RESÚMENES CONFERENCIAS

CM Conferencia Magistral

CP Conferencia Plenaria

1CM Actualización en inmunizaciones del adulto. Dr. Rodrigo Hasbun. Tulane Hospital, New Orleans, Estados Unidos.

2CM VIH y tuberculosis. Dra. Elsa Palou. Internista e Infectóloga, Instituto Nacional del Tórax, Tegucigalpa.

3CM Uso racional de antibióticos. Dr. Rodrigo Hasbun. Tulane Hospital, New Orleans, Estados Unidos.

4CP Sostenibilidad económica del sistema de salud pública. Dr. Yanuario García, Dr. Jorge Higuero Crespo.

5CM Diagnóstico y tratamiento de las micosis superficiales. Dra. Ana Leticia Argeñal. Dermatóloga y Veneróloga, Hospital D'Antoni, Clínicas Medicentro, La Ceiba.

Las micosis superficiales constituyen un capítulo importante dentro de la patología cutánea. Son frecuentes en la consulta médica y se ha exagerado su diagnóstico por parte del médico, siendo costumbre calificar y aún tratar diferentes dermatosis en forma errónea, con todo tipo de preparaciones antimicóticas; ocasionando fallas terapéuticas y complicaciones de diversa índole. A esto, se agrega la automedicación del paciente quien considera con mucha frecuencia cualquier enfermedad cutánea como una infección micótica. Las micosis superficiales son enfermedades producidas por hongos que invaden la capa más externa de nuestra piel, la capa córnea. Sin embargo, muchas de ellas deben considerarse invasoras, particularmente en personas inmunocomprometidas. Las micosis superficiales comprenden la candidiasis muco cutánea, tiñas o dermatofitosis, pitiriasis versicolor y tiña negra palmar, cuyos agentes etiológicos son un sin número de hongos. Sus características clínicas están bien definidas y su aparición está favorecida por factores tales como clima cálido y húmedo, edad, enfermedades sistémicas, inmunosupresión, hábitos higiénicos y ocupación. Los métodos diagnósticos incluyen el uso de preparaciones con hidróxido de potasio, cultivo por hongos, luz de Wood, biopsia y otros. Muchas infecciones micóticas pueden ser tratadas con agentes tópicos, mientras que otras requieren tratamiento sistémico (áreas afectadas extensas, maceración, infecciones secundarias, inmunosupresión). Dentro del tratamiento tópico existen los antimicóticos clásicos, que son de espectro reducido y con acción fungistática (tolnaftato, derivados imidazólicos). Muchos han caído en desuso. Los nuevos antimicóticos tópicos (derivados azólicos, terbinafina, amorolfina, etc) son más aceptables, menos tóxicos, bajo efecto sensibilizante y amplio espectro antifúngico. La terapia tópica tiene un porcentaje de cura de más del 80%; debiendo ser aplicada por lo menos una semana después del desaparecimiento de los signos clínicos. Los antimicóticos sistémicos disponibles son: Griseofulvina, ketoconazol, itraconazol, fluconazol y terbinafina. Algunos de éstos, tienen un buen perfil de seguridad en cuanto a efectos secundarios. Se considera de elección el tratamiento de mayor beneficio, menor riesgo y costo, pero para un resultado óptimo se debe individualizar el mismo.

6CM Dermatoparasitosis. Dr. Jorge López. Dermatólogo y Venerólogo, sub-especialista en Cirugía Dermatológica, IHSS, San Pedro Sula.

Las dermatoparasitosis que afectan a la piel con mayor frecuencia son la pediculosis y la sarna. Asimismo se describen enfermedades tropicales que pueden transmitirse mediante un vector infectado, como la leishmaniasis (moscas de la arena), o que pueden deberse a la penetración directa del parásito a través de la piel (larva migrans o esquistosomiasis). La enfermedad de Lyme, transmitida por garrapatas. La sarna es una erupción contagiosa e intensamente pruriginosa, debida a un ácaro que socava el estrato córneo y se acantona en él. Se debe a la infestación por *Sarcoptes scabiei*, un ácaro octópodo: se trasmite de un individuo a otro tras contacto físico prolongado y generalmente íntimo. El prurito comienza de forma insidiosa en los muslos. Es intermitente, pero suele empeorar tras bañarse o desvestirse, así como durante el sueño. La sarna constituye una enfermedad eminentemente tratable, aunque en nuestro medio esto dependerá en cierta medida de la información del paciente y su seguimiento. El tratamiento debe aplicarse tras un baño y por toda la superficie cutánea, a excepción de la cara. Los tratamientos disponibles son: Hexacloruro de gamma benceno (lindano); Benzoato de bencilo; Crema de permetrina al 5%. La pediculosis es una infestación de la piel debida a un insecto hematófago, que produce una irritación considerable. Los piojos tienen seis patas y carecen de alas. Existen dos especies que parasitan al hombre: *Phthirus pubis* (ladillas) y *Pediculus humanus*. Resulta especialmente pruriginoso, siendo visible los piojos. Los huevos denominados* liendres*, aparecen adheridos al tallo de los cabellos. El diagnóstico suele resultar obvio, dado que es posible ver los piojos en movimiento e identificar las liendres. Puesto que se ha informado la resistencia al cloruro de gamma benceno, hoy en día se emplea malation al 0.5%. Si fracasa este tratamiento, es posible el uso de permetria aplicándola por la noche dejándola actuar por 12 horas y al día siguiente se lava el cabello con un shampoo. Las liendres deben eliminarse empleando un peine de dientes finos y debe examinarse a toda la familia para evitar re infestaciones. La enfermedad de Lyme es un trastorno que afecta inicialmente a la piel, pero que puede producir secuelas articulares y neurológicas, debido a *Borrelia burgdorferi*, una espiroqueta transmitida por garrapatas infectadas a partir de un reservorio animal. Burgdofer, en 1982, aisló una nueva espiroqueta en garrapatas Ixodides, a la que se denominó *Borrelia burgdorferi*. Posteriormente ésta se aisló en la piel, la sangre y el líquido cefalorraquídeo de pacientes afectados por la enfermedad de Lyme. Aparece hasta tres semanas después de una picadura de garrapatas, la erupción característica, denominada eritema migrans. Las tetraciclinas o penicilinas orales constituyen tratamientos eficaces del eritema migratorio y parecen acortar el curso de la erupción, reduciendo la posibilidad de complicaciones. La larva migrans (erupción serpiginosa) es erupción debida a las larvas de alguna de las diversas uncinarias no humanas. Los huevos suelen alcanzar el suelo por medio de las heces de perros infectados. La uncinaria mas frecuente es **Ancylostoma braziliensis**, que se localiza en el caribe. Una vez en la tierra, las larvas salen del huevo. Suelen atravesar la piel del huésped humano cuando este camina o se sienta en la playa contaminada o en la tierra. Frecuente se diagnostica esta enfermedad en veraneantes. El paciente observa un prurito intenso junto con un trayecto cutáneo móvil. A la exploración se aprecia uno o varios trayectos serpiginosos lineales localizados en el punto de penetración de las uncinarias, que suele ser el pié, las nalgas o la mano. Las larvas se desplazan a una velocidad de varios milímetros al día. El diagnóstico es clínico, responde a aplicaciones tópicas de tiabendazol al 10%. La leishmaniasis cutánea (botón de oriente, úlcera de Bagdad) es la infección granulomatosa de la piel transmitida por moscas de la arena infectadas por *L. trópica*. Las leishmaniasis cutánea presentan un amplio espectro de manifestaciones clínicas. Las más frecuentes consisten en un proceso agudo localizado en alguna región expuesta. Este comienza en forma de pápula que crece gradualmente hasta convertirse en un nódulo firme e indurado. Puede resultar pruriginoso y presenta un color rojo oscuro. Se desarrolla una costra sobre su superficie que da paso a una úlcera subyacente poco profunda. La lesión cura lentamente desde su zona central

dejando una cicatriz. Puede demostrarse la presencia del microorganismo en frotis cutáneos o estudiando cortes histopatológicos, pueden visualizarse cuerpos de *Leishmania –dovonan* en el interior de histiocitos de gran tamaño. El tratamiento de la Leishmaniasis cutánea no es fácil. Los fármacos empleados con mayor frecuencia son los antipalúdicos y los compuestos de antimoniato pentavalente. El uso de antibióticos es útil en casos de infección secundaria. Las lesiones mas pequeñas pueden tratarse con crioterapia.

7 CM Enfermedades sistémicos y el ojo. Dr. Danilo Ponce. Oftalmólogo, Clínicas Medicentro, La Ceiba.

8CM Trastornos orgánicos cerebrales. Dr. Gustavo Amaya. Psiquiatra, Hospital Regional Atlántida, Clínicas Medicentro, La Ceiba.

9CM Diagnóstico de crisis epilépticas. Dra. Reyna Durón. Neuróloga, sub-especialista en Epilepsia, Unidad de vides-EEG digital, Honduras Medical Center, Instituto Neurociencias, Tegucigalpa.

El diagnóstico de las crisis epilépticas debe basarse en la combinación de parámetros clínicos, electroencefalográficos y de neuroimagen. La evaluación clínica requiere además de la historia, un examen neurológico minucioso, la realización de un árbol genealógico si es pertinente y una descripción detallada de las crisis tanto por el paciente como por los testigos de las mismas. El papel del EEG en el diagnóstico y clasificación de las epilepsias y otros trastornos neurológicos está bien establecido. La sensibilidad de este método puede ser aumentada con el uso del circuito cerrado de televisión o video simultáneo sincronizado (Video-EEG). Este método permite comparar el parámetro bioeléctrico con el clínico, permitiendo la determinación de tipos de crisis y síndromes epilépticos, la identificación del foco epiléptico y su expresión clínica, el estudio de movimientos anormales y diferenciando ataques clínicos que no tienen origen bioeléctrico (pseudocrisis). El Video-EEG prolongado o video-telemetría es de vital importancia en el estudio de pacientes en fase I de evaluación previo cirugía de epilepsia. Debido al alto costo de algunos estudios prolongados, en ocasiones puede recurrirse a videos caseros realizados por los familiares del paciente, quien puede luego presentarlos a su médico para análisis. Los datos proporcionados por los estudios con video suelen conducir a diagnósticos y tratamientos más precisos en neurología. Nuestro objetivo es presentar a los asistentes casos, técnicas y conceptos sobre la utilidad de los diferentes métodos diagnósticos utilizados en epileptología, con ejemplos que incluyen grabaciones mediante video-EEG. Se presenta sesión de casos de epilepsia mediante la combinación de diferentes técnicas clínicas, electroencefalográficas y de neuroimagen actuales. Se presentará sesión de casos evaluados con Video-EEG realizado en unidades de encefalografía, videos caseros sin EEG, videos caseros simultáneos a Holter-EEG, Video-EEGs con poligrafía en niños y adultos y ejemplos de estudio de casos con video-telemetría en evaluación prequirúrgica.

10CM Síndrome de Burnout en profesionales sanitarios. Dra. Aída Lagos. Psiquiatra, CEPSE, Clínicas Santander, La Ceiba.

Hay acuerdo casi unánime en fijar 1974 como el año de origen de estudio sobre el burnout, y citar a Freudenbergger como el autor que inicio dicho estudio. Freudenbergger (1974) describe entonces el burnout como una “sensación de fracaso y una existencia agotada o gastada que resultaba de una sobrecarga por exigencias de energías, recursos personales o fuerza espiritual del trabajador. Sin embargo ya desde 1960 Graham Greens usa el término en una publicación “A burnout case”. Retrocediendo aún más en el tiempo, en 1901 Thomas Mann, en su novela “The Bundensbrooks”, se refiere ya este término. Uno de los temas fundamentales tratados en los estudios sobre

burnout ha sido su definición y las diferentes aportaciones conceptuales a la comprensión del síndrome que se han presentado y se siguen presentando, con las consiguientes dificultades para conceptualizar un proceso tan complejo como es éste. Otra dificultad añadida es la de su similitud, y no igualdad, con el concepto de estrés aplicado a las organizaciones (estrés laboral), lo que ha supuesto cuestionar constantemente el constructo. Las doctoras C. Maslach y S. Jackson, en sus trabajos sobre el “Síndrome de burnout” desde 1976, consideran este síndrome como un proceso de estrés crónico por contacto en el cual dimensionan tres aspectos: el cansancio emocional, caracterizado por la pérdida progresiva de energía y agotamiento; la despersonalización, caracterizado por un cambio negativo de actitudes que lleva a un distanciamiento frente a los problemas, e incluso a culpar a los propios pacientes de los problemas que acontecen al profesional; la falta de realización personal, donde se dan respuestas negativas hacia si mismos y hacia el trabajo, con manifestaciones pseudodepresivas y con tendencias a la huida, agotamiento físico y psíquico, la despersonalización en el sentido de la deshumanización. Pines y Kafry (1978) definen burnout “como una experiencia general de agotamiento físico, emocional y actitudinal,” Posteriormente, junto con Aronson (Pines, Kafry y Aronson, 1981), redefinen el constructo “como un estado de agotamiento físico, emocional y mental causado por estar implicada la persona durante largos períodos de tiempo en situaciones que le afectan emocionalmente. Este término fue recibiendo aportaciones de otros estudiosos, hasta que en Noviembre de 1981, se celebró en Filadelfia la I Conferencia Nacional sobre burnout, que sirvió para aunar criterios. Este recorrido por distintas definiciones llega al punto en el que parece que se admite fundamentalmente la definición de Maslach y Jackson (1981). Desde un nivel organizacional los profesionales sanitarios se caracterizan por trabajar en organizaciones que responden al esquema de una burocracia profesionalizada. Esto trae consigo problemas de coordinación entre los miembros, incompetencia de los profesionales, problemas de libertad de acción, incorporación de innovaciones y respuestas disfuncionales por parte de la dirección a los problemas de las organizaciones. La consecuencia de la falta de ajuste de la organización a su estructura genera además consecuencias que pueden identificarse como antecedentes del síndrome de quemarse por el trabajo. Entre ellas cabe citar la ambigüedad, el conflicto y la sobrecarga de rol, baja autonomía, cambios tecnológicos, falta de recursos etc. El problema del Burnout alcanza tal magnitud, que la Organización Mundial de la Salud evalúa en su informe del año 2000 la calidad de los sistemas de salud entendiendo que consecuencias como la tasa de accidentalidad, la morbilidad y el absentismo en los profesionales, entre los cuales esta sobradamente demostrado que el personal sanitario es el más afectado, están directamente ligadas a sus condiciones de trabajo (OMS, citado en Gil-Monte, 2001). Además cita el propio Gil-Monte (2001), y centrándonos en el ámbito nacional una sentencia del Tribunal Supremo en el año 2000 que respalda legalmente esa importancia al reconocer el síndrome de quemarse por el trabajo como una dolencia psíquica causante de períodos de incapacidad temporal y como un accidente laboral. Se considera el burnout como una enfermedad profesional, pero no se tiene en cuenta aún al gran número de profesionales sanitarios que abandonan la profesión en su mayoría motivados por el desgaste profesional. El diagnóstico precoz, la terapia médica y psicológica, cambios en la calidad de alimentación y la distribución del tiempo de sueño- trabajo- esparcimiento, permiten revertir muchos cuadros. Lo más positivo para estos estados es gestionar técnicas de recursos humanos y materiales para humanizar la relación laboral y gratificar al individuo en el sentido amplio del término con lo cual se actuaría previniendo el primer eslabón que encadena a estas dolencias y mejorando la CALIDAD DE VIDA.

11CM *Abordaje integral del cáncer de mama.* Dr. Manuel Maldonado Rodríguez. Cirujano Oncólogo-Senólogo, San Pedro Sula

Hoy en día, el cáncer de mama a nivel mundial es un problema de salud pública por su alta incidencia, así como clínico por su amplio espectro de manifestaciones y el impacto en el entorno del paciente afectado.

Desde el punto de vista de salud pública los esfuerzos se enfocan en crear hábito en la población femenina en cuanto a la práctica del autoexamen mamario mensual y la mamografía en intervalos según su grupo etáreo. Este aspecto en nuestro país aún depende de la iniciativa de instituciones particulares y tanto el MSP como el IHSS que se dedican a tratar al paciente con la enfermedad ya instalada, avanzada en la mayoría de los casos, lo cual incrementa el gasto económico y la mortalidad. Hay barreras socio-económicas y culturales que debemos abordar a todo nivel, incluso del gremio médico, para vencer el misticismo, fanatismo, fobia, pesimismo, apatía y empirismo. Aun con rigurosos programas de detección masiva y avanzados métodos de diagnóstico en imágenes y biología molecular todavía el 90% de los diagnósticos de cáncer de mama se realizan porque se palpa o se ve alguna anormalidad en la mama.

El intervalo de más incidencia en Honduras está entre los 41 a 50 años de edad, teniendo importante y cada vez mayor número de casos antes de los 40, lo cual dificulta el diagnóstico clínico y por imágenes, debido a la dinámica fisiológica de la mama y el predominio del tejido estromal sobre el glandular. Los hallazgos clínicos más frecuentes son tumor o induración persistente indolora, retracción de piel y/o del pezón, "piel de naranja", eritema focal o difuso, sin fiebre, descarga sanguinolenta por el pezón y nódulo axilar no doloroso. El estudio de imágenes por excelencia es la mamografía, que en general se indica bianual después de los 40 años de edad. Su objetivo es la búsqueda de los signos tempranos de cáncer como microcalcificaciones polimorfas o imágenes ocupantes de espacio de bordes imprecisos o mal definido, penetrante y áreas de distorsión o asimetría. Esto requiere frecuentemente el auxilio complementario de la ultrasonografía y muy excepcionalmente de la resonancia magnética nuclear. Debemos ser racionales en la indicación de estos estudios y recordar que la mamografía analógica bien hecha y bien interpretada sigue siendo confiable y adecuada para nuestro medio. El diagnóstico definitivo debe establecerse por estudio histopatológico y las muestras deben ser manejadas adecuadamente tanto en su obtención para no comprometer el tratamiento definitivo como en su procesamiento para estudios de rutina y pruebas especiales como por ejemplo determinación de receptores hormonales. El pilar del tratamiento sigue siendo la cirugía, la cual se trata de hacer cada vez menos mutilante y con menor impacto fisiológico, basados en los avances en biología molecular, nuevos medicamentos de quimioterapia con mejores resultados y menos toxicidad, avanzadas técnicas de radioterapia que brindan mayor precisión en el manejo del área afectada y mejor conocimiento de los aspectos endocrinos de la enfermedad. Como no tenemos la capacidad económica para procurarle manejo multidisciplinario a nuestra población, el médico de cabecera en su domicilio debe constituirse en el integrador de todos los elementos, orientando el uso adecuado de los recursos en la fase de diagnóstico, dando las medidas de soporte durante el tratamiento, y en el paciente en curso terminal aliviando las distintas molestias que se presentan para prolongar su vida con calidad y dignidad, recordando que nuestra responsabilidad no termina con la muerte del paciente pues aun debemos velar por el bienestar de los que quedan : familia, amigos y nosotros mismos.

12CM Hipertensión en el embarazo. Dr. Marco Villar. Ginecólogo.

13CM Cáncer cervicouterino y el papiloma virus humano. Dr. Leopoldo Díaz Solano. Ginecólogo, Hospital Regional Atlántida, Clínicas Santander, La Ceiba.

El cáncer cervico uterino ha sido reconocido como la segunda forma de malignidad prevalente en la mujer, con un estimado de 470,606 nuevos casos y responsable de 233,372 muertes cada año a nivel mundial. El cáncer cervical es un gran problema de salud pública entre las mujeres de áreas de alto riesgo como ser Latinoamérica, El Caribe y África con 30 nuevos casos por 100,000 por año. Es la primera causa de neoplasia maligna en las

mujeres en Honduras, con una tasa estimada de incidencia de 31 por 100,000 y 17 por 100,000 de mortalidad, representa el 40 % de los tumores malignos. La infección por Papiloma Virus Humano es de las causas más comunes de infecciones sexualmente transmitidas. El Centro de Control de Enfermedades y Prevención reporta 357,000 de visitas iniciales por verrugas genitales en el 2005, el 1 % de los adultos sexualmente activos la presentan. Hay un rango de nuevas infecciones por PVH de 1 millón a 5.5 millones por año. En Honduras se ha reportado el 28 % de PVH, con el 20 % de tipo 6 y 11, y el 16 % para los tipos 16 y 18 en una población universitaria. El PVH ha sido propuesto como la primera causa necesaria identificada de un cáncer humano. Se han reportado citología anormal en 3.8 %, para lesiones de bajo grado, alto grado y cáncer de células escamosas en 2.9 %, 0.8 % y < 0.1 % respectivamente. El valor predictivo negativo para la prueba de PVH y citología cervical para lesiones de alto grado es del 99 – 100 %. La prevalencia de PVH por detección molecular es 10 – 30 veces mayor que la anormalidad de citologías reportadas. En Honduras se ha reportado el 39 % de mujeres con citologías negativas, PVH positivo. Infección persistente con PVH carcinogénico es encontrada virtualmente en todos los casos de cáncer cervical (90% - 100%). El PVH 16 y 18 son identificados en 50 % y 10 % respectivamente de casos con cáncer cervical. El protagonismo de la infección por PVH en el cáncer cervical va más allá de toda duda razonable. En los últimos quince años, los avances realizados en biología molecular y tecnologías relacionadas han incrementado el entendimiento de la asociación entre la infección del PVH y el desarrollo de la neoplasia cervico uterina. La mejor comprensión de los mecanismos virales para la carcinogénesis cervical han establecido las bases para el desarrollo de terapias específicas del PVH, los efectos inmunológicos de la infección han permitido incursionar en la evaluación de agentes inmunoterapéuticos. El desarrollo de vacunas preventivas y terapéuticas se ha incrementado como medidas de la prevención primaria y tienen las mejores expectativas en sus efectos a largo plazo en la incidencia del cáncer. La posibilidad de protección contra tipos oncogénicos diferentes de PVH 16 y 18 significa que muchos casos de cáncer cervico uterino pueden ser prevenidos más de lo que previamente se había identificado, lográndose una mayor reducción en la morbilidad y mortalidad .

14CM Manejo del dolor oncológico. Dr. Arturo Rosa. Anestesiólogo, Hospital Vicente D'Antoni, La Ceiba.

El dolor es una experiencia sensorial y emocional desagradable, asociada o no a daño tisular. Tiene una incidencia de 30 al 90%. Un 25 a 30 % de los pacientes con cáncer mueren sin haber experimentado alivio del dolor. Un 70 a 80 % de los pacientes son tratados con opciones farmacológicas y un 20 % con procedimientos intervencionistas. Las causas de dolor en el paciente oncológico son clasificadas según el origen, si es neoplásico, secundario al tratamiento o no neoplásico. Los mecanismos fisiopatológicos están claramente establecidos, siendo estos la invasión directa por el tumor, la compresión, la oclusión vascular y la obstrucción de vísceras huecas. También como consecuencia de la quimioterapia, radioterapia etc. Para la evaluación del dolor oncológico siempre es muy importante una buena historia clínica, resaltando las características semiológicas del dolor. El tratamiento farmacológico es dirigido de acuerdo a la etiología, ejemplo: actuando directamente sobre el tumor, mediante cirugía, radioterapia, quimioterapia, hormonoterapia etc. Dirigido al manejo sintomático, bloqueando todas la probables vías de transmisión del dolor. Se debe considerar el tratamiento adyuvante según el tipo de dolor, tomando en cuenta la prevención de los efectos indeseables, sobre todo de los analgésicos opiáceos. Después de agotar los esquemas de tratamiento farmacológico recomendados por la OMS, podemos considerar los tratamientos intervencionistas, siendo fundamental para ello, tener bien caracterizado y localizado el dolor, sobre todo si se trata de un dolor somático o visceral, ya que las opciones invasivas son diferentes. Debemos de valorar los riesgos- beneficios, considerando las secuelas adversas que pueden dejar estos procedimientos. Dentro de estas alternativas están los bloqueos neurolíticos y la inhibición del sistema nervioso

simpático. Siempre debemos recordar que el manejo del dolor oncológico, debe ser multidisciplinario, ya que tenemos que tomar en cuenta todos los aspectos que influyen sobre el paciente con cáncer. Estos pacientes aun en la etapa final de su enfermedad merecen tener una buena calidad de vida, para lo cual debemos involucrarlos todos, médicos, personal paramédico, psicólogos, familia, amigos, etc.

- 15CM** *Terapia física en el manejo del dolor crónico.* Dra. Sandra Corleto. Fisiátra y Rehabilitadora, Centro de Unidades Médicas, San Pedro Sula.
- 16CM** *Tuberculosis.* Dra. Cecilia Varela. Internista y Neumóloga, Instituto Nacional del Tórax, Hospital Escuela, Tegucigalpa.
- 17CP** *Sistema de información en la red de salud.* Dra. Georgina Díaz, Dr. Marco Pinel.
- 18 CM** *Enfermedad ácido péptico y reflujo gastroesofágico.* Dr. Jubal Valerio. Gastroenterólogo, Clínicas Medicentro, La Ceiba.
- 19CM** *Actualización en tratamiento de VIH-SIDA.* Dra. Elsa Palou. Internista e Infectóloga, Instituto Nacional del Tórax, La Ceiba.
- 20CM** *Guías y pautas para organizar equipo médico.* Dr. Antonio Barrios.
- 21CM** *Avances en cirugía estética.* Dr. Guillermo Peña Cabús. Cirujano Plástico, San Pedro Sula
- 22CM** *Manejo agudo de enfermedades por compresión.* Dr. Fermín López, Roatán
- 23 CM** *Micosis sistémicos.* Dr. Miguel Sierra Hofman. Internista, Intensivista y Neumólogo,
- 24 CM** *Rinosinusitis aguda y crónica.* Dr. Obdulio Tinoco. Otorrinolaringólogo, Hospital Escuela, Tegucigalpa.
- 25CM** *EPOC.* Dr. Javier Sevilla. Medicina Familiar, Indianápolis, Estados Unidos.

De acuerdo con la Iniciativa Global para la Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica, el EPOC es una importante causa de morbilidad y mortalidad entre las enfermedades crónicas en todo el mundo. La EPOC es actualmente la cuarta causa de muerte a escala mundial y puede predecirse que su prevalencia y mortalidad se incrementarán en las próximas décadas. Es necesario realizar un esfuerzo internacional unificado para intentar invertir estas tendencias. *La EPOC es un proceso patológico que se caracteriza por una limitación del flujo aéreo que no es completamente reversible. La limitación del flujo aéreo es, por lo general, progresiva y se asocia con una respuesta inflamatoria pulmonar anormal a partículas o gases nocivos.* El diagnóstico de EPOC debe considerarse en cualquier paciente que presenta síntomas como tos, aumento de la producción de esputo o disnea, y/o antecedentes de exposición a los factores de riesgo de la enfermedad. El diagnóstico se confirma por medio de la espirometría. La constatación de un volumen espiratorio máximo en el primer segundo (FEV1) posbroncodilatador <80% del valor de referencia en asociación con un FEV1/capacidad vital forzada (FVC) <70% confirma la presencia de limitación del flujo aéreo que no es completamente reversible. En caso de que no se

disponga de espirometría, el diagnóstico de EPOC debe basarse en todos los medios disponibles. Para sustentar el diagnóstico pueden utilizarse síntomas y signos clínicos, como dificultad respiratoria o aumento del tiempo espiratorio. Asimismo, la disminución del pico de flujo espiratorio es consistente con el diagnóstico de EPOC, pero tiene poca especificidad ya que puede ser causado por otras enfermedades pulmonares o por maniobras incorrectas. Con el fin de mejorar el diagnóstico de EPOC deben realizarse los esfuerzos necesarios para acceder a una espirometría perfectamente estandarizada. La tos crónica y el aumento de la producción de esputo preceden frecuentemente en varios años al desarrollo de la limitación del flujo aéreo, si bien no todos los individuos con estos síntomas van a desarrollar EPOC. Un plan de tratamiento efectivo de la EPOC incluye cuatro componentes: 1) evaluación y supervisión de la enfermedad; 2) reducción de los factores de riesgo; 3) tratamiento de la EPOC estable de acuerdo a su estadio; 4) tratamiento de las exacerbaciones. Los objetivos del tratamiento eficaz de la EPOC consisten en: prevenir la progresión de la enfermedad, aliviar los síntomas, mejorar la tolerancia al ejercicio, mejorar el estado general de salud, prevenir y tratar las complicaciones, prevenir y tratar las exacerbaciones, reducir la mortalidad. Es importante desarrollar una competencia a nivel de la atención primaria para estandarizar nuestro abordaje para el diagnóstico y manejo de los pacientes con EPOC tanto ambulatoria como intrahospitalariamente con los recursos farmacológicos y otras modalidades terapéuticas existentes y establecer proyecciones para mejorar los servicios y el acceso a los mismos de acuerdo a las recomendaciones, lineamientos y criterios actualizados para el tratamiento.

26CM *Iatrogénias en ventilación mecánica.* Dr. Miguel Sierra Hofman. Internista, Intensivista y Neumólogo.

27CM *Manejo no invasivo del infarto agudo de miocardio.* Dr. Carlos Almendáres. Cardiólogo, sub-especialista en arritmias, Hospital Escuela, La Policlínica, Tegucigalpa.

28CM *Stents coronarios.* Dr. Francisco Somoza. Cardiólogo y Hemodinamista, Hospital CEMESA, San Pedro Sula.

29CM *Abordaje de pacientes con disrafismo.* Dr. Manuel Melgar. Neurocirujano, Universidad de Tulane, New Orleans, Estados Unidos.

30CP *Atención médico paciente en salud pública.* Dr. Gustavo Amaya. Salubrista, psiquiatra, Hospital Atlántida, Clínica Medicentro.

31CM *Obesidad, actualización.* Dra. Onix Arita. Internista y Endocrinóloga, Hospital Bendaña, San Pedro Sula.

La Obesidad considerada actualmente como pandemia mundial, es la principal precursora de el Síndrome metabólico con el subsecuente desarrollo de D.M tipo 2 y enfermedad aterotrombótica que finalmente son la primera causa de muerte cardiovascular, siendo ésta la primera causa de morbi-mortalidad en el mundo, incluyendo a los países en vías de desarrollo. Siendo una enfermedad multicausal en la que intervienen factores genéticos, hormonales, ambientales, psicológicos, está demostrado que el estilo de vida caracterizado por alimentación inadecuada rica en grasas saturadas y carbohidratos simples , acompañada de sedentarismo son la principal causa de esta enfermedad y lo que ha producido su imparable incremento en las últimas 3 décadas del desarrollo de la humanidad. Múltiples factores bioquímicos, hormonales, neuroendócrinos están involu-

crados, los cuales se acentúan y se manifiestan a partir de que el tejido adiposo se incrementa en el organismo, generando reacciones de inflamación, resistencia a insulina, daño endotelial y las consecuencias conocidas por todos, generados por una lipólisis incrementada y los ácidos grasos libres a nivel tisular. El diagnóstico se fundamenta en medidas antropométricas que incluyen IMC, IC, ICC, pliegues cutáneos, siendo los más aceptados actualmente por su sencillez y reproducibilidad el IC y el IMC, de estos aspectos se detallará durante la conferencia. Cambios sustanciales en el estilo de vida es la clave en el tratamiento de estos trastornos, Hay medicamentos que están aprobados por la FDA en sobrepeso y obesidad, siendo Orlistat, Sibutramina y Rimonobant el más reciente aprobado, y las técnicas quirúrgicas que tienen indicaciones precisas en grupos de pacientes con obesidad que no han logrado objetivos con las medidas anteriores, y que se garantice un manejo multidisciplinario antes y después de el procedimiento realizado. El Médico como líder en sus diferentes comunidades debe de detectar y tratar de combatir este serio problema que involucra a todas las edades y grupos étnicos y sociales con el objetivo de preservar la salud en general, así como promover políticas comunitarias y gubernamentales para manejo de grupos y poblaciones en general, además de la detección y el tratamiento en la práctica clínica diaria.

32CM *Certificación y recertificación.* Dr. Jesús Pineda. Pediatra, Tegucigalpa.

33CM *Nuevas terapias en Diabetes Mellitus.* Dr. Javier Sevilla. Medicina Familiar, Indianápolis, Estados Unidos.

Hoy por Hoy el manejo de la diabetes requiere la incorporación de varios componentes necesarios además del control glicémico para el tratamiento exitoso. Es importante enfatizar la importancia de la educación al paciente con Diabetes en las áreas de nutrición, actividad física, monitoreo y control de la glicemia y un abordaje farmacológico individualizado de acuerdo a las características y necesidades del paciente. En general el diagnóstico temprano y tratamiento adecuado pueden basarse en las recomendaciones universales con el objetivo de prevenir complicaciones agudas y reducir el riesgo de complicaciones crónicas. El arsenal farmacológico continúa creciendo, aumentando de esta forma las opciones terapéuticas. Con el objetivo de simplificar y estandarizar nuestro abordaje terapéutico podemos considerar algunos lineamientos derivados de las recomendaciones actuales. Reconociendo el componente educacional un tema de discusión en si mismo nos concentraremos en las opciones medicamentosas. El paciente recién diagnosticado con Diabetes Mellitus tipo II puede manejarse inicialmente con los así llamados cambios de hábitos terapéuticos y monitoreo glicémico por las primeras dos a cuatro semanas y si los niveles de glucosa no son óptimos o es mayor que 140mg/dl al momento del diagnóstico puede considerarse tratamiento con hipoglicemiantes orales. Si la glucosa se encuentra a niveles entre 126-180mg/dl las biguanidas pueden servir como primera opción seguida de las Tiazolidinedionas, Sulfonilureas o combinaciones de las anteriores e insulina cuando sea necesario o mandatorio. Si los niveles de glicemia se encuentran entre 180-300mg/dl se recomienda comenzar con Sulfonilurea y Biguanidas, agregar Tiazolidinediona o cualquiera de los combinaciones disponibles. Si en dos a cuatro semanas no se logra el nivel glicémico deseado podemos considerar agregar o cambiar a insulina. Si al momento del diagnóstico los niveles de glucosa están por arriba de 300mg/dl se considera niveles tóxicos y se recomienda comenzar con insulina, con la intención de revertir el proceso y recuperar la función pancreática, insulina con una sulfonilurea o insulina con una combinación a dosis baja. Es importante proveer educación y mantenerse alerta en caso de hipoglucemia severa o recurrente y considerar ajustar dosis o discontinuar los agentes causales en el primer grupo. Una vez que los niveles de glicemia deseados se han alcanzado en el segundo grupo se debe considerar mantener el mismo régimen o reducir las dosis iniciales de acuerdo a las circunstancias para evitar el riesgo de

hipoglucemia. En el tercer grupo si la hiperglicemia es persistente se debe incrementar al máximo las dosis de los agentes orales o ajustar la dosis de insulina o agregar Byetta para alcanzar los objetivos terapéuticos en dos a doce semanas. En general, si el objetivo terapéutico no se logra en las siguientes doce semanas es necesario revisar el régimen nuevamente con incrementos necesarios; iniciar insulina manteniendo la biguanida, la tiazolidinediona o combinación de éstas y si el paciente ya está recibiendo insulina entonces es considerado necesario intensificar la terapia. Si los objetivos terapéuticos no se alcanzan con los últimos ajustes se puede considerar Symlin y referencia al endocrinólogo si aún no se logra un control adecuado.

34CM *Síndrome cardiometabólico.* Dr. Rafael Zelaya. Internista y Endocrinólogo. Tegucigalpa.

35CM *Cáncer gástrico.* Dr. Ricardo Domínguez. Internista, Hospital Regional de Occidente, Santa Rosa de Copán.

36CM *Evaluación oftálmica en paciente pediátrico.* Dr. Carlos Maldonado. Oftalmólogo pediatra. Hospital Materno Infantil, Tegucigalpa.

Se tiene la idea que es sumamente difícil el examen oftalmológico de un paciente y cuando nos referimos al examen pediátrico oftalmológico se considera que será aun más complicado o difícil, ya que si es difícil examinar al niño será más difícil examinar sus ojos. Es importante que los médicos que damos atención por primera vez, en donde se considere que el ojo esta comprometido, es más sencillo, de lo que nosotros nos imaginamos. El examen oftalmológico debe de dirigirse a la detección y tratamiento oportuno de enfermedades como las cataratas congénitas, el retinoblastoma y el glaucoma congénito son críticos, ya que dichas enfermedades necesitan tratamiento temprano durante la infancia, ya que retraso en el diagnóstico puede resultar en pérdidas irreversibles de la visión. Los signos como lagrimeo o epífora, ojo rojo, leucororia son signos importantes para determinar cual es la causa. Efectuar una exploración ocular en un lactante o niño pequeño requiere flexibilidad en el acceso y estar dispuesto a modificar la sucesión de etapas dentro de la exploración. El arte de la oftalmología pediátrica se define por la capacidad para identificar la información que es de importancia crítica, verificar en el niño individual y obtener estos datos con detalles, que a menudo tienen poca información histórica. La evaluación del paciente pediátrico contempla varios aspectos: Anamnesis: se obtiene en la entrevista, con el padre o la persona encargada del niño; y cuando el niño habla, la información es de mucha utilidad. Anatómico: toda evaluación de un recién nacido debe cubrir todos los sitios anatómicos desde los párpados, pestañas, presencia o no del globo ocular, el tamaño del ojo con respecto al resto de las estructuras. Agudeza visual: Es el aspecto de mayor importancia en la exploración ocular, la cual debe de realizarse ojo por ojo. La edad más temprana a la que hay colaboración del niño, es de los dos y medio año, pero la valoración de la agudeza puede realizarse desde las 4 a 6 semanas de edad. Motilidad ocular: se efectúa mejor al inicio de la exploración ya que ésta requiere buena concentración y colaboración del paciente como del médico. La oftalmoscopia: es parte importante de la exploración, y debe realizarse al final, el éxito dependerá de la dilatación de la pupila, es en el examen, donde los niños siempre manifestaran su insatisfacción. Las evaluaciones bajo sedación serán un procedimiento que el pediatra oftalmólogo realizará en casos especiales, donde la evaluación se hace difícil, o en los casos donde la precisión para el diagnóstico es vital.

37CM *Nuevos abordajes en manejo de hernias de disco.* Dr. Manuel Melgar. Neurocirujano, Universidad de Tulane, New Orleans, Estados Unidos.

38 CM Evaluación clínica del niño dismórfico. Dr. Ramón Alvarenga. Pediatra, sub especialista en Genética, Hospital Materno Infantil, Hospital Infantil Privado, Tegucigalpa.

La dismorfología es la rama de la genética clínica que estudia e intenta interpretar los patrones de crecimiento humano y defectos estructurales. Es importante llegar a un diagnóstico lo más preciso posible para el paciente y sus familiares, para promover interacciones adecuadas de la familia y/o grupos de apoyo. Las técnicas citogenéticas (cariotipo) y los estudios moleculares han mejorado la habilidad para hacer diagnósticos sindromáticos precisos; sin embargo son estudios caros y deben ser usados de manera selectiva. Un diagnóstico preciso provee estimar mejor el riesgo de recurrencia, informar sobre el pronóstico y permite intervenciones que pueden prevenir, anticipar o tratar más exitosamente las complicaciones. En el futuro, un diagnóstico seguro es clave para la investigación de genes causales, intervención y también tratamientos. Principalmente es muy importante una buena historia clínica, que incluya una historia familiar que se extienda hasta la tercera generación en busca de consanguinidad o anormalidades similares parciales o sindromáticas. Antecedentes del embarazo con detalles de pérdidas previas, métodos de planificación, ocupación de los padres, salud de la madre, uso de drogas, medicamentos y alcohol, fiebre, rash o enfermedades y movimientos fetales. Nacimiento: investigar sobre distres neonatal, polihidramnios u oligohidramnios, peso, talla, circunferencia cefálica y conducta perinatal. Historia sobre el crecimiento y desarrollo posterior, con énfasis en signos claves. Un examen físico completo que incluya todos los sistemas en busca de las malformaciones mayores y menores. Con los datos obtenidos en la historia y los hallazgos encontrados al examen físico se procede a considerar si la condición es de inicio prenatal o post-natal; si es prenatal verificar si el defecto es único o se trata de un síndrome de malformaciones múltiples; es caso de un defecto único definir si se trata de una deformación, una malformación, una disrupción o una displasia; en caso de ser múltiples deberá investigarse si se trata de un defecto cromosómico, genético, ambiental o es una etiología desconocida. Si el defecto se trata de un problema de inicio post-natal, investigar si es de origen genético, ambiental o desconocido. De acuerdo a la sospecha diagnóstica, resultado de los datos recabados, proceder a enviar al centro de genética respectivo para realizar una nueva evaluación e indicar los estudios pertinentes para tratar de hacer un diagnóstico preciso, su seguimiento para brindar asesoramiento genético al núcleo familiar.

39CM Líquidos y electrolitos en pediatría. Dr. Carlos Sánchez. Pediatra, sub-especialista en Cuidados Intensivos. Hospital Materno Infantil, Tegucigalpa.