia de relación conyugal estable con un 56%, así mismo el 50% de los pacientes corresponden a solteros, según los resultados del grupo de estudio 3 de cada 4 pacientes (75%) finalizo el nivel primario de educación formal, se encontró que el 25% de los pacientes san desocupados y el 18.7% corresponden a oficios domésticos, el 62.5% de los pacientes han tenido experiencias desfavorables en cuanto a la obtención de empleo, un predominio de (56%) de pacientes que han sentido alguna experiencia de discriminación. La mayoría (56.25%) de los pacientes consideran que ha sido estigmatizados en algún momento desde que tienen su enfermedad. En el estudio no parece que el tabú sea frecuente en esta población (18.7%). Lecciones aprendidas. Es importante la afectación indirecta del tabú alrededor de otros miembros de la familia del paciente con VIH/SIDA, La conducta sexual más significativa fue la heterosexual con un 75 % de

los pacientes estudiados. El 43% de las personas viviendo con el VIH/SIDA entrevistadas refirió la existencia de rechazo de su familia debido a su condición.

*5TL - Medicina Basada en Evidencias en Antimicóticos Orales en Dermatología.  
Espinoza Figueroa, Dagoberto.*

Antecedentes. Para poder dar una atención especializada de primera calidad en dermatomycosis, el Medico debe estar familiarizado con los antimicóticos disponibles. Debe conocer los efectos adversos, espectro de acción y farmacocinética del producto en relación con la dermatomycosis que desea tratar. Antes de la década de 1990 solamente se contaba con escasos antimicóticos. El primero fue la griseofulvina, seguida por la anfoteridna B y el ketoconazol. Materiales y métodos. El objetivo de este trabajo fue hacer una búsqueda de evidencia donde se comparen los antimicóticos entre si, buscando mejores resultados con menores efectos adversos. La búsqueda se realizo en Pubmed, eliminando la mayoría de estudios patrocinados por casas farmacéuticas fabricantes de los antimicóticos en estudio. Desafortunadamente los tratamientos se prolongaban por muchos meses e incluso años con fármacos con escasa biodisponibilidad vía oral y efectos adversos potencialmente severos. Resultados. En los últimos años, el medico ha sido objeto de una intensa aparición de nuevos antimicóticos. Los que figuran en la lista son el fluconazol, itraconazol y la terbinafina. Conclusiones y recomendaciones. Desafortunadamente la información que se presenta al medico con relación a estos productos es en la mayor parte patrocinada por las casas farmacéuticas donde se comparan los nuevos medicamentos con otros de inferior calidad o con placebo.

*8TL - Situación Epidemiológica de la Malaria en Honduras y las Iniciativas de Control.*

*Alvarado, Murcio<sup>1,2</sup>; Alger, Jackeline<sup>13</sup>, Salgado, Laura Julia<sup>2</sup>; Moreno de Lobo, Mima<sup>4</sup> y Cury, Delmin<sup>5</sup>. 'Proyecto Fortalecimiento de la Respuesta Nacional para la Protección y Promoción de la Salud en Malaria, Tuberculosis y SIDA; <sup>2</sup>Programa Nacional para la Prevención y Control de la Malaria; <sup>3</sup>Departamento de Laboratorios Clínicos, Hospital Escuela; <sup>4</sup>Dirección General de Salud, Secretaría de Salud, y <sup>5</sup>Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud, Tegucigalpa.*

Antecedentes. La malaria es una enfermedad infecciosa con determinantes biológicos (parásito, vector, ser humano), ecológicos, culturales y económicos. Por lo tanto, el manejo de este problema de salud pública debe de ser integral. Uno de los objetivos del Proyecto del Fondo Global Honduras en su componente de malaria, incluye la implementación de un modelo ecosistémico de abordaje de la malaria. Descripción de la experiencia. Como un componente inicial de la caracterización local de la malaria en los 9 departamentos beneficiados por el Proyecto, se organizó la información epidemiológica municipal de los 44 municipios seleccionados (detección pasiva) y se realizó un diagnóstico de la situación entomológica en tres regiones geográficas del país (Departamentos de Colon, Olancho y Choluteca). Se inició el proceso de identificar las localidades que aportan el 80% de los casos de malaria informados por los municipios, con incidencia anual promedio ponderada (2000-2003) mayor que 1 caso por 1000 habitantes y que informan casos de malaria falciparum. En el departamento de Colon (10 municipios) y el Municipio de Olanchito se identificaron un total de 147 localidades (23,602 viviendas y 99,718 habitantes) y se evaluó una muestra de las Unidades de Salud y de Puestos de Colaboración de la Red de Colaboradores Voluntarios. Se realizó una caracterización ecológica con la elaboración de croquis y se tomaron 7,249 muestras de gota gruesa. Aunque los casos detectados activamente representaron menos del 1% de las muestras examinadas, se identificaron infecciones subclínicas (afebriles). En el departamento de Olancho se identificaron 9 municipios de los cuales 5 (Juticalpa, San Esteban, Caracamas, Patuca y Santa María del Real) aportaron el 73% de los casos y todos los casos falciparum informados por el departamento (2002). Cuatro de 9 municipios informaron una incidencia anual promedio ponderada mayor que 2.5 (Juticalpa, San Esteban, Santa María del Real y San Francisco de Becerra). Lecciones aprendidas. Es necesario completar la caracterización ecosistémica de la malaria en sus componentes ecológicos y socioeconómicos. La interpretación de esta información permitirá el diseño de medidas integrales de

prevención y control. *Financiado parcialmente por Proyecto Fortalecimiento de la respuesta nacional para la protección y promoción de la salud en malaria, tuberculosis y SIDA, Fondo Global Honduras, y Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud, Tegucigalpa, Honduras.*

*7TL - Derivaciones extra anatómicas (DEAs) en trauma.*

Castillo Zavala, Melvin G; Orellana, Hugo. Departamento de Cirugía Hospital Escuela

Antecedentes. Las DEA son una excelente alternativa para los procedimientos complejos de revascularización en trauma bajo condiciones adversas, o cuando las reparaciones vasculares anatómicas primarias fallan por diversas razones. Se conocen desde los años 60s cuando varios cirujanos como ser: Stevenson, Sauvage y Lewis realizaron DEAs desde grandes vasos arteriales de los miembros superiores hasta los inferiores. Existen varias indicaciones para el uso de los DEAs: pacientes con heridas y traumatismos y alto riesgo quirúrgico, infección del área afectada, abdomen hostil con múltiples cirugías y radiación, pérdida importante de tejido. Entre los tipos de DEA tenemos: axil a-fe moral, femoro-femoral, iliaco-femoral, axilo-braquial, femoro-poplíteo, etc., su diversidad depende de la creatividad del cirujano. Descripción de serie de casos. *Caso # 1:* Masculino de 19 años con heridas por proyectil de arma de fuego (HPAF) en el muslo izquierdo en 1/3 medio, con sección total de arteria femoral superficial, reparada inicialmente con injerto de tejido homólogo invertido de vena safena interna. A los 7 días hay infección del área quirúrgica con sangrado. Se realiza DEA tipo femoro-poplíteo, a través del compartimiento posterior, con injerto de PTFE. Evolución satisfactoria, alta a los 31 días. *Caso # 2:* Masculino de 26 años con HPAF en abdomen y la ingle izquierda con pérdida de tejido y lesión de arteria y vena femorales. Se realizó control de daños con ligadura vascular. Seis horas después se realiza DEA iliaco-femoral a través del agujero obturador con PTFE. Paciente fallece a las 24 horas debido a falla multiorgánica. *Caso # 3:* Masculino de 23 años con HPAF en muslo izquierdo 1/3 medio, con lesión de arteria femoral superficial. Se coloca injerto anatómico de PTFE femoro-femoral. Alta médica. Se presenta un mes después con cambios isquémicos necróticos y dolor distal en dedos del pie izquierdo y supuración a través de la herida. Se somete a DEA iliaco-femoral a través del agujero obturador con PTFE de 6 mm de diámetro. Alta a los 7 días. Conclusiones y recomendaciones. La DEAs continúan siendo una alternativa para revascularización en pacientes con alto riesgo quirúrgico, en trauma con pérdida extensa de tejido. La vena safena interna es una opción disponible, de buena calidad y sin costo alguno para la elaboración de DEAs en el paciente traumatizado.

*6TL - Caracterización Ecosistémica de la Malaria en Honduras.*

Alvarado, Marcio<sup>1,2</sup>; Alger, Jackeline<sup>1,3</sup>; Salgado, Laura Julia<sup>2</sup>; Moreno de Lobo, Mima<sup>4</sup>; Cury, Delmin<sup>5</sup>; Sierra, Manuel<sup>1,6</sup>; Cosenza, Humberto<sup>1,7</sup>; 'Proyecto Fortalecimiento de la Respuesta Nacional para la Protección y Promoción de la Salud en Malaria, Tuberculosis y VIH/SIDA; Programa Nacional para la Prevención y Control de la Malaria; <sup>3</sup>Departamento de Laboratorios Clínicos, Hospital Escuela; Dirección General de Salud, Secretaría de Salud, Tegucigalpa; <sup>5</sup>Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud, <sup>6</sup>Visión Mundial y <sup>7</sup>Cooperación Externa, Secretaría de Salud.

Antecedentes. La región de Mesoamérica se caracteriza por una intensidad de transmisión de la malaria de baja a moderada. En el año 2002, OPS/OMS informó una incidencia anual, basada en infecciones confirmadas microscópicamente, de menos de 1 caso (Belice, El Salvador, México, República Dominicana, Costa Rica, Panamá), entre 1.2 a 2.6 (Nicaragua, Haití, Honduras) y 7.4 (Guatemala) casos por 1000 habitantes. Honduras informó un promedio anual de 38,000 casos durante el período de 1975-1990 y un incremento a 65,000 durante el período 1991-1999 (detección pasiva). Aunque el número de casos anuales informados durante el período 2000-2003 demuestra un descenso (35,125, 24,023, 16,890 y 12,026 casos, respectivamente), puede ser resultado de una reducción importante en el número de muestras examinadas (de 250,411 en 1999 a 123,028 en 2003). En la última década, las áreas más maláricas están localizadas en la costa norte del país, de donde también se informa la mayoría de casos falciparum. Descripción de la experiencia. En el año 2002 la propuesta Fortalecimiento de la respuesta nacional para la protección y promoción de la salud en

malaria, tuberculosis y SIDA fue acreditada para financiamiento de manera competitiva por el Fondo Global para la Lucha contra la malaria, tuberculosis y SIDA, Ginebra, Suiza. La ejecución del Proyecto inició en 2003 y sus estrategias están enmarcadas en el Plan Estratégico Nacional de Malaria incluyendo los siguientes objetivos: 1] Implementación de un modelo ecosistémico de abordaje de la malaria, 2] Fortalecimiento de la capacidad de respuesta en el nivel local, y 3] Fortalecimiento del Programa Nacional. Las acciones del primer año se han orientado a establecer una línea base que permita evaluar progreso e impacto en la incidencia de malaria y en la capacidad de respuesta de las alcaldías, Unidades de Salud, Unidades de Diagnóstico de Laboratorio, Unidades Entomológicas y red de Colaboradores Voluntarios. La estratificación de la malaria en los 9 departamentos que incluye el Proyecto, a partir de tres indicadores (porcentaje acumulado de casos, incidencia anual promedio ponderada del período 2000-2003 y casos falciparum), ha permitido enfocar las acciones en 44 municipios que contribuyen con aproximadamente el 80% de los casos. Lecciones aprendidas. Aunque la iniciativa Hacer Retroceder el Paludismo fue lanzada en Mesoamérica en el año 2000, el progreso en su implementación a nivel nacional ha sido limitado debido a restricciones económicas. La estratificación de la malaria permite distribuir los recursos para ejecución de acciones con mayor impacto. El apoyo substancial obtenido a través del Proyecto del Fondo Global (2003-2008) fortalecerá la capacidad nacional de abordar la malaria en la medida en que los equipos locales sean fortalecidos. Financiado parcialmente por Proyecto Fortalecimiento de la respuesta nacional para la protección y promoción de la salud en malaria, tuberculosis y SIDA, Fondo Global Honduras, y Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud, Tegucigalpa, Honduras.

*9TL - Logros Alcanzados tras la Implementación de la Estrategia PLAGSALUD en Apacilagua, Choluteca.*

*Hernández Lagos, Franklin Yovanny; Cuan Coyac, José Juan<sup>2</sup>. 'Atención privada en SEMISA, Choluteca;*

*<sup>2</sup>Médico asistencia! en Centro de Salud de Liure, El Paraíso.*

Antecedentes. Centroamérica es la región del mundo con más alto consumo per cápita de plaguicidas, el cual se estima en 2 kg por persona por año. En una iniciativa centroamericana en 1994, el Programa de Medio Ambiente y Salud del Istmo Centroamericano "MASÍCA" de la OPS, inició el proyecto "Aspectos Ocupacionales y Ambientales de la Exposición a Plaguicidas en el Istmo Centroamericano" (PLAGSALUD). La meta de PLAGSALUD es la "Reducción de un 50% de las enfermedades relacionadas con plaguicidas dentro de los 10 años después del inicio del proyecto" La Zona Sur fue seleccionada como área piloto para la implementación de PLAGSALUD. Descripción de la Experiencia. Se realizó un estudio descriptivo de corte transversal para identificar los logros que el proyecto PLAGSALUD había generado en las comunidades de La Sábila y El Tamarindo en el municipio de Apacilagua, desde su implementación en la zona en 2001 con la conformación del CLIP. Se estudiaron 37 jefes (as) de familias el 64.9% (24) eran hombres y el 31.5% (13) mujeres, Al comparar el nivel de escolaridad se encontró que el 21.6% eran analfabetas, solamente 2 personas (5.4%) habían escuchado sobre PLAGSALUD, sólo cuatro fumigadores (10.8%) habían recibido capacitación, el 56.8% (21) no utiliza equipo de protección, en cuanto a la presencia de síntomas de intoxicación durante el trabajo, el 46% (17) respondió no recordar ningún síntoma, el 40.5% (15) respondió que habían presentado síntomas leves tales como (mareos, debilidad, cefalea) y el 13-5% (5) respondió que tuvo síntomas específicos de IAP como son dermatitis, conjuntivitis o dificultad para respirar. Lecciones Aprendidas, el bajo nivel de educación, la falta de empleo, la falta de preocupación por parte de las empresas en la seguridad laboral de los trabajadores, la falta de fuentes de trabajo, la insuficiente vigilancia epidemiológica realizada por personal de la Secretaría de Salud por ende el subregistro de IAP existentes no permite que se puedan alcanzar las metas de prevención de IAP, la falta de coordinación interinstitucional y el incumplimiento de compromisos por parte de las autoridades institucionales, promovió que la meta planteada por PLADSALUD no fue alcanzada ya que desde su implementación hasta la fecha del estudio ningún caso de IAP fue reportado.

*10TL - Bolsa de Bogotá, una Solución para el Cierre Abdominal Temporal.*

*Castillo Zavala, Melvin Giovanni*<sup>1</sup>; *Sierra, Jorge Alberto*<sup>1</sup>. 'Médico Cirujano Hospital Militar;  
<sup>2</sup>Departamento de Cirugía Hospital Escuela.

Antecedente. Bolsa de Bogotá es una técnica utilizada en el tratamiento de pacientes con sepsis severa de origen abdominal, así como también en aquellos con trauma abdominal grave en la cual la cavidad abdominal es dejada abierta temporalmente. Objetivo. Determinar el perfil epidemiológico, indicaciones, complicaciones y evolución clínica de los pacientes que son sometidos al cierre abdominal temporal usando la técnica conocida como Bolsa de Bogotá en nuestro Hospital Escuela. Material y métodos. Se realizó un estudio del tipo retrospectivo, longitudinal, descriptivo a 22 casos de pacientes adultos del bloque médico quirúrgico del Hospital Escuela, sometidos al abdomen abierto usando el método conocido como Bolsa de Bogotá desde Enero del 2001 hasta Agosto del 2003, a los expedientes de estos pacientes se les aplicó un instrumento dirigido a la recolección de variables, las cuales fueron tabuladas y analizadas utilizando el programa estadístico de EPI-INFO 6, Versión 6-04, Enero 2001. Resultados. De los 22 casos del estudio 16 son varones (72.7%), con una edad promedio de 38 años, con rangos de edad de 14 — 83 años. La indicación más frecuente para el uso de la Bolsa de Bogotá fue la cirugía de control de daños (31.8%). El diagnóstico más frecuentemente encontrado fue la herida penetrante de abdomen por proyectil de arma de fuego (36.4%). El evento traumático con lesión abdominal estuvo presente en 68.2% de los pacientes. Las bolsas de suero endovenoso y el nylon 1-0 fueron los materiales más usados para confeccionar la Bolsa de Bogotá. La mayoría de los pacientes se sometieron a lavados quirúrgicos en dos ocasiones (36.4%). La Bolsa de Bogotá se mantuvo en promedio 6 días, permaneciendo de 1 a 5 días en 50% de los casos. Las indicaciones más frecuentes como criterio para el retiro de esta bolsa fueron: control de la infección abdominal y estabilidad hemodinámica en un 50% de los pacientes. El total de días intra hospitalarios fue en promedio de 24 días, un 77% de los casos con una permanencia de menos de 30 días. Las complicaciones intra hospitalarias tales como la dehiscencia de la herida quirúrgica (55%) y la fístula entero cutánea (33%) se presentaron con mayor frecuencia, del total de los pacientes complicados. La mortalidad total del grupo fue de 45.5% (10/22), de estos el shock hipovolémico constituye el 40% como causa de mortalidad. Conclusiones. La técnica de Bolsa de Bogotá utilizando bolsas de solución endovenosa (polivínilo) es una forma de cierre abdominal temporal simple, efectiva y de bajo costo en la cirugía abdominal múltiple y de trauma, permitiendo la constante valoración de las condiciones intra abdominales y disminuye el daño a la integridad intestinal mejorando de esa manera la expectativa de vida de estos pacientes. Recomendaciones. Se debe hacer uso racional de este dispositivo, monitoreo constante de la presión intra abdominal, mantener este dispositivo el menor tiempo posible y manejar dichos pacientes en unidad de cuidados intensivos.

*11TL - Trauma Cardíaco.*

*Cardoza, Miguel Ángel.* Cirujano del Hospital General San Felipe, Tegucigalpa.

Antecedentes. El presente trabajo contiene la experiencia de 3 tres años, en la emergencia del Hospital Escuela, donde se captaron los pacientes y fueron evolucionados hasta la salida del hospital. Objetivo, fundamental fue determinar el perfil del paciente con trauma cardíaco para poder establecer protocolos de manejo de acuerdo a nuestra realidad hospitalaria. Materiales y métodos. Fue un estudio descriptivo, transversal de 35 pacientes con algún tipo de lesión cardíaca ya sea abierta o cerrada que fueron atendidos en la emergencia de adultos, en el período comprendido: 01 marzo del 2001 al 30 de agosto del 2003. Resultados. Los datos obtenidos, directamente ya fuera del propio paciente o sus acompañantes o, indirectamente del expediente clínico fueron procesados con el programa Epi Info-6. Se tomó un total de 35 pacientes que acudieron al hospital con heridas precordiales que tuvieron algún tipo de injuria cardíaca y uno con una contusión cardíaca causada por un accidente automovilístico. El 100 % de pacientes estudiados fueron varones. La distribución por edad fue así: de 19 a 24 años 17.1%(N=6), de 25 a 30 años 40%(N=14), de 31 a 36 años 31.4%(N=11), de 37 a 42 años 8.5%(N=3) y uno no consignado que correspondió a un 2.86%. El mecanismo de lesión más frecuente fue heridas por arma blanca o de fuego y solo un paciente sufrió contusión cardíaca secundaria o un accidente

automovilístico. En cuanto a la procedencia, 51.4% (N=18) acudieron del área urbana y poblados aledaños del Distrito Central. Segundo y tercer lugar Olancho (17.1%) y El paraíso (14.2%), respectivamente. La mitad de los pacientes se tardaron mas dos horas antes de llegar a la emergencia del hospital (51.4%), la mitad restante menos de dos horas con mortalidad similar en ambos grupos. El 97.1% (N=33) de los pacientes tuvieron injuria cardiaca penetrante siendo el arma de fuego la mas frecuentemente utilizada en un 48.6% (N=17). Al 94.2% (N=32) de los pacientes se le practicó ventana pericárdica subxifoclea y únicamente a dos (5.71%) no. Solo un 26.9% (N=10), llega a nuestra emergencia francamente hipotenso, con ruidos cardíacos amortiguados 22.9% (N=8) y taquicárdicos 25.6% (N=5); un numero similar a estos llega con algún grado de alteración de su estado de conciencia Glasgow menor de 13, 21.3% (N=7). La mayor parte de estos pacientes independiente de su estado de conciencia o algún signo de inestabilidad hemodinámica reciben líquidos intravenosos en la emergencia, 80% (N=28). El aumento reciente de la violencia civil y no tanto los accidentes de vehículos de automotor han incrementado las lesiones del torso y con este el corazón. El 8.10% de los pacientes con trauma torácico en nuestro centro presentan lesión sola o combinada de corazón. Conclusiones y recomendaciones. El diagnostico inicial de lesión cardiaca debe basarse principalmente en el mecanismo lesional, la clínica y la ventana pericárdica subxifoidea como confirmación diagnostica. La aplicación de protocolos de manejo tomando en cuenta nuestras carencias asistenciales es la única forma de señalar que paciente es candidato o no a manejo quirúrgico inmediato y esta por encima de la experiencia empírica.

*12TL - Utilidad de la Medición del Ancho del Pedículo Vascular para el Diagnóstico de SIRA.*

*Solórzano, Nelson S; Domínguez Cherit, Guillermo; Rivero Sígarrroa, Eduardo; Baltazar Torres, José Ángel. Departamento de Cuidados Intensivos del Hospital de Especialidades IHSS, Tegucigalpa; Departamento de Terapia Intensiva Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición "Salvador Zubirán", México.*

Antecedentes, determinar la utilidad de la medición del ancho del pedículo vascular (APV) realizadas por médicos en formación, para el diagnostico diferencial entre edema pulmonar agudo (EPA) cardiogénico y síndrome de insuficiencia respiratoria aguda (SIRA). Descripción de serie de casos. Diecisiete observadores no expertos en la interpretación de las radiografías de tórax (RT), [4 médicos internos de pregrado (MIP), 6 médicos residentes rotantes (MRR) y 7 médicos residentes de medicina crítica (MRUTI)], realizaron el diagnóstico diferencial entre EPA cardiogénico y SIRA mediante observación simple y por medición del APV en 16 RT digitales en proyección anteroposterior de pacientes con diagnóstico conocido (9 con EPA cardiogénico y 7 con SIRA). Se utilizó el índice de Kappa para estimar la concordancia intraobservador, interobservador y de los grupos de observadores. Un valor de  $P < 0.05$  se considero estadísticamente significativo. Se realizaron 272 observaciones simples y 144 mediciones del APV. El índice de Kappa fue de  $-0.02$  ( $P=0.16$ ) y  $0.21$  ( $P=0.001$ ) para observación simple y medición del APV respectivamente. El índice de Kappa de los MIP fue de  $-0.12$  y  $0$ , de los MRR fue de  $0.04$  y  $0.23$  y de los MRUTI de  $0.02$  y  $0.27$  para observación simple y medición del APV respectivamente. Conclusiones, la medición del APV realizada por médicos en formación no es útil para el diagnóstico de SIRA

*13TL - Malaria y dengue. Informe de un caso fatal.*

*Pineda, Susana<sup>1</sup>; Alger, Jackeline<sup>1,2</sup>; Bu Figueroa, Efraín<sup>1,3</sup>; y Contreras; Claudia<sup>4</sup>. <sup>1</sup>Postgrado de Medicina Interna, Universidad Nacional Autónoma de Honduras; <sup>2</sup>Departamento de Laboratorios Clínicos; <sup>3</sup>Departamento de Medicina Interna y Servicio de Infectología; y <sup>4</sup>Postgrado de Patología, Hospital Escuela, Tegucigalpa.*

Antecedentes. *Plasmodium vivax* usualmente tiene un curso benigno, pero en ocasiones da lugar a complicaciones que ponen en peligro la vida de los pacientes. El dengue, en contraste puede presentar con mayor frecuencia desenlaces fatales en los casos complicados. Ambas patologías son prevalentes en el país y coinciden geográficamente en algunas regiones. Descripción del caso. El paciente de 17 años, procedente de

Villa Cristina, Tegucigalpa, se presentó a la Sala de Emergencia del Hospital Escuela con historia de 6 días de evolución de fiebre diaria intermitente no cuantificada con escalofríos y diaforesis, que se atenuaba con la ingesta de analgésicos. La fiebre se acompañaba de artralgias, mialgias, dolor retroocular y vómitos de contenido alimentario. Un hemograma inicial informó hematocrito 33 vol%, hemoglobina 11 g/dL, glóbulos blancos 3,910 células/ul (neutrófilos 38% y linfocitos 49%) y plaquetas 60,000/ul. En base a lo anterior, se diagnosticó dengue hemorrágico grupo D y el paciente fue ingresado a Sala de Observación además con diagnóstico de malaria por *Plasmodium vivax* detectado en el hemograma. El paciente tenía el antecedente de haber realizado viaje a México unas semanas antes, de donde regresó ya enfermo. Se ingresó hipotenso, deshidratado y con tinte icterico en escleras. Se manejó con líquidos *iv* cada hora hasta mejorar la presión arterial y monitoreo estricto cada 15 minutos inicialmente y una vez normalizada, cada hora. En el ultrasonido abdominal se observó vesícula dilatada sin Utos, líquido libre en cavidad abdominal y derrame pleural. La primera dosis de cloroquina base se administró al segundo día intrahospitalario (IH) para completar un esquema de 25 mg/Kg en 48 horas. Una gota gruesa previo tratamiento informó 172 estadios asexuales sanguíneos y 13 gametocitos en 108 leucocitos (paraskemia de 7000 paráskos/ul). Al 2do día IH presentó edema agudo de pulmón no cardiogénico, el cual resolvió con furosemida. Al 4to día IH presentó síndrome de distress respiratorio del adulto, por lo que fue trasladado a UCI y se colocó en ventilación mecánica bajo sedación y relajación; 18 horas después de su ingreso a UCI falleció. La autopsia evidenció líquido cetrino, 500 ml en ambas cavidades pleurales y 1500 ml en cavidad abdominal. Además demostró hígado y bazo aumentados de tamaño, y pigmento malárico en células de Kupffer y en leucocitos de sangre periférica. Conclusiones/Recomendaciones. La causa inmediata de muerte en este caso fue el distress respiratorio. En infecciones maláricas con parasitemia alta se puede observar complicaciones pulmonares, hepáticas, renales y choque. Aunque ambas patologías contribuyeron a la muerte de este joven, la malaria complicada que desarrolló favoreció el desenlace fatal. Es necesario desarrollar protocolos de atención para los casos de malaria complicada y severa.

#### 14TL - Shont Intraluminales.

Osorio, José Manuel<sup>1</sup>; Cardoza, Miguel Angel Orellana, Hugo<sup>3</sup>. 'Médico Cirujano Hospital del Sur, Choluteca; <sup>2</sup>Médico Cirujano Hospital Genral San Felipe, <sup>3</sup>Departamento de Cirugía Hospital Escuela.

Antecedentes. El presente trabajo contiene la experiencia con un paciente de 33 años que llegó a la emergencia del hospital escuela con 5 horas de evolución de haber recibido una herida por arma de fuego en muslo. Descripción de serie de casos. Fue llevado a quirófano en forma conjunta con el servicio de ortopedia quienes ante la ausencia de materiales necesarios para hacer la fijación tuvieron que reintervenirlo el siguiente día. Como es de todos conocido la reparación vascular se hace después que se han hecho las fijaciones óseas. A este paciente se le colocó un shont intraluminal temporal por espacio de 12 horas, momento en el que se reintervino, se hizo la respectiva fijación por el servicio de ortopedia y el manejo definitivo por el servicio de cirugía vascular con un injerto de PTF. La evolución de nuestro paciente fue excelente y concluimos que los manejos con shont intraluminales en lesiones vasculares temporales posiblemente son la solución para muchos paciente que lejos de hospitales, con la capacidad de manejo limitada o ante la ausencia de materiales, pierden sus extremidades como si se tratara de órganos reproducibles. Conclusiones y recomendaciones. Para un manejo temporal de lesiones vasculares no necesitamos equipo sofisticado solo conocer soluciones posibles de acuerdo a nuestra realidad hospitalaria, sondas vesicales, venoclisis, sondas nasogástricas son los insumos necesarios que nos ayudaran a conservar miembros y vidas que de otra forma no tienen ninguna posibilidad. Recordemos que nuestros bancos de sangre no están abastecidos y que muchas veces solo contamos con la sangre que nosotros evitamos que se pierda.

#### 15TL - Brote de histeria epidémica entre estudiantes de secundaria en San Juancito, Francisco Morazán, Honduras.

Avila Montes, Gustavo Adolfo; Pavón Ayes, Hipólito; López Erazo, Silvia; Rodríguez Davila, Elaine; Paz de Rodríguez, Nerza y Tzoc, Edgardo. Región Metropolitana.

**Objetivos.** Describir un brote de histeria epidémica entre estudiantes que se presentó al inicio de una practica de agricultura realizada en un centro educativo ubicado en San Juancito, Francisco Morazán, Honduras.

**Material y métodos.** Un estudio de casos y controles fue conducido entre los estudiantes y maestros para determinar los factores de riesgo asociados con el brote. Se realizaron análisis químicos y bacteriológicos del agua, productos agrícolas cultivados en los alrededores del instituto, ingredientes utilizados en la preparación de los alimentos consumidos el día del brote y de muestras de suelo. Se tomaron análisis de sangre para determinar la exposición a plaguicidas órgano fosforados entre algunos de los estudiantes afectados. Inspecciones ambientales fueron realizadas a los establecimientos comerciales adyacentes y a la vivienda de un estudiante.

**Resultados.** En total se incluyeron a 89 sujetos que fueron entrevistados durante la investigación. Entre el 2 y 3 de mayo de 2002 se notificaron 43 casos con una tasa de ataque de 48,3%- La media de edad de los casos fue menor que la media de edad de los controles ( $P=0,03$ ). Más de una tercera parte de los afectados percibieron un olor desagradable que fue el factor desencadenante del brote (OR = 26,67; IC95%: 3,31 a 579,25). En el cuadro clínico predominó: cefalea (86,0%), dolor epigástrico (76,7%), mareos (74,4%), náuseas (62,8%), ansiedad (62,8%), temblores (46,5%) y vómitos (44,2%). Nueve pacientes fueron hospitalizados y la evolución de todos los afectados fue satisfactoria. Se encontró una asociación estadística entre el estado de caso y el consumo de donas, panqueques y agua realizados ese día. Sin embargo, los estudios hechos a las muestras de leche, manteca, azúcar, harina y agua no revelaron evidencias de plaguicidas órgano clorados y organofosforados. Los análisis de suelo, agua y de algunos productos agrícolas cultivados en los alrededores del instituto tampoco evidenció la presencia de pesticidas, metales pesados, coliformes totales y termotolerantes. Las determinaciones de colinesterasa sérica realizadas a 7 pacientes fueron negativas. Las inspecciones ambientales realizadas a una fábrica de encurtidos, un taller de metálica en la comunidad y las aulas de talleres del instituto tampoco encontraron residuos o vertidos de sustancias tóxicas que contaminarán el ambiente.

**Discusión.** Los hallazgos clínicos, epidemiológicos y laboratoriales fueron consistentes con el diagnóstico de histeria epidémica. El reconocimiento temprano de esta entidad clínica y los factores precipitantes permitirá a los trabajadores de la salud la toma de decisiones acertadas en el manejo y control y las formas de orientar adecuadamente a la comunidad para prevenir las recurrencias.

**INDICE DE AUTORES**

Abrahante A, Rosendo.	2CCP,6CCP	Martin, Ricardo	3CM
Alger, Jackeline	9CCP,1TL,6TL,8TL,13TL	Mejía R, Omar	20CM
Almendares B, Juan.	1CP	Mena C, Elio L	50CM
Alvarado, Ángel A	37CM	Mendoza, Juan C	35CM
Alvarado H, Carlos	4CCP,1CPF	Mendoza, Suyapa	3TL
Alvarado P, Marcio	6TL,8TL	Moherdauí, Favio	3TL
Alvarado Q, Danilo	1CMR	Moncada P, Gustavo	48CM,53CM
Alvarenga, Marco A	3TL	Morales, Gina	3TL
Andrade C, Hewin	38CM,40CM	Moreno de L, Mirna	6TL,8TL
Arita de A, Onix	16CM	Muñoz M, Víctor.	6CM
Avila M, Gustavo	15TL	Ordóñez, Dagoberto	13CM
Ayes V, Francisco	15CM	Orellana R, Hugo	34CM,7TL,14TL
Barahona G, Oscar.	1CMR,45CM	Osorto, José M	14TL
Bejarano, Daysi	1TL	Palma S, Oscar	5CCP,7CCP
Bu F, Efraín	1TL, 13TL	Paredes, Maitee	3TL
Calderón, Marilia	4TL	Pavón A, Hipólito	15TL
Cardoza, Miguel A	11TL,14TL	Paz, Alba	3TL
Carranza, Arturo	31CM,33CM	Paz de R, Nerza	15TL
Castañeda, Gustavo	52CM	Pazzeti P, José	36CM,41CM
Castillo, Melvín G	7TL,10TL	Pérez, Leonel	1CMR
Castro de M, Lesby	3TL	Pineda C, José	51CM
Chinchilla O, Manuel	18CM	Pineda M, Ángel	47CM,49CM
Cosenza, Humberto	8TL	Pineda P, Susana	13TL
Cruz, Ángel	2RCP	Pineda P, Judith	3CCP
Cruz C, Wilfredo	11CM	Ponce, Oscar A	2TL
Cruz L, Marco	4CM	Reyna F, Jesús	22CM,24CM,30CM
Cuan C, José	9TL	Rivera M, Doris M.	19CM,21CM,27CM
Cury, Delmin	6TL,8TL	Rodríguez A, Elaine	15TL
Eguigurems Z, Ileana	43CM,46CM	Rodríguez de L, Edgar	39CM
Elvir M, Rubén.	9CCP	Sabillón, Nicolás.	9CCP
Espinoza, Dagoberto	5TL	Sabillón T, Mario	1CCP,8CPP
Espinoza, Iván.	9CCP	Salgado, Laura J	6TL,8TL
Esquivel, Roberto A	54CM	Scheel A, Carlos	7CM,9CM
Ferrera, Lilian	2RCM	Serrano, Justo	32CM
Fiallos M, Luis	17CM	Sierra, Jorge A	10TL
Fortín, Carolina	2RCM	Sierra, Manuel	8TL
Galeas, Borlin D	29CM	Solórzano, Nelson A	12TL
Garay M. Fernando	1TL	Tróchez A, Emma	14CM
González, Carlos A	4TL	Tzoc, Edgardo	15TL
Gutiérrez A, Isaí	11CM	Urquía, Marco A	3TL
Hernández, Luis	2CM	Vallecillo, Jesús O	23CM,25CM
Hernández L, Franklin	9TL	Varela, Cecilia	3RCP,9CCP
Hesse, Heyke	10CM,12CM	Villanueva B, Semma	1CMR
López A, Alirio	26CM,28CM	Villatoro G, Guillermo	5CM
López E, Silvia	15TL	Zerón C, Hilda	42CM,44CM
		Zúñiga G, Luis	1CM,8CM

## INSTRUCCIONES TRABAJOS LIBRES

Instrucciones para preparación del resumen:

Lea las instrucciones antes de comenzar a llenar la Hoja de Resumen. Los Trabajos Libres aceptados para la presentación se enumerarán y serán publicados en el Libro de Resúmenes.

1. Provea la información solicitada y escoja el tipo de trabajo (científico, clínico y experiencia en salud pública) y el tipo de presentación de su preferencia (oral o cartel).
2. Seleccione entre las siguientes categorías las que corresponden a su Trabajo Libre:
 

1. Anestesiología	A. Biología y Biología Molecular
2. Cardiología	B. Clínica
3. Cirugía	C. Diagnóstico
4. Dermatología	D. Ecología de Microorganismos/Vectores
5. Gineco-Obstetricia	E. Educación
6. Infectología	F. Epidemiología
7. Medicina Interna	G. Fisiología y Fisiopatología
8. Microbiología	H. Informática y Estadística
9. Neurocirugía	I. Inmunología
10. Neurología	1. Manejo y Terapéutica
11. Oftalmología	K. Patología
12. Ortopedia	L. Prevención y control
13. Otorrinolaringología	M. Rehabilitación
14. Parasitología	N. Miscelánea
15. Patología	
16. Pediatría	
17. Psiquiatría	
18. Salud Pública	
19. Otra	
3. Proporcione los datos que se le piden: nombre del expositor, institución donde labora, dirección postal, datos de la ciudad, Tel/Fax, correo electrónico.
5. Ayudas audiovisuales: Marque de acuerdo a las ayudas audiovisuales que necesitará.
6. Escriba el Resumen en el cuadro. Utilice letra tipo Times New Román punto 12, la cual le dará una capacidad máxima aproximada de 500 palabras. Comience por el Título del trabajo, continúe con una nueva línea con los Autores (subraye el nombre del Expositor) y en otra línea, las respectivas Instrucciones. En otra línea comience el cuerpo del Resumen el cual debe contener las secciones descritas a continuación.
7. Cuerpo del Resumen. Trabajo científico: Antecedentes, objetivo(s), Material y Métodos, Resultados Y Conclusiones / Recomendaciones. Trabajo Clínico: Antecedentes, descripción del caso / serie de casos (criterios clínicos, epidemiológicos, laboratorio, manejo y desenlace), Conclusiones / Recomendaciones. Experiencia DE Salud Pública: Antecedentes, descripción de la experiencia, Lecciones aprendidas.
8. Envíe el Resumen (original y una copia en formato electrónico) vía Correo Postal o Correo Electrónico) a las direcciones que próximamente se le informaran.

INSTRUCCIONES TRABAJOS LIBRES

**HOJA DE RESUMEN.**  
Congreso Médico Nacional

Tipo de Trabajo: Científico \_\_\_\_\_ Clínico \_\_\_\_\_ Experiencia en Salud Pública \_\_\_\_\_  
Tipo de presentación: Oral \_\_\_\_\_ Cartel \_\_\_\_\_ Categoría del tema \_\_\_\_\_  
Expositor: \_\_\_\_\_  
Institución: \_\_\_\_\_  
Dirección: \_\_\_\_\_  
Teléfono: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_ e-mail: \_\_\_\_\_  
Palabras clave: \_\_\_\_\_  
Ayuda audiovisual:    Datashow                       Diapositiva                       Otra

