

# RESUMENES DE CONFERENCIAS

## CURSO PRECONGRESO. ESCRITURA Y PUBLICACION DE ARTICULOS BIOMEDICOS (Consejo Editorial, Revista Médica Hondureña)

### 1C

#### La Revista Médica Hondureña

Dr. Nicolás Sabillon. Ex Director de la Revista Médica Hondureña.

En el presente año la Revista Médica Hondureña (RMH) cumplió 79 años de edición ininterrumpida. Fue fundada en mayo de 1930 siendo sus primeros Directores los Drs. Antonio Vidal y Salvador Paredes, a quienes las generaciones de médicos debemos de hacer el esfuerzo por no olvidar ya que fueron los primeros en tener la visión que nuestro Colegio contara con un órgano de divulgación científica. En estos 79 años los distintos consejos editoriales han trabajado arduamente para cumplir la misión y visión de la revista. Es prácticamente imposible en estas líneas poder describir todos los esfuerzos realizados para mantener hoy en día la RMH como una revista de primer nivel. Resalta el hecho que actualmente la RMH esta indizada en: LILACS-BIREME, LATINDEX, Biological abstracts, Index Medicus Latinoamericano y otras bases de datos bibliográficas biomédicas, con el título en español abreviado Rev Med Hondur. Está en versión electrónica en la página del Colegio Médico de Honduras [www.colegiomedico.hn](http://www.colegiomedico.hn) y en la Biblioteca Virtual en Salud [www.bvs.hn](http://www.bvs.hn). el acceso es gratuito y se puede consultar todo el contenido en texto completo desde el año 1930. Cumple con los requisitos que se exigen para estar en las bases de datos internacionales, entre las cuales están: arbitraje por pares (desde el año 2006), publicación de artículos científicos originales, edición trimestral (se editan cuatro números al año), puntualidad. Con el propósito de mejorar la calidad de la redacción de los artículos que elaboran todos los colegas, el Consejo Editorial de la RMH, desde al año 2002 realiza todos los años en el marco del Congreso Médico Nacional un curso precongreso sobre redacción de artículos biomédicos. En este curso se brindan los lineamientos y se dan a conocer las normas para publicar en la RMH. El éxito obtenido ha sido notorio, evidenciado en que cada año que transcurre la asistencia a este evento se ha incrementado. Dada la calidad y la motivación obtenida este curso también se imparte en los Postgrados de Medicina, Asociaciones y Delegaciones Médicas, Servicios y Departamentos de algunos hospitales. Esto ha conducido a que distintos hospitales, asociaciones médicas y departamentos de hospitales hayan solicitado al consejo editorial elaborar números exclusivos. Entre estos destacan el Instituto Nacional Cardiopulmonar, el Servicio de Dermatología del Hospital Escuela y Grupo de Estudio y Promoción de los Cuidados Paliativos en Honduras. El Consejo Editorial de la RMH, actualmente dirigido por la Dra. Reyna Durón, felicita al Comité Organizador del presente Congreso y esperamos contribuir al fortalecimiento de la ciencia con nuestro aporte.

### 2C

#### ¿Cómo se redacta el título de un artículo científico?

Dr. Nicolás Sabillon. Ex Director de la Revista Médica Hondureña.

Esta es una de las preguntas que con frecuencia se hace un autor o los autores cuando se dan a la tarea de redactar un artículo para enviarlo a consideración de algún consejo editorial. En estas breves líneas trataré de brindarle algunos lineamientos básicos que le pueden ayudar, sobre todo si Ud. por primera vez va a redactar un artículo. Hay que tener claro que un buen título debe describir de forma adecuada el contenido del artículo y debe ser localizable en los servicios de indización; de ahí que en la redacción se deben utilizar las palabras adecuadas. De manera muy precisa debe considerar fundamentalmente tres aspectos: 1. La extensión 2. La

especificidad y 3. La sintaxis. Para cumplir estos tres aspectos se deben escoger CUIDADOSAMENTE las palabras, entendiendo perfectamente el significado de cada una y el orden como se asociaran. Se ha considerado que un buen título es aquel que *en el menor número posible de palabras se describe adecuadamente el contenido*. En relación a la extensión, el título puede ser muy corto o muy largo; es muy corto cuando se usan términos muy generales y muy largo cuando se utilizan palabras superfluas, innecesarias. En lo particular sugiero que: a. Trate de redactar un título que no sobrepase las 15 palabras b. Auxílese de un diccionario aunque Ud. crea conocer el significado de las palabras. c. Una vez redactado pregúntese ¿este título describe adecuadamente el contenido?. d. Revise las normas para autores de la revista donde enviará su artículo. Recuerde dos cosas: 1. Lo que será indizado de su artículo será el título, su nombre y el resumen 2. Es probable que lo primero y quizás lo único que se leerá de su artículo, será el título. Un artículo con un título mal redactado no será adecuadamente indizado, no será localizado y lo que es peor no será leído para ser citado por otros autores.

### 3C

#### La Introducción

Nelly-Janeth Sandoval

La introducción es el punto de partida o la cabeza de un artículo, en la cual se inicia, ambienta, capta el interés y dirige al lector en su lectura. Por lo tanto se debe definir claro y brevemente el problema a tratar, planteando los antecedentes que fundamentan el estudio y el propósito, destacando el legado que tiene el trabajo para la comunidad médica y los pacientes que serían los beneficiarios finales. En términos generales la introducción debe contener 3 apartados que en orden de presentación son, a) definición e importancia del problema, b) antecedentes conceptuales e históricos, incluyendo información mundial y nacional y el último reservado a c) establecer el propósito fundamental del trabajo, en sintonía con el objetivo de la investigación y en coherencia con los resultados, conclusiones y aportes del trabajo. Para lograr que la introducción cumpla con su cometido y ser coherente con el resto del artículo se recomienda realizarla hasta que está concluido el trabajo y aunque es la primera parte del cuerpo del escrito se aconseja hacerla hasta el final cuando las ideas han sido completamente desarrolladas, escribirla y el autor domine plenamente los resultados y el alcance de los mismos. Se comienza por realizar un esbozo, seleccionando y ordenando la información de forma lógica; cuidando el estilo, normas ortográficas del idioma en el que estemos escribiendo, así como la correcta construcción de las oraciones y evitando los vicios del lenguaje. Se escribe en presente, definiendo los términos y abreviaciones especializadas utilizadas en el trabajo, sustentando los datos con las referencias pertinentes.

### 4C

#### Material y métodos

Dr. Gustavo Adolfo Avila Montes

Se hará una clara descripción de la selección de los sujetos que intervienen en la investigación tanto si se trata de personas como animales de laboratorio, incluyendo a los controles. Se identificarán las características generales de los sujetos de estudio como ser la edad, sexo y otras que sean relevantes para la investigación. Cuando se utilizan variables como la raza o la etnia se debe definir como han sido medidas y justificar su re-

levancia para el objetivo del estudio. Se deben especificar los criterios de inclusión y exclusión, así como la descripción de la población de origen. Se debe justificar porque fueron incluidos solo sujetos de determinada edad o por que fueron excluidos los hombres, si fuera el caso. Hay que identificar los métodos, aparatos (destacando entre paréntesis los nombres de los fabricantes y su dirección), y todos los procedimientos con los detalles suficientes que permitan a otros investigadores reproducir el estudio. Se facilitaran las referencias de los métodos, incluidos los métodos estadísticos y se suministrarán referencias y breves descripciones de los métodos que aunque ya estén publicados sean poco conocidos. Se describirán las modificaciones sustanciales, se razonará porque se han utilizado, y evaluar sus limitaciones. Se identificarán con precisión todos los fármacos y productos químicos utilizados, incluyendo los nombres genéricos, dosis y vías de administración. Los informes sobre ensayos clínicos realizados de forma aleatoria deberán presentar información referente a los principales elementos del estudio, incluyendo el protocolo (población estudiada, intervenciones o exposiciones, resultados, y los fundamentos lógicos para la realización de los análisis estadísticos), asignación de las intervenciones (métodos de aleatorización, asignación a los grupos de intervención y control) y el sistema de enmascaramiento empleado (ciego). Los autores que envíen revisiones deberán incluir una sección que describa los métodos empleados para localizar, seleccionar, extraer y sintetizar la información. Estos métodos se deben resumir de forma estructurada. Cuando se trate de experimentos en seres humanos hay que indicar si los procedimientos empleados han respetado o no los criterios éticos del comité responsable de experimentación humana (local o institucional) y la Declaración de Helsinki de 1975, enmendada en 1983. No se incluirán los nombres de los pacientes, ni sus iniciales, ni los números que les hayan asignado en los hospitales, especialmente si se trata de material ilustrativo. Los métodos estadísticos se deben describir con detalle suficiente como para permitir a un lector especializado el acceso a los datos originales para verificar los resultados. Cuando sea posible los hallazgos se deben cuantificar y presentarlos con los oportunos indicadores de medidas de error o incertidumbre (como el intervalo de confianza). Hay que evitar apoyarse únicamente en las pruebas de hipótesis estadísticas, como el uso de valores <<p>> puesto que omite información cuantitativa importante. Hay que justificar la elección de los sujetos que participan en la investigación, detallar la aleatorización, informar sobre las posibles complicaciones de la intervención, número de observaciones, pérdida de sujetos (tales como las bajas en un ensayo clínico). Si se han utilizado programas informáticos se debe indicar cuáles son los programas y el número de la versión.

## 5C

### Resultados.

Dr. Gustavo Adolfo Avila Montes

Los resultados se deben presentar de manera lógica en el texto, en las tablas y en las ilustraciones, destacando primero los principales hallazgos. No se deben repetir en el texto los datos de los cuadros o de las ilustraciones. Se deben resumir o destacar solo las observaciones más importantes. Los detalles técnicos y materiales pueden ser descritos en un apéndice para que estén accesibles sin interrumpir la lectura. Una alternativa es publicarlos solo en la versión electrónica de la revista. En la sección de resultados los datos se deben dar en forma numérica, pero no solo como porcentajes sino en forma de valores absolutos de los cuales derivan: hay que especificar los métodos estadísticos que se utilizaron para analizar los resultados. No se deben citar las referencias en los resultados. Los cuadros deben contener información concisa y hacerlo de una forma práctica, proporcionando el nivel de detalle y precisión necesarios. Es preferible incluir los resultados en los cuadros que hacerlo en el texto, pues permite reducir la extensión del artículo. Cada cuadro debe aparecer en una hoja y estar diseñado a doble espacio. Debe numerarse consecutivamente según su

citación en el texto e ir provisto de un breve título. Cada cuadro únicamente tendrá tres líneas horizontales. Cada columna debe llevar una identificación o nombre. Las explicaciones necesarias se deben hacer de forma de nota al pie de página, nunca en las cabeceras. Cada nota y abreviatura debe llevar su explicación correspondiente. Las medidas estadísticas como la desviación estándar o la media, así como sus variaciones, deben estar claramente identificadas. Cada uno de los cuadros debe estar citado en el texto. Si se utilizan resultados de una fuente no publicada se debe incluir la autorización correspondiente y expresarlo en los agradecimientos. Las ilustraciones deben estar elaboradas de forma profesional o ser remitidas en formato digital. Algunas revistas solicitan los ficheros electrónicos en un determinado formato lo que permite mayor calidad en las imágenes de la versión electrónica. De las imágenes de radiografías, escáneres y otras técnicas diagnósticas por imagen, así como las fotografías de productos patológicos o las microfotografías se deben enviar copias nítidas, en blanco y negro o color. Las letras, números o símbolos sobre las ilustraciones deben ser claros, uniformes y de tamaño suficiente para que cuando al ser editadas en la imprenta permanezcan legibles. Si se utilizan fotografías de personas éstas no deben ser identificables, o en caso contrario, ir acompañadas de la autorización escrita para su utilización. Las ilustraciones deben ir numeradas de forma consecutiva según el orden que han sido citadas en el texto. Cada ilustración debe tener su título escrito a doble espacio, en página aparte y estar numerada en números arábigos. Las medidas de longitud, altura, peso y volumen se deben expresar en unidades métricas (metros, kilogramos, o litros) o sus múltiplos o decimales. La temperatura se debe expresar en grados Celsius. La presión sanguínea en milímetros de mercurio, a menos que una revista en particular especifique que otras unidades.

## 6C

### Discusión

Dr. Roberto Esquivel

Deberán interpretarse los resultados estableciendo comparaciones con otros estudios. Debe destacarse aquí el significado y la aplicación práctica de los resultados, así como las limitaciones y las recomendaciones para futuras investigaciones. Debe evitarse que la discusión se convierta en una revisión del tema y que se repitan los conceptos que hayan aparecido en otras secciones. Haga hincapié en aquellos aspectos nuevos e importantes del estudio y en las conclusiones que se deriven de ellos. Podrán incluirse recomendaciones cuando sea oportuno. Se considera de especial interés la discusión de estudios previos publicados en el país.

## 7C

### Importancia de las Referencias Bibliográficas y Palabras Clave en un Trabajo Científico.

Martha Cecilia García

Se destacará la importancia que tiene la correcta selección, en cuanto a pertinencia, calidad y cantidad, de las referencias bibliográficas en un trabajo científico, tanto para el autor como para el lector. Se expondrán los diferentes estilos para la elaboración de la bibliografía y los formatos de documentos que actualmente se emplean. La experiencia nos ha demostrado que uno de los errores más comunes al acceder a la información científico-técnica es la inadecuada selección de términos de búsqueda y esto limita de manera sustancial los resultados obtenidos. Por lo cual se enfatizará en la selección normalizada de palabras clave para los artículos científicos que permitan; localizar los trabajos nacionales e indexarlos en bases de datos internacionales.

Se recomienda emplear los descriptores del tesoro de la *National Library of Medicine (Medical Subject Headings o MeSH)*, y de los Descriptores en

Ciencias de la Salud (DECS) del Centro Latinoamericano y del Caribe en Ciencias de la Salud (BIREME). Actualmente Honduras es beneficiado con el acceso gratuito a importantes bases de datos internacionales de reconocido prestigio y con énfasis en el área biomédica, para una utilización óptima es valioso conocer estos puntos.

## 8C

### Revisión por Pares

Nelly-Janeth Sandoval

La revisión por pares (revisión por iguales) o arbitraje es el procedimiento utilizado para validar los trabajos científicos escritos con el fin de medir su calidad, factibilidad y rigurosidad científica. Con el crecimiento continuo del número de revistas científicas, se fue creando la necesidad de establecer un método que permitiera controlar la calidad científica que en ellos se publica, por lo que desde a inicios del siglo XX se implementó este procedimiento y se deben considerar con cautela los trabajos científicos que son publicados en revistas que no se apegan a la revisión por pares. Hay que tener en cuenta que la revisión por pares puede aumentar la calidad de la presentación de los resultados, pero la calidad de la evidencia científica siempre va depender de la honradez, formación y conocimiento de los autores. En la revista Médica Hondureña se ha implementado en los últimos años como parte de los cambios que ha sufrido en la modernización y la incorporación de la revista a centros de indexación internacional y con miras a ingresar a la revista médica electrónica SciELO (Scientific Electronic Library Online). Existen 3 formas de cómo realizar la revisión por pares: a) abierta, en la cual autores y revisores conocen su identidad, b) simple ciego, los revisores conocen la identidad del autor, pero el autor desconoce la identidad del revisor y c) doble ciego que preserva anonimato del evaluador y del autor, con el fin primordial de evitar conflictos de intereses y por el contrario realizar una revisión crítica, independiente y no perjudicada, esta forma es la implementada en la revista médica. Para señalar la transparencia del proceso la Revista médica hondureña incluye en sus instrucciones para autor las políticas del proceso de revisión. La revisión por pares debe constar de un grupo de personas constituido por autores, editores y revisores. La elección de revisores es una de las atribuciones tradicionales de los editores de las revistas. Se buscan entre los investigadores con más prestigio en las diferentes disciplinas. Las características ideales del revisor son: conocimiento del tema, imparcialidad, académico, innovador y responsable, este último constituye una de las principales causas de retraso en el proceso de publicación ya que los revisores son con frecuencia gente muy ocupada que intenta ayudar a los editores, sus colegas y a los autores de los artículos, ofreciendo filantrópicamente parte de su tiempo libre para analizar los artículos remitidos, en nuestro medio es por igual

mayor la tardanza o negativa por parte de los autores en responder a las sugerencias emitidas. Este sistema de evaluación no es aceptado por toda la comunidad científica, de hecho se han hecho numerosos estudios en los que se detectan inconsistencias, sesgos positivos en la evaluación, etc. Sin embargo es el sistema más utilizado y constantemente se está tratando de mejorar.

## 9C

### Ética en la publicación

Dra. Reyna M. Durón

Los manuscritos enviados para publicación médica deben ser inéditos y no enviados a publicación en otra revista simultáneamente. Si alguna parte del material ha sido publicado en algún otro medio, el autor debe informarlo. Debe evitarse la publicación redundante o duplicada y la concesión de autorías no merecidas. Debe evitarse o aclararse si corresponde, cualquier conflicto de intereses. Los autores deberán obtener permisos por escrito de personas que puedan ser identificadas en las ilustraciones o figuras, así como de autores o editores de materiales publicados previamente. Debe cumplirse con las normas nacionales e internacionales de investigación y publicación. La conducta inadecuada o la deshonestidad en el proceso de investigación y publicación son penalizados a varios niveles. Los estudios en seres humanos deben seguir los principios de la Declaración de Helsinki (<http://www.wma.net/s/ethicsunit/helsinki.htm>). Las buenas prácticas de investigación y publicación son marcadores vitales del avance de la ciencia en una institución o país.

## 10C

### Normas de publicación.

Dra. Reyna M. Durón

Como parte de su proceso de modernización, la Revista Médica Hondureña ha lanzado en el Vol. 77.1 de Enero del 2009, las nuevas normas de publicación de la revista. Las mismas son el producto de un consenso y un apego a las normas internacionales. El objetivo es cumplir con una categoría internacional que permita indizar a nuestra revista en bases de revistas internacionales de más alto nivel. La revista seguirá considerando para publicación escritos relacionados con la clínica, práctica e investigación médica. La revista insistirá en la revisión por pares y el apego a los Requisitos Uniformes de los Manuscritos Propuestos para Publicación en Revistas Biomédicas, que pueden consultarse en <http://www.icmje.org>. Se solicita a los médicos hondureños a revisar las nuevas normas y utilizarlas como guía para la presentación de sus escritos.

11C

### HAMARTOMA LIPOMATOSO DEL NERVO RADIAL

Dr. Fredy Portillo. Hospital Regional Santa Teresa, Comayagua.

Tumor benigno raro caracterizado por fibrosis perineural y endoneural, lo que produce engrasamiento de los fascículos neurales, los cuales son entrelazados por grasa proliferativa madura. Afecta usualmente a los niños y con menos frecuencia a los adultos jóvenes. Es una lesión poco común conocida también como Fibrolipoma Neural, Lipofibromatous Hamartoma, Lipoma perineural o Lipoma intraneural.

12C

### AVANCES EN LA CIRUGIA ORTOPEDICA PARA EL MANEJO DE PACIENTES CON HEMIPLEJIA.

Dr. José B. Avilés Irías. Servicio de Ortopedia Infantil IHSS, Hospital y Clínicas San Jorge, Tegucigalpa.

Hemiplejía o hemiplejia es un trastorno motor, en el que la mitad vertical del cuerpo del paciente está paralizada; por ejemplo, un brazo y su pierna correspondiente no funcionan. Es normalmente el resultado de un accidente cerebrovascular, aunque también pueden provocarla patologías que afecten la espina dorsal o los hemisferios cerebrales como las tumoraciones o la resección de ellos. La parálisis cerebral también puede afectar un solo hemisferio, resultando en una limitación de funciones. Esto no causa parálisis necesariamente pero sí espasmos. La parálisis cerebral en la que éste sea el único síntoma también puede denominarse hemiplejía, la incidencia de este problema es muy frecuente presentando una deformidad física y funcional. En la actualidad existen técnicas quirúrgicas en la rama de la neuro ortopedia donde se realizan cirugías tanto del miembro superior como del inferior; transferencia de tendones, alargamiento de tendones corrección de defectos óseos (ejemplo: transferencia del flexor carpiulnar al segundo radial, transferencia del palmar mayor al abductor del pulgar, descenso de la masa pronatorflexora, alargamiento del Aquiles, transferencia de la mitad del tibial anterior al peroneo lateral corto, transferencia del tibial posterior a la base del segundo metatarsiano) los resultados de las cirugías son de mucho beneficio para estos pacientes logrando posicionar adecuadamente su miembro superior, mejorando su equilibrio en la marcha con una adecuada longitud de paso, apoyo en talón, paso libre del pie en fase de balanceo de esta forma los pacientes consumen menor cantidad de oxígeno y los hace más funcionales permitiendo entonces un cambio en su apariencia física y funcional que los lleva de un estado de invalidez a incorporarse nuevamente a la sociedad como personas productivas.

13C

### INCONTINENCIA URINARIA DE ESFUERZO. TRATAMIENTO QUIRÚRGICO.

Dr. Kristian Navarro Salomón. Servicio de Uroginecología. Hospital de Especialidades del IHSS. Honduras Medical Center. Tegucigalpa.

La incontinencia urinaria es un síntoma común que puede afectar a mujeres de todas las edades con un amplio rango de severidad; afectando la calidad de vida en el aspecto físico, psicológico y social. Es definida por la Sociedad Internacional de Continencia (ICS) como la queja de alguna pérdida involuntaria de Orina.<sup>(1)</sup> Esta podría ocurrir como resultado de un número importante de anomalías de la función del tracto urinario bajo, u otras enfermedades que predispongan a pérdida en diferentes situaciones. Clínicamente dividimos la Incontinencia Urinaria en: \*Incontinencia Urinaria de Esfuerzo. \*Incontinencia Urinaria de Urgencia. \*Incontinencia Urinaria

Mixta. La Incontinencia Urinaria de Esfuerzo, es definida por ICS<sup>(1)</sup> como la pérdida de orina asociada a esfuerzo: toser, reír, estornudar. Urodinámica es definida, como la Pérdida de Orina asociada a un incremento de la presión abdominal, en ausencia de contracción del detrusor. La prevalencia de Incontinencia Urinaria varía, en relación a la edad de las pacientes, a la definición y a los diferentes métodos de diagnóstico. Reportándose desde 0.2% a 8.5% en mujeres entre 15 y 64 años y de 2.5% a 69% en mujeres de 65 años y más. En términos generales los rangos de prevalencia en la población se estiman del 25-45%. El diagnóstico puede ser establecido a través de historia clínica completa y de estudio urodinámico. La Historia clínica completa tiene una sensibilidad del 92% con IC (91-93%) para el diagnóstico de incontinencia urinaria. De forma más objetiva se puede realizar la prueba de la toalla que consiste en la cuantificación de peso de la misma luego de una hora de haber sido portada durante actividad física, con una sensibilidad de 94% con IC 73-99%. Para un peso mayor de 2 gramos. Una vez establecido el diagnóstico se establecen tres niveles de tratamiento. El primero basado en modificaciones conductuales y de hábito por medio de corrección de frecuencia de micción y fortalecimiento de musculatura pélvica implementando ejercicios de musculatura pelviana. La segunda línea a través de la electroterapia con diferentes energías para lograr la hipertrofia muscular del piso pélvico. Y por último el manejo quirúrgico basado en la corrección de defectos anatómicos utilizando técnicas convencionales como la colposuspensión BURCH y actualmente con la colocación de material protésico para proporcionar un mejor soporte suburetral por medio de mallas libres de tensión con abordajes retropúbicos u obturadores con la correspondiente reparación de los compartimentos anterior, apical y posterior. Todo esto con la finalidad de lograr una mejoría en la calidad de vida de la paciente incluyendo además de la incontinencia urinaria, la fecal, el prolapso de órganos pélvicos y la función sexual.

14C

### DIAGNÓSTICO Y MANEJO DE LA DIABETES GESTACIONAL

Dr. Pablo Alberto Martínez Rodríguez. Ginecólogo y Obstetra del Hospital del Sur, Choluteca. Unidad de Medicina Materno Fetal, Clínica San Francisco de Asís, Choluteca.

**Antecedentes.** La Diabetes Gestacional (DG)- resistencia a la insulina detectada en el embarazo- complica alrededor de 3 a 5% de todos los embarazos, y con frecuencia es causa ya muy bien establecida de morbilidad tanto materna como fetal. En base a lo anterior, tanto el American College of Obstetrician and Gynecologists (ACOG) así como la American Diabetes Association (ADA) recomiendan un screening rutinario para Diabetes Gestacional a todas las embarazadas. A pesar de estas recomendaciones, los beneficios tanto del screening como del tratamiento de estas pacientes continúa siendo un tema de debate. **Complicaciones maternas y fetales.** Las mujeres con DG son más propensas a desarrollar trastornos hipertensivos, parto por cesárea y partos de pretérmino. Así mismo está ya muy bien establecido el riesgo incrementado de estas pacientes a desarrollar Diabetes tipo 2 posteriormente. En el feto existe un aumento del riesgo para que estos desarrollen macrosomía o bajo peso al nacer, distocia de hombros, ingreso a cuidados intensivos, hiperbilirrubinemias, taquipneas transitorias y nacimientos traumáticos. **Pruebas de screening y diagnóstico para DG.** Desde hace muchos años se ha recomendado hacer la prueba de screening como una prueba de escrutinio para identificar a aquellas embarazadas que desarrollarán DG. Este screening se deberá llevar a cabo al terminar el primer trimestre (después de la 14 semana de gestación). La prueba de screening consiste en la administración de una carga de glucosa de 50 gr y una hora después determinar la concentración sérica de

glucosa. Si el resultado de este es > 130 mg/dl se cataloga como positivo y se necesitará la realización de una curva de tolerancia oral a la glucosa de 2 horas (CTOG 2H) para realizar el diagnóstico de DG. **Tratamiento.** La dieta debe de constituirse en la piedra angular de la terapéutica para la DG. Si una vez establecido un esquema dietético en el cual se comprueba un apego riguroso y no se lograra un control metabólico ya establecido, se deberá iniciar sin retraso el tratamiento farmacológico. La insulina exógena continúa siendo hoy en día el tratamiento de elección; pues definitivamente es el que mejor semeja los impulsos pancreáticos fisiológicos y debido a su alto peso molecular esta no cruza la barrera placentaria y por ende no existe el riesgo de hipoglicemias fetales yatrógenas. Los agentes antidiabéticos orales han sido tradicionalmente contraindicados en el embarazo. Las sulfonilureas de primera generación cruzan la barrera placentaria y estimulan el páncreas fetal provocándole hiperinsulinemia. El Gliburide (una sulfonilurea de segunda generación) ha sido utilizado en estudios experimentales con resultados bastante prometedores; sin embargo existe en la actualidad muy poca evidencia como para recomendar su uso de manera rutinaria. De manera muy similar, la evidencia clínica hasta este momento con respecto a la Metformina, no nos permite recomendar su uso como terapia de primera elección, y continuamos en la espera de la publicación de un estudio clínico aleatorizado que se está llevando a cabo de manera conjunta en EEUU, 4 países europeos y 2 países latinoamericanos.

### 15C

#### ACTUALIZACIONES EN PREECLAMPSIA.

*Dr. Pablo Alberto Martínez Rodríguez.* Ginecólogo y Obstetra del Hospital del Sur, Choluteca. Unidad de Medicina Materno Fetal, Clínica San Francisco de Asís, Choluteca.

Los estados hipertensivos son las complicaciones médicas del embarazo más comunes, afecta hasta el 8% de estos y permanecen como una de las causas de mortalidad y morbilidad materna y neonatal principales. Aproximadamente el 70% de estas alteraciones se debe a hipertensión gestacional-preeclampsia, mientras que el otro 30% se debe a una hipertensión preexistente o enfermedad renal. A pesar de los numerosos esfuerzos en su diagnóstico temprano, prevención y tratamiento de estos desórdenes, permanece como una causa mayor de resultado materno y perinatal adverso. Por lo tanto, son un problema de salud pública a nivel mundial. La tendencia científica y clínica actual en los principales centros de Medicina Materno Fetal, se basan en procurar realizar el diagnóstico de preeclampsia cada vez más temprano. Partiendo del hecho que se desconoce aún la etiología exacta de esta entidad, pero teniendo como sustento científico que la enfermedad se origina desde el momento mismo de la placentación, las principales líneas de investigación en la actualidad se enfocan hacia tratar de determinar qué marcadores bioquímicos nos podrían ayudar a caracterizar a estas pacientes. De igual forma, los estudios de fujometría Doppler realizados en las arterias uterinas de estas pacientes muestran un patrón de onda muy característico, reflejando un aumento de la impedancia al flujo útero placentario. Todas estas líneas de investigación van enfocadas hacia la necesidad de poder iniciar de manera precoz una intervención farmacológica temprana con carácter meramente profiláctico en un intento por retrasar al máximo o disminuir la severidad con que se manifestará la enfermedad clínica. Durante los últimos años, varios ensayos clínicos aleatorizados se han completado, buscando la prevención de la preeclampsia con dosis bajas de aspirina, vitamina C, calcio elemental y L-arginina. Así mismo se han llevado a cabo ensayos clínicos aleatorizados comparando el sulfato de magnesio con otros agentes anticonvulsivos para la prevención y tratamiento de las convulsiones en la eclampsia. Además, se han introducido manejos controversiales de la preeclampsia lejos del término y del síndrome de HELLP. Otros estudios observacionales y de casos y controles han descrito los factores de riesgo para preeclampsia, incluyendo el papel de la genética. En base a lo anteriormente expuesto, se considera siempre

a la preeclampsia como un tema toral en el campo de la Medicina Materno Fetal, en el cual irán surgiendo nuevos métodos diagnósticos y terapéuticos en un afán de mejorar el pronóstico de la madre y el feto.

### 16C

#### MUNICIPIOS SALUDABLES

*Dr. Jorge A. Fernández V.* Dirección General de Promoción de la Salud, Secretaría de Salud Pública, Honduras.

La iniciativa de municipios y comunidades saludables, tomó carta de ciudadanía internacional durante los años 90 del pasado siglo, cuando desde Canadá se plantea la estrategia en el desarrollo del sistema de salud. En varios países de la región de las Américas, son muchos los municipios que han demostrado el buen suceso de trabajo, bajo las líneas de acción de esta iniciativa, que se aplica en la diversidad de comunidades, propia de los asentamientos humanos comunitarios. Se presentarán los conceptos consensuados internacionalmente, que sustentan la minuta ideológica y política, basada en la promoción de la salud como eje principal de la agenda política del gobierno central o local y de la sociedad empoderada. Luego, se presentará un caso fortuito local antagónico al concepto, para plantear algunas recomendaciones generales.

### 17C

#### AIRE LIMPIO, UNA COLABORACIÓN INTERDISCIPLINARIA PARA MEJORAR LA SALUD DE UNA COMUNIDAD.

*\*Christina, Mandzuk, MPH, \*Elizabeth Emery, MPH, \*Lynette Schrowe, MPH, \*\*Joan Henkle, DNS, RN, \*\*Dr. Javier F. Sevilla-Mártir,\*Indiana University Department of Public Health, School of Medicine. \*\*Indiana University Department of Family Medicine, School of Medicine.*

El humo producido por estufas básicas de leña con ventilación inadecuada podría ser un factor que contribuya substancialmente a la morbimortalidad por enfermedades respiratorias en países en vías de desarrollo. El proyecto de Aire Limpio es un proyecto diseñado y puesto en ejecución por estudiantes de la maestría en salud pública del departamento de salud pública de la facultad de medicina de la universidad de Indiana en colaboración con el proyecto Enlace Honduras que es patrocinado por el departamento de Medicina de Familia de la Universidad de Indiana. Consiste en tres fases y se diseñó para investigar el impacto en la calidad del aire producido por las estufas de leña en Honduras rural. En la fase I del proyecto, se estableció una colaboración con la comunidad de Las Lajas en el municipio de Taulabé. Evaluación de la salud ambiental y respiratoria fueron realizados para determinar la relación entre la exposición al humo de estufas de leña y las enfermedades respiratorias. Un cuestionario fue desarrollado y administrado para determinar síntomas respiratorios en adultos y niños, y las mediciones de flujo máximo fueron utilizadas para medir los índices de flujo espiratorios máximos (PEFR) de los participantes del estudio. Un cuestionario de construcción y ambiental fue completado para cada casa y las bombas portátiles Escort ELF fueron utilizadas para medir la calidad del aire. Los resultados demostraron una alta prevalencia de problemas respiratorios, ventilación inapropiada del humo, y una correlación entre los dos factores. Para la fase II, una intervención fue puesta en ejecución: 1. Exploración de una estufa de leña con chimenea usando los materiales locales para la construcción y 2. La instalación de las estufas en todos los hogares en la aldea de Sabanas (33 fuera de 34 fueron instaladas). Las estufas fueron diseñadas para quemar el combustible más eficientemente de tal modo produciendo menos humo dentro de la casa y para ayudar a disminuir la tala de árboles para consumo. La fase III está actualmente en marcha, la reevaluación del aire ambiental a través de medición de partículas del aire y el monóxido de carbono y la eficacia prevista de las estufas en disminuir síntomas respiratorios en los participantes del estudio así como la eficiencia disminuyendo el consumo de leña. En las casas control, la lectura

media del CO era 12.818 PPM con la lectura máxima en 26.5 PPM. Después de la instalación de la estufa con chimenea, la lectura media del CO era 0.5 PPM con la lectura máxima en 3.5 PPM. Una disminución dramática del 2563.6% del CO promedio. La reevaluación de todos los hogares y los síntomas respiratorios continúa en la fase III ya concluida y en proceso de análisis de datos. La meta a largo plazo del proyecto es enseñar cómo construir las estufas a los ancianos del área para la construcción e instalación de más estufas en aldeas adicionales y así reducir la incidencia de las enfermedades respiratorias y facilitar a la comunidad participación activa para mejorar la salud de sus miembros.

## 18C

### **NUEVO MODELO DE SALUD FAMILIAR-COMUNITARIO. MADRE FELIZ (MAFE)**

*\*Dra. Nieves Vásquez, \*Dra. Violeta Castañeda.\** Centro de salud Santos Isolina Aguilar, Taulabé, Comayagua, Honduras.

La Secretaría de Salud y la Asociación Civil Madre Feliz (MAFE) han acordado implementar un modelo de Servicios de Salud Primaria, con el propósito de brindar cobertura de mayor calidad a los pobladores de los municipios de Taulabé y San José de Comayagua. Este modelo es manejado por MAFE y funciona desde el 7 de Octubre del 2005, con fondos aportados por la Secretaría de Salud, donaciones privadas y contribuciones de la misma población, siendo entonces gestor y proveedor de los servicios mismos que son ofrecidos a la población en cuatro centros de salud y una Clínica Materno Infantil Taulabé (CMIT). Ubicados así: Municipio de Taulabé: CESAMO de Taulabé, Clínica Materno Infantil, CESAR Jardines, en el Municipio de San José de Comayagua: CESAR San José de Comayagua y CESAR Las Delicias. MODELO DE ATENCION. Con énfasis en actividades de promoción, prevención y asistencia al medio, la familia y persona, con nivel primario de atención, asegurando la respuesta al paciente en la unidad o con otros niveles de salud. La cobertura está garantizada para todos los pobladores de los municipios de San José de Comayagua y Taulabé a un costo simbólico de cinco lempiras si el usuario los pudiese aportar, de lo contrario es exonerado, la atención del parto en la Clínica Materno Infantil es gratuita, asegurando una atención de calidad brindada por medico general mas auxiliar de enfermería. MODELO DE GESTION. Este es descentralizado, basado en un contrato de gestión y prestación del conjunto de servicios de salud, La Asociación MAFE esta está dirigida por una junta directiva elegida por la asamblea municipal conformada por los voluntarios de salud de los dos municipios. A Nivel técnico es dirigido por un director intermunicipal de salud del área de la medicina (Medico o Profesional de Enfermería). Según el manual de normas y funciones. El proceso de toma de decisiones es en base a criterios gerenciales, planificación estratégica y políticas de las prioridades establecidas. La gestión es controlada con la participación comunitaria (Auditorías Sociales). Es evaluado cada tres meses por el ente rector (Secretaría de Salud), a través de la Región Departamental Sanitaria de Comayagua y una anual (desempeño) por los técnicos de la Unidad de Extensión de cobertura y Financiamiento (UECF) y técnicos regionales. MODELO DE FINANCIAMIENTO. Es un sistema de asignación de recursos por capitación (per cápita), la subsidiaria es el Estado de Honduras, promueve la solidaridad contributiva y recibe donación de algunas instituciones no gubernamentales nacionales y extranjeras. Conlleva mejores niveles de eficiencia administrativa y transparencia en el uso de los recursos, a través de las auditorías sociales y rendimiento de informes a la asamblea y alcaldías municipales. Cuenta con un sistema de monitoreo trimestral mismo que indica el monto del desembolso mensual. (El promedio del monitoreo debe ser mas de 85% para evitar penalización económica. Este modelo de gestión ha venido a mejorar las condiciones de salud de ambos municipios, a través de procesos de educación, prevención, atención y organización comunitaria, promoviendo las comunidades saludables. ALGUNOS LOGROS: 1. Disminución de la muerte materna en

el año 2005 (2 casos), a 1 caso en 2008 de 1,903 partos atendidos en la CMIT (2005, 2006, 2007, 2008). 2. Disminución de las muertes infantiles prevenibles de 7 en el 2006 a 2 en el 2007 y 1 en el 2008. 3. Incremento de la atención prenatal de 42% en el 2004 a 95% en el 2007 y con una cobertura en el 2008 de 90% para control prenatal nuevas. 4. Incremento del parto institucional de 42% en el 2006 al 96% en el 2008. 5. Incremento de cobertura en los diferentes biológicos. 6. Organización Comunitaria. DESAFIOS DEL MODELO: 1. Sectarismo Político. 2. La Sostenibilidad. 3. Empoderamiento Comunitario. 4. Mejorar las condiciones de salud y desarrollo humano en ambos municipios. 5. Actitud de resistencia al cambio. 6. Patrones culturales adaptados.

## 19C

### **TATUAJE EN ADOLESCENTES UN ENFOQUE PSICOANALÍTICO.**

*Dra. Alicia del Carmen Paz Fonseca.* Directora del Hospital Psiquiátrico Mario Mendoza.

Se hace una evaluación histórica de los tatuajes a nivel mundial, pasando a establecer una relación de cuerpo y post modernidad. En la adolescencia el tatuaje cobra significado sea como moda o síntoma, cumpliendo la función de un "operador psíquico"; donde la piel se utiliza como un espacio intermedio donde el dibujo adquiere un carácter de transicionalidad. Se hace ilustración de caso clínico haciendo una secuencia y comentarios de los diferentes tatuajes asociados al desarrollo psíquico de la paciente. Se hace una interpretación psicoanalítica del primer tatuaje, tatuajes múltiples y el tatuaje y la experiencia del dolor.

## 20C

### **CALENDARIO QUIRURGICO EN PEDIATRIA**

*Dr. Alex Milán Gómez Inestroza.* Cirugía y Urología pediátrica, Hospital Mario Catarino Rivas, IHSS, San Pedro Sula.

El propósito fundamental del tema es compartir información acerca de las patologías quirúrgicas más frecuentes en Pediatría y definir los momentos quirúrgicos idóneos de las mismas, con el propósito de unificar criterios en ese sentido. Se detalla el por qué esperar con algunas patologías y en otras no. El listado de patologías y el momento quirúrgico idóneo se detalla así: Ránula, operar al diagnóstico. Frenillo sublingual: Operar al diagnóstico. Quiste dermoide: Operar al diagnóstico. Quiste tirogloso: Operar al diagnóstico. Fístulas, quistes y senos branquiales: Operar al diagnóstico. Hernia Umbilical: Operar a los 4 años. Hidrocele comunicante: Operar al diagnóstico. Varicocele: Operar si da síntomas o si es GIII. Hernia inguinal: Operar al diagnóstico. Criptorquidia: Operar al año de vida. Circuncisión: Indicada luego de parafimosis y balanopostitis a repetición. Hipospadia: Operar al año de vida. Sinequias de labios menores: Operar al diagnóstico.

## 21C

### **"ATENDIENDO LAS NECESIDADES DE NUESTROS SERES QUERIDOS QUE VIVEN CON VIH-SIDA".**

*Dr. Manuel de Jesús Aguilar Cruz.* Hospital Evangélico. Siguatepeque, Comayagua.

Manual "Atendiendo a nuestros seres queridos que viven con VIH-SIDA". La pandemia mundial que para Dic. 07 acumulaba 33 millones de personas viviendo con VIH-SIDA necesitando atención de diferente índole, tratamiento antirretroviral y en muchos casos hospitalización, ya desborda en algunos países los agobiados sistemas de salud, los pocos hospicios y centros de beneficencia. De allí que es necesario reforzar la educación a los pacientes, sus familiares y la comunidad para brindar los cuidados básicos requeridos en el ambiente del hogar que es el mejor por: el apoyo y cariño de sus familiares y amigos, su comodidad, reduce la tensión así como los costos de atención, además a menudo se recobran de las enfer-

medades asociadas con mayor rapidez y porque la mayoría de ellos puede llevar una vida activa por muchos años necesitando ser hospitalizados solo en momentos críticos. El cuidado domiciliario es la forma de atención que los pacientes pueden recibir en su hogar por un proveedor de cuidados de salud, voluntario o familiar entrenado, el cual es monitoreado por un personal de salud profesional, que maneja adecuadamente el diagnóstico y las actividades de tratamiento además educa, entrena y asiste a ese proveedor en la continuidad del cuidado para satisfacer las necesidades del paciente. Esta atención debe hacerse tomando en cuenta la integralidad del ser humano en sus aspectos físico, psíquico, emocional, social y espiritual para tener el impacto necesario y considerando las medidas de bioseguridad básicas. De allí la razón de este manual, donde revisamos los aspectos generales de transmisión del virus, medidas de bioseguridad y los cuidados en las diferentes áreas de nuestro ser. En el área física: la higiene personal y del medio ambiente, la nutrición, el ejercicio y la protección de infecciones. En el área psicoemocional qué hacer una vez que se le diagnostica su seropositividad, cómo afrontar las diferentes reacciones posteriores y cuáles son algunas consecuencias directas de la acción viral.- En el área social: sus relaciones interpersonales, aspectos financieros y otros apoyos a este nivel.- En el área espiritual: cuáles son algunos de los pensamientos del paciente al respecto y cuál es la respuesta que Dios da en la Biblia a las mismas. Al final se mencionan los aspectos de la adherencia a la terapia antirretroviral, las señales de proximidad y muerte además de los cuidados que tiene que tener el cuidador del paciente. Cada una de las secciones se acompaña de porciones de la Palabra de Dios que consideramos pertinentes.

## 22C

### **CORRECCION DE LA MIOPIA, HIPERMETROPIA, ASTIGMATISMO Y PRESBIOPIA CON EL USO DEL EXSIMER LASER OCULAR EN HONDURAS**

*Dr. Carlos González.* Centro de Cirugía refractiva Láser Light. Fundación ECCHO (Erradicando la ceguera por Cataratas en Honduras)

Se describe la incapacidad visual cercana y lejana no causada por defecto o alteración de estructuras o la transparencia de los medios extra o intraoculares. Se describen los diferentes defectos (no enfermedades) visuales que se heredan fenotípicamente a través de los cromosomas (hereditarios). Se dan los resultados de la corrección de los defectos de refracción con Excimer Láser Ocular 193 nm Schwind Esciris y aberrometro (interferometro láser wave front), De un universo de 5,000 ojos tratados, se realizan un estudio prospectivo longitudinal, tomando una muestra significativamente estadística de 2,000 casos tratados para corrección en superficie corneal con excimer láser  $P < 0.01$  comprendidos en el periodo de tiempo de enero del 2007 hasta septiembre del 2009 ( $n= 2,000$ ) utilizando el Microqueratomo Pendular Carriazo Barraquer. **Características clínicas de pacientes tratados** Rango de Miopía desde -15.00 dioptrías hasta -0.50 dioptrías de hipermetropía desde +8 dioptrías hasta + 0.50 dioptrías de astigmatismo desde -6.00 dioptrías hasta -0.50 dioptrías. **Resultados** Pacientes miopes desde -9.00 d. hasta -0.50 d. Se logro corregir en su totalidad (neutro) el 100%. Los mayores de -9.00 d. solo un 90% del total de la muestra estudiada en los que se combinaba la miopía y astigmatismo. Para los pacientes hipermetropes, se logro una corrección a neutro en un 100% de los pacientes con hipermetropías hasta de +4.50 y un 86 % para los que tenían hipermetropía y astigmatismo. Un 10% de los pacientes con hipermetropía mayores de +4.50 quedaron con residual de +1.00 d. lo que les permitía una agudeza visual 20/25 o mejor (para casos de hipermetropía mayor de +4.50 combinada con astigmatismo se logro una corrección total de un 76%) ( $P < 0.02$ ). La corrección de astigmatismo solo, fue de un 100% para pacientes con astigmatismo de hasta -5.00 d. y un 90% para los mayores de astigmatismo de -5.00 d. ( $P < 0.01$ ). Tomando en cuenta que la presbipia a corregir máxima es de un +3.00 y que se realiza en un solo ojo (el

no dominante) para visión cercana y el dominante para visión lejana, que no se opera, la corrección fue de un 100%. **Material y Método** Se utiliza la valoración clínica oftalmológica, refracción con y sin cicloplejia, paquimetría ocular, topografía corneal, tonometría ocular, oftalmoscopia valorando retina periférica y medios oculares transparentes y sus estructuras, agudeza visual pre operatoria, valoración de visión de contraste, aberrometría automatizada 8,700 Pts. Campimetría visual, interferometría láser wave front, Schwind Excimer láser frío 193 nm y microqueratomo pendular Carriazo Barraquer con seguimiento de movimientos oculares automatizada o computarizada para minimizar efecto Fresnel (cámara infrarroja con longitud de onda 1 millón cálculos/segundo 350 Hz, láser con bean de 0.8 mm y zonas de ablación de 4.0 a 8.0 mm 250 Hz y zona de recuperación de ablación de 10.0 mm con emisión de 6.5 eV con una profundidad de 0.25  $\mu$ m. Succión para inmovilizar y crear flap corneal de 24 mm Hg, flat corneal 120-130  $\mu$ m. **Conclusión** Se obtiene una corrección deseada, segura efectiva, predecible, cuantificable, sin efectos indeseables térmicos, actinicos de radiación, no físicos que alteren las estructuras oculares ni el ADN corneal u ocular. Como medios que aseguran estos resultados tenemos: 1. Examen Clínico Oftalmológico Subespecialista en cornea. 2. Refracción con cicloplejia, campimetría, evaluación tamaño pupilar, visión de colores y contraste. 3. Paquimetría o grosor corneal. Tonometría o presión intraocular. 4. Topografía corneal. 5. Aberrometría corneal. 6. Interferometría láser wave front. 7. Succión inmovilizadora ocular 24 mm Hg. 8. Seguimiento movimiento ocular (cámara infrarroja). 9. Excimer laser 193 nm Schwind (láser frío). 10. Microqueratomo pendular Carriazo Barraquer. 11. Seguimiento clínico oftalmológico post operatorio.

## 23C

### **SÉPSIS NEONATAL TEMPRANA Y SUS COMPLICACIONES AGUDAS**

*Dra. Ileana Eguigurems Zamora.* Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales, Hospital de Especialidades, IHSS, Tegucigalpa.

Sépsis Neonatal Temprana. **Sépsis.** Es la respuesta infamatoria sistémica (SIRS), generada frente a una infección comprobada o sospechada, que se presenta al menos dos de los siguientes criterios: Inestabilidad térmica. Polipnea, dificultad respiratoria, apnea, aumento de requerimientos de oxígeno. Taquicardia o bradicardia inexplicables, que se mantengan al menos por 30 minutos. Cuenta leucocitaria anormal. Llenado capilar  $\geq 3$  seg. **Temprana o Precoz.** Se presenta dentro de las primeras 72 hrs. de vida, son causadas por gérmenes que habitan el área genital femenina, generalmente se manifiesta como neumonía, seguido de septicemia y meningitis. **Según la Gravedad.** No Complicada: sepsis probada o sospechada en base clínica y laboratorio, que no llega a comprometer la integridad de los sistemas. Severa o Complicada: sepsis más disfunción cardiovascular, hematológica, renal, hepática, dificultad respiratoria, Choque Séptico: sépsis más disfunción cardiovascular que no responde al manejo con volumen isotónico endovenoso de 40 ml/Kg. en 1 hora, presentando al menos uno de los siguientes criterios: Hipotensión Necesidad de fármacos vasoactivos: dopamina, dobutamina, norepinefrina, adrenalina. Dos de los siguientes: Acidosis metabólica inexplicable con déficit mayor de menos 5 meq/L. Aumento del lactato arterial, Oliguria, Llenado capilar lento, Gradiente térmico, central periférico de + 3 °C, Requiriendo soporte con inotrópicos, Síndrome de Disfunción multiorgánica: falla múltiple de órganos a pesar de terapia de soporte completa El diagnóstico se hace en base a la sospecha clínica, factores de riesgo y estudios de laboratorio: **Aislamiento del agente causal.** A través de cultivos de sangre, orina, LCR, secreción traqueal. **Evidenciar la respuesta infamatoria: Hemograma valores normales:** Leucocitos: 5,000 a 20,000  $\text{mm}^3$ , Neutrófilos totales 1,751 a 8,000  $\text{mm}^3$ , Plaquetas más de 100,000  $\text{mm}^3$ , Índice neutrófilos inmaduros /neutrófilos totales  $\leq 0.2$ . Importante tomar tiempos de coagulación cuando los valores de plaquetas son  $\leq 50,000 \text{mm}^3$ . **Reactantes de Fase Aguda:** PCR se eleva a las 6 hrs de producirse el insulto y permanece elevada durante 19 hrs, valor normal

menor de 1mg/dl. **Soporte ventilatorio que necesite el paciente:** para mantener una SatO<sub>2</sub> ≥ 92%, y una PCO<sub>2</sub> que no disminuya el PH sanguíneo a menos de 7.25, para favorecer el transporte de oxígeno mantener hemoglobina entre 13 y 15 g/dl. **Soporte hemodinámica:** asegurando un gasto cardíaco adecuado, utilizando las medidas necesarias de volumen, e inotrópicos positivos. **Soporte nutricional:** NO utilizar bloqueadores H<sub>2</sub> aunque el paciente esté en ayuno, iniciar la estimulación enteral de inmediato cuando el paciente este hemodinámicamente estable, empleando en un inicio el agua, ya que es isoosmolar lo que protege para el desarrollo de enterocolitis. **Soporte metabólico:** mantener eutérmico, euglucémico, sin acidosis, con valores de electrolitos dentro de lo normal. **Esquema antimicrobiano. Riesgo potencial de infección y terapia inicial de sepsis: Ampicilina – Sulbactam + gentamicina o amikacina.** (No aplica para sospecha de sepsis nosocomial).

## 24C

### MITOS Y REALIDADES SOBRE EL TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN E HIPERACTIVIDAD.

*Dra. Alejandra Munguía Matamoros.* Servicio de Psiquiatría Infantil, Hospital Psiquiátrico Dr. Mario Mendoza, Tegucigalpa.

**Objetivo.** Mostrar un panorama concreto, preciso, del trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH), diferenciando mediante crítica científica; la realidad de lo mitos, de acuerdo a medicina basada en evidencia; ya que el pronóstico dependerá del tratamiento que se aplique. **Definición.** Trastorno neuropsiquiátrico con alteración en la atención, motricidad e impulsividad. **Etiología.** Existe evidencia genética comprobada. Neuroquímicamente: Déficit del neurotransmisor dopamina. **Epidemiología.** La relación niño: niña es de 3-10:1. De los tres subtipos: El inatento predomina en niñas, el hiperactivo/impulsivo y el combinado en niños. **Clinicamente** los síntomas varían con la edad: Los lactantes (síntomas somáticos); preescolares, escolares (dificultades académicas, sociales); adolescentes (conductas de riesgo); adultos (desorganización cotidiana). **Diagnóstico.** Es clínico; se deben descartar etiologías médicas no psiquiátricas. **Pronóstico.** 50% persistirá con sintomatología, sin tratamiento. **Tratamiento.** Farmacoterapia, psicoeducación a padres y maestros, terapia familiar y psicoterapia cognitivo-conductual.

## 25C

### DETECCIÓN TEMPRANA DE TOXOPLASMOSIS CONGÉNITA.

*Dra. Maribel Rivera M.* Infectóloga Pediatra, Hospital de Especialidades del IHSS, Tegucigalpa.

La toxoplasmosis es una infección parasitaria producida por el protozoo coccidio *Toxoplasma gondii*, que se adquiere al ingerir quistes en carne cruda o mal cocida, alimentos o verduras contaminados con ooquistes o por vía transplacentaria o a través de productos sanguíneos. Su distribución es mundial, y la prevalencia varían de un lugar a otro, aún dentro de un país. La infección adquirida en la persona inmunocompetente carece de importancia clínica, sin embargo, la forma congénita y la infección en pacientes inmunocomprometidos revisten especial interés. La mujer puede transmitir la infección al feto, únicamente si adquiere la infección durante el embarazo (toxoplasmosis aguda). La tasa de transmisión es mayor conforme aumenta la edad gestacional, pudiendo ser de 33 a 40%. La afectación al feto es mayor a menor edad gestacional, pudiendo incluso ocasionar la muerte o provocar graves alteraciones permanentes en la vida postnatal. Cuando se adquiere tardíamente puede cursar como una infección subclínica. De los niños que se infectan con *T. gondii* durante su vida fetal, 5 a 15% mueren, 8 a 10% tienen lesiones cerebrales y oculares severas, 10 a 13% presentarán daño visual moderado a severo y 58 a 72% son clínicamente normales al nacimiento, pero una proporción importante de ellos desarrolla posteriormente coriorretinitis o retraso mental. La suma de los

costos por muerte, inhabilitación laboral, el costo médico desde la infancia hasta la adultez, y el costo de la educación especial o de la internación en instituciones adecuadas, se sitúa entre 369 y 8,756 millones de dólares para los 9,500 casos anuales de infección congénita por *Toxoplasma* en los Estados Unidos. Establecer el diagnóstico prenatal o precoz en el recién nacido, constituye una intervención de impacto, debido a que la profilaxis prenatal disminuye el compromiso al feto, y el tratamiento del recién nacido, durante al menos un año, disminuye la mayoría de las secuelas de la enfermedad. La ausencia de síntomas clínicos en la madre y la alta frecuencia de presentación asintomática en el recién nacido, dificultan la detección oportuna de los pacientes, por lo que el tamizaje en la embarazada reviste gran importancia. La identificación de las embarazadas seronegativas mediante determinación de IgG específica (susceptibilidad a la infección), permite educar a la madre a fin de instaurar medidas preventivas destinadas a evitar el contagio. El seguimiento serológico, permite detectar seroconversión durante el embarazo, toda seroconversión es diagnóstica de infección aguda materna.

## 26C

### EL GLAUCOMA EN HONDURAS

*Dra. Mayra Ochoa.* Servicio de Oftalmología, Hospital General San Felipe, Centro Oftalmológico Vida Abundante, Tegucigalpa, Honduras.

En la actualidad se define el glaucoma como un grupo heterogéneo de enfermedades que tienen en común una neuropatía óptica característica con defectos en el campo visual (CV), y en la que la Presión Intraocular (PIO) elevada es un factor de riesgo. En el mundo, cerca de 67 millones de personas tienen glaucoma, de los cuales 7 millones están ciegas. La prevalencia del glaucoma en raza blanca oscila entre 0.4% y 4.1% varía de un país a otro y su incidencia aumenta con la edad. "Framingham Eyes Study" reporta prevalencias de 1.4% en edades de 52 a 64 años, aumentando a 5.1% entre 65 a 74 años y 7.2% de los 75 a 85 años. En Honduras la prevalencia del Glaucoma Crónico Simple en mayores de 40 años es 4.5%, siendo más frecuente en la raza negra 14.8% y en el sexo masculino. Existen más de 40 tipos de glaucoma: en función de la edad se clasifican en: Glaucoma congénito, infantil o juvenil; según la amplitud del ángulo entre la raíz del iris y la córnea: Glaucoma de ángulo abierto y Glaucoma de ángulo cerrado y en función de la presencia de factores asociados: Glaucoma Primario o Glaucoma Secundario: diabetes, traumatismo ocular, cirugía ocular o por medicamentos, de éstos el más frecuente es el Glaucoma Inducido por esteroides. El aumento de la PIO como respuesta a los corticoesteroides se ha dado con diversos métodos de aplicación (inhalados, tópicos, sistémicos y peri oculares), pero el caso más común es la complicación derivada de la administración tópica, con drogas como la dexametasona o prednisolona. Generalmente la PIO aumenta en ciertos pacientes luego de varias semanas de tratamiento continuo, en muchos pacientes ésta cronicidad en su uso es debido a la automedicación o a la falta de control de la presión intraocular mientras exista la necesidad del uso del esteroide. La reacción a los esteroides es irreversible en el 3% de los casos pudiendo llegar a la Ceguera, debemos hacer conciencia en nuestros pacientes para no repetir tratamientos sin la prescripción del facultativo. Debido a su carácter asintomático, el Glaucoma ha sido llamado "el ladrón silencioso de la visión" y es que estamos ante una patología que amerita de la cultura y educación de una medicina preventiva, la única forma de diagnosticar Glaucoma en etapa temprana, es mediante un examen oftalmológico de rutina, donde se establece el cuadro de "sospechoso" mediante la toma de la PIO, examen de fondo de ojo para evaluar la excavación del nervio óptico y posteriormente se confirma con un campo visual y OCT (Tomografía Óptica Coherente del Nervio Óptico). Lamentablemente nuestros pacientes llegan en etapas avanzadas de la enfermedad, cuando hay daños campimétricos irreversibles, pérdida completa de la visión en un ojo o con daños bilaterales en el nervio del 90%, lo que se traduce en una visión tubular muy poco funcional

para el paciente, para poder hacer intervención temprana se recomienda revisiones oftalmológicas a partir de los 40 años cada 2 a 4 años.

## 27C

### INDICACIONES CLINICAS DE LA CORONARIO TC

*Dr. Carlos Paz Haslam.* Radiología. DIAGNOS, San Pedro Sula.

**Introducción.** La enfermedad coronaria aguda (eca) es la primera causa de morbi mortalidad en el mundo. En EEUU. Una de cada 5 muertes, mas de 800,000 admisiones hospitalarias al año. La terapia preventiva para esta enfermedad depende de la identificación del paciente que se encuentra en riesgo verdadero antes de que aparezcan los síntomas. El tratamiento efectivo de la eca depende de un diagnóstico rápido y certero. Los factores de riesgo, síntomas y los marcadores bioquímicos son imprecisos. La coronario-tc tiene un papel importante en la identificación temprana de esta enfermedad. El advenimiento de tomógrafos volumétricos multicanales ha permitido la adecuada valoración de la anatomía coronaria en forma adecuada con una elevada sensibilidad y especificidad, agregando que existen nuevas técnicas como la modulación del tubo reduciendo en casi un 80% las dosis de radiación. Estimaciones de Exposición a Radiación. Medicina nuclear (stress mibi) 6- 8 msv. Enema bario 7msv. Rx abdominal 1msv. TC cardiaca sin modulación 13 msv. TC cardiaca tecnología xt \* 4 msv. Con estas novedosas técnicas se disminuye dramáticamente la dosis y con ello el riesgo de padecer cáncer posteriormente. \*GE HEALTH CARE. Las indicaciones clínicas actuales se encuentran en constante evolución. Los pacientes que se benefician de esta técnica radiológica son: 1. Pacientes con riesgo intermedio de padecer de enfermedad coronaria aguda (eca). 2. Pacientes con pruebas no concluyentes en estudios no invasivos coronarios. 3. Detección de la eca: sintomáticos. Para evaluación de las estructuras cardíacas, evaluación de sospecha de anomalías coronarias. 4. Detección de la eca: sintomático con dolor precordial agudo. 5. Pre test intermedio de probabilidad de eca sin cambios en EKG Y enzimas séricas negativas. 6. Detección de eca con estudios y pruebas anteriores por dolor torácico los cuales no son interpretables o son inespecíficos. 7. Determinación de la estructura y de la función cardíaca. Valoración de enfermedades congénitas complejas incluyendo anomalías de las coronarias, grandes vasos, cámaras cardíacas y válvulas. 8. Evaluación de las arterias coronarias en pacientes con nuevo inicio de falla cardíaca para valorar etiología. 9. Evaluación de la función de las estructuras intra y extra cardíacas 10. Evaluación de sospecha de masas cardíaca (tumor o trombo). 11. Pacientes con limitaciones técnicas para la realización de ecocardiografía, resonancia magnética . 12. Evaluación de patología pericárdica (masa pericárdica, pericarditis constrictiva o complicaciones de cirugía cardíaca). 13. Evaluación de la anatomía venosa cardíaca previa a la realización de la ablación por radiofrecuencia en fibrilación auricular. 14. Mapeo venoso coronario no invasivo previo a la colocación de marcapasos biventriculares. 15. Mapeo arterial coronario incluyendo la arteria mamaria interna previo a la revascularización cardíaca. 16. Evaluación de la estructuras en la enfermedad aortica y pulmonar. 17. Evaluación en la sospecha de la disección aortica o aneurisma de aorta. 18. Evaluación en la sospecha de tromboembolismo pulmonar. Contraindicaciones de la Coronario TC. Embarazo. Historia de alergia al medio de contraste. Beta bloqueadores contraindicados. Creatinina > de 2.0. Preparación del paciente: Ayuno de 4 horas antes del examen, no café ni estimulantes 24 horas antes del examen. Hidratación adecuada antes del examen. No fumar 24 horas antes del examen. Metformina debe ser discontinuada 48 horas antes del examen.

## 28C

### LA CARDIOPATÍA CORONARIA: UNA VISIÓN GLOBAL DE UNA ENFERMEDAD PREVALENTE.

*Dr. Darío Varela Lupiac.* Cardiólogo. Centro de Cardiología. Siguatepeque, Comayagua.

Cada 33 segundos, alguna persona en los Estados Unidos muere de enfermedades del corazón o de los vasos sanguíneos. Es decir, casi 950,000 muertes anuales. Si nosotros lo ponemos en nuestra perspectiva esto equivale a que cada 6 ó 7 años se moriría toda la población de Honduras. En nuestro país las enfermedades cardiovasculares son cada vez más frecuentes y hoy en día es uno de los problemas de alta morbilidad en nuestros hospitales. Actualmente existen muchos factores de riesgo que inciden en la apreciación de eventos coronarios agudos. Los cardiólogos han definido los factores de riesgo en dos grandes grupos: Factores Modificables y los No modificables. Dentro del primer grupo se incluyen factores que podemos hacer modificación con nuestro estilo de vida (alimentación más adecuada, realizar ejercicio, no fumar control de nuestros niveles de glicemia y tensión arterial), pero los Factores No Modificables son aquellos en los que no podemos incidir directamente sobre ellos como ser Edad, sexo masculino, y antecedentes familiares coronarios. Una de las funciones de nosotros como médicos es insistir en el buen control de las patologías crónicas de nuestros pacientes tales como HTA, dislipidemia, diabetes mellitus. Además de incentivarlos a suspender el tabaquismo, realizar ejercicios regularmente y llevar una dieta hipograsa acorde a los estándares internacionales de alimentación. Durante la presentación estaremos haciendo énfasis en el control adecuado de los factores de riesgo para evitar así eventos coronarios agudos.

## 29C

### DIAGNÓSTICO Y MANEJO DE ANGINA CRÓNICA ESTABLE.

*Dr. Nery Erasmo Linarez Ochoa.* Cardiólogo. Hospital del Sur, Choluteca.

Angina estable crónica. Síndrome Clínico Caracterizado por: Dolor precordial profundo, opresivo, irradiado al brazo izquierdo, reproducible con el esfuerzo, o la tensión emocional, alivia con el reposo o nitratos, y no cambia con el transcurso del tiempo. Prevalencia: 2-4 % de la población. Mortalidad 0.6-2.4 %. Probabilidad de IM fatal de 1-2 % al año. Se estima que 6.5 millones de personas en los Estados Unidos de América tiene angina de pecho. Se diagnostican 350,000 casos por año. 3.5-5% de estos pacientes tiene infarto cada año. Los objetivos del tratamiento son: 1) Mejorar pronóstico (evitar IM, Síndrome Coronario agudo, disfunción VI, muerte). 2.-Mejorar los síntomas. Importante la asociación de Diabetes Mellitus y Cardiopatía isquémica, se proyecta que para el 2025 habrá 380 millones de diabéticos en el mundo, representando un incremento del 55 %. El electrocardiograma en reposo en su mayoría es normal, es necesario otras pruebas diagnósticas que con mayor sensibilidad y especificidad; estas incluyen: prueba de esfuerzo en banda sin fn o en bicicleta, prueba de esfuerzo con radioisotopo (sestamibi tecnecio 99), Ecocardiograma y ecocardiograma con stres—Dobuta1nina, Angio-resonancia magnética, y en otros países Tomografía con emisión de Positrones (PET). El tratamiento incluye: Aspirina u otro antiagregante en caso de alergia o contraindicación, estatinas, Betabloqueadores, IECA (especialmente si hay hipertensión arterial ICC, 0 DM). Además de ejercicio, dieta, control de DM, dejar de fumar. Las nuevas alternativas para el tratamiento antianginoso incluyen. Tioridazina, Nicorandil, Ivabradina, Ronolazine. **Ivabradina** es el primer inhibidor de la corriente If del nódulo seno auricular y, por tanto Ocasiona bradicardia sinusal. Está indicada en pacientes con angina de pecho que no pueden tomar beta—bloqueantes ni antagonistas del calcio. Nicorandil: Actúa a nivel de los canales de potasio y tiene efecto similar a los nitratos. Ranolizina inhibidor

de la corriente tardía de sodio que se activa con la isquemia la además de efecto metabólico en la oxidación de ácidos grasos. Trimetazidina agente metabólico con efectos protectores contra la isquemia.

### 30C

#### NEUROBIOLOGIA Y TRATAMIENTO DE LOS TRASTORNOS DE ANSIEDAD

*Dr. J. Américo Reyes Ticas*

Los trastornos de ansiedad ocupan el primer lugar en la prevalencia de los trastornos mentales en el mundo, calculándose que el 17 % tiene riesgo de padecerla anualmente. En Honduras se reportan cifras que van desde un 1.4 % para el trastorno de pánico hasta un 9.8% que corresponde al trastorno por agorafobia. El DSM IV reconoce los siguientes trastornos de ansiedad: trastorno de angustia sin agorafobia, angustia con agorafobia, agorafobia, fobia social, fobia específica, obsesivo compulsivo, estrés post-traumático, estrés agudo ansiedad generalizada, ansiedad secundaria a enfermedades medicas o inducido por sustancias y ansiedad no especificada. En cuanto a la etiología se acepta que participan factores biológicos, psicodinámicos, sociales, traumáticos y de aprendizaje, aunque en la mayoría se encuentra una vulnerabilidad condicionada genéticamente. En los trastornos de ansiedad se encuentra una disfunción cerebral que afecta a la amígdala, hipocampo, locus cerúleus, tálamo, hipotálamo, sustancia periacueductal y corteza orbitofrontal, asociándose a mecanismos neurobiológicos como hiperactividad adrenérgica, disfunción serotoninérgica, disfunción dopaminérgica, hiperactividad del factor liberador de corticotropina e hipersensibilidad de los receptores de colecistoquinina. En base a todos éstos factores el tratamiento de los trastornos de ansiedad incluyen estrategias farmacológicas y psicoterapéuticas.

### 31C

#### ASPECTOS PSICOFARMACOLÓGICOS EN EL ENTORNO MEDICO

*\*Dr. César Augusto Díaz Fernández, \*\*Dra. Teresa Isabel Reyes. \*Psiquiatra. Consulta Externa Hospital General San Felipe, IHSS. \*\*Psiquiatra, Servicio de Urgencias, Hospital de Especialidades, IHSS, Tegucigalpa.*

En la mayoría de las situaciones clínicas, en el contexto de la práctica de la medicina general, se plantea una compleja asociación de síntomas y signos, en donde un paciente con una enfermedad no psiquiátrica puede ser afectado grandemente en su evolución, pronóstico y funcionalidad sino tomamos en cuenta la evaluación del estado emocional psicossocial y familiar. Cualquier médico no solo los psiquiatras debe estar capacitados para reconocer y tratar la coexistencia de la comorbilidad de estos trastornos. En el marco de esta asistencia el médico debe afrontar el reto que plantea la coexistencia de otros trastornos médicos y el control de los síntomas psiquiátricos ya que estos pueden alterar tanto la eficacia, tolerancia, o seguridad de ambos tratamientos. El advenimiento de nueva generación de psicofármacos invita al médico, en el marco de la medicina general, a actualizar los principios de la farmacología practica, y tener cada vez más amplio conocimiento de la farmacocinética y de las interacciones medicamentosas. Es por eso que consideramos importante enfocar los aspectos psicofarmacológicos en el entorno medico.

### 32C

#### CALIDAD DE VIDA Y TRASTORNOS MENTALES DESAFIO PARA LA INVESTIGACION Y PARA LA PRÁCTICA CLINICA.

*Dra. Teresa Isabel Reyes. Psiquiatra, Servicio de urgencias, Hospital del Especialidades, IHSS, Tegucigalpa.*

La expresión "calidad de Vida" se ha convertido en un autentico "grito de guerra" para todos aquellos que luchan por integrar a la asistencia clínica la experiencia subjetiva de los pacientes respecto a su propia vida durante

la enfermedad. Para este objetivo, el termino calidad de vida parece ser entendido por todas las personas implicadas en el control de la salud y en el tratamiento de la enfermedad. Sin embargo, al evaluar la bibliografía de investigación cada vez más voluminosa, queda claro que todavía hay abundantes cuestiones metodológicas que no han sido resueltas en este campo, y que no hay una definición aceptada universalmente de la calidad de vida ni un único instrumento de referencia para evaluarla. Con respecto a la valoración de la calidad de vida en los trastornos mentales se he señalado lo siguiente: a.- además de la valoración "Subjetiva" también es necesario una valoración "Objetiva". b.- Es necesario la inclusión de los síntomas psicológicos en los instrumentos para determinar la calidad de vida. c.- además del bienestar y la satisfacción, también es necesaria la valoración del desempeño social y de los recursos del entorno. d.- hay que tener en cuenta las modificaciones que se producen a lo largo del tiempo. Es evidente que es apropiada una valoración de la calidad de vida para la planificación de las intervenciones terapéuticas y la evaluación de los resultados en un paciente concreto bajo un concepto multidimensional y estructurado de la calidad de vida, que cubra los distintos dominios vitales específicos: la vida familiar, el dinero.

### 33C

#### ACTUALIZACIÓN DE TUBERCULOSIS Y VIH EN ADULTOS

*Dra. Elsa Palou. Sociedad Hondureña de Enfermedades Infecciosas; Instituto de Enfermedades Infecciosas y Parasitología Antonio Vidal, Tegucigalpa, Honduras.*

La tuberculosis (TB) y el SIDA afecta a más de 8 millones de personas en el mundo. El 30% de casos de VIH mueren de TB. La TB es una de las 10 enfermedades más frecuentes en pacientes VIH(+) en el tercer mundo. La TB progresa más rápidamente y hay mas desarrollo de multirresistencia a drogas (MDR) en pacientes VIH(+). La disminución de CD4, T1 e interferon alfa en pacientes VIH(+) favorece el desarrollo de TB y en TB la estimulación de macrófagos y el incremento de interleucina 1 y 6 más la estimulación inmunológica favorecen el desarrollo del virus de VIH. Básicamente mientras mas inmunosupreso se encuentra el paciente (< de 200 CD4), mas atípica es la presentación clínica y radiológica de la TB pulmonar con infiltrados basales, miliars y linfadenopatias mediastinales. Además, predomina en este grupo de pacientes la TB extrapulmonar siendo la causa más común de fiebre de origen desconocido en pacientes VIH(+). Las presentaciones más frecuentes son la ganglionar, pleural y meníngea. En cuanto al diagnóstico, el tener baciloscopías negativas NO descarta el diagnostico de TB en pacientes VIH(+); de hecho, las baciloscopías son negativas en 40 a 60% de pacientes con cultivos positivos por TB. Ante la sospecha de TB extrapulmonar se recomienda cultivo por micobacterias de sangre, heces y orina y cualquier secreción anormal, así como biopsias de medula ósea, hígado, etc. Existen actualmente métodos diagnósticos como MODS que nos pueden aislar las micobacterias y su sensibilidad en 3 semanas; así como métodos moleculares que diagnostican resistencia a antifímicos en 72 hrs en baciloscopías positivas. El tratamiento de TB pulmonar en VIH(+) es igual al de pacientes VIH(-): INH+RIF+PZA+ETB diario por 2 meses y luego INH+RIF trisemanal por 4 meses. El tratamiento se extiende a un total de 9 meses en TB extrapulmonar. En los pacientes con historia de tratamiento previo y falta de respuesta terapéutica a las 2 semanas post-tratamiento, debe sospecharse MDR. En caso de TB meníngea, pericárdica, suprarrenal, se debe asociar el uso de esteroides. Antifímicos y drogas antirretrovirales: idealmente no se debe utilizar simultáneamente rifampicina e inhibidores de la proteasa debido a la estimulación de p450 por parte de rifampicina. Se prefiere utilizar inhibidores nucleótidos y no nucleótidos de transcriptasa reversa (Efavirens) junto con rifampicina. Idealmente se debe iniciar primero tratamiento antifímico y 2 a 8 semanas después, iniciar tratamiento antirretroviral especialmente en pacientes con <200 CD4 ya que de hacerlo simultáneamente se presenta con mas frecuencia el síndrome

de reconstitución inmunológica con recrudescimiento de síntomas y signos. **TB latente y VIH:** Se recomienda INH 300mg/día por 9 meses. En pacientes VIH(+) y PPD >5mm, o VIH(+) mas contactos cercanos de caso bacilífero, debe cerciorarse que el paciente no tiene TB activa.

### 34C

#### TUBERCULOSIS EN PEDIATRÍA

*Dra. Maribel Rivera.* Infectóloga Pediatra, Hospital de Especialidades del IHSS, Tegucigalpa.

La tuberculosis continua siendo un serio problema de salud a nivel mundial, se estima que hasta marzo del 2009 más de 2000 millones de personas —un tercio de la población mundial— están infectadas con el bacilo de la tuberculosis. En Honduras la OMS estimó para el año 2007 una prevalencia de tuberculosis 71 por cada 100,000 habitantes. Se estima que el 10 – 20% de los casos de tuberculosis ocurren en menores de 15 años, quienes en su mayoría son infectados por convivientes que han desarrollado la enfermedad. El riesgo de contagio intradomiciliario aumenta cuando hay hacinamiento y poca ventilación. En la mayoría de los casos, la "primoinfección" es controlada por la inmunidad mediada por células, aunque puede quedar un pequeño número de bacilos viables dentro del granuloma. La progresión hacia la enfermedad es mayor cuanto más cercana es la primoinfección, especialmente durante los primeros dos años y disminuye con el tiempo. Los niños/as son más vulnerables, en especial los menores de 5 años, y más aún aquellos menores de dos años, quienes tienen mayor posibilidad de desarrollar formas extrapulmonares graves. La enfermedad puede ser difícil de diagnosticar en la población pediátrica, los lactantes y niños pequeños tienen más probabilidades de presentar síntomas, siendo los más comunes febre, pérdida o progreso inadecuado de peso, decaimiento y síntomas respiratorios, que son escasos en la tuberculosis primaria inicial, pero con el agrandamiento de los ganglios mediastínicos pueden haber signos de compresión de la vía aérea (tos y sibilancias). Los niños mayores y adolescentes pueden presentar formas primarias como tuberculosis pulmonar similar a la del adulto, manifestada por tos, astenia, anorexia, sudoración nocturna, pérdida de peso y febre, puede haber cavitación pulmonar y presentar hemoptisis. Sin embargo algunos pacientes se presentan con escasa sintomatología, con tos crónica o adelgazamiento, en estos casos el diagnóstico se basa habitualmente en una fuerte presunción, que surge de una suma de elementos: prueba de tuberculina positiva, radiografía de tórax anormal y antecedente de contacto tuberculoso. La única manera de confirmar el diagnóstico es el hallazgo del bacilo tuberculoso en secreciones o tejidos, lo cual es muy poco frecuente en pacientes pediátricos, sin embargo debe insistirse en la necesidad de realizar baciloscopías del aspirado gástrico, y del esputo en los escolares y adolescentes (puede ser inducido mediante nebulización con solución salina). En Honduras no contamos con la prueba de tuberculina a nivel de salud pública y mucho menos con alguna de las pruebas diagnóstico rápido de tuberculosis, por lo que en algunas situaciones especiales nos vemos obligados a recurrir a la prueba terapéutica.

### 35C

#### IMPORTANCIA DE LA CIRUGIA EN EL MANEJO DE LA OBESIDAD Y LA DIABETES.

*\*Dr. Jorge Luis Deras, \*\*Dr. Edgardo Cárcamo.* \*Cirujano, Honduras Medical Center, Tegucigalpa. \*\*Cirujano, Hospital Evangélico, Siguatepeque.

La cirugía se considera actualmente el único tratamiento efectivo y sostenido para la Obesidad Mórbida. Hasta hace poco tiempo la cirugía estaba indicada solamente para la obesidad mórbida refractaria al tratamiento médico, pero este punto está cambiando. El tratamiento médico, basado principalmente en dietas, ha producido muy pocos y desalentadores resultados. Es frecuente que haya una pérdida de peso al iniciarse un tratamien-

to en base a una dieta, pero al abandonarse ésta, el peso llega a ser mayor que al principio del tratamiento. La modificación de hábitos asociados con la dieta ha mostrado ser más efectiva, pero igualmente se produce una ganancia de peso si los cambios se abandonan. El ejercicio puede mejorar la condición de salud de una persona, pero por si mismo no produce una significativa pérdida de peso y finalmente los medicamentos para la obesidad tienen solamente una efectividad mínima (con pérdida de peso del 5 al 10 %). La obesidad ha alcanzado proporciones epidémicas en la mayoría de los países del mundo occidental, lo que también ha producido grandes y costosos problemas de salud. En forma ascendente y geométrica el número de pacientes sometidos a cirugía bariátrica se ha ido incrementando y está incluida con indicaciones precisas en la literatura científica, donde ya no se consideran limitantes para la cirugía las edades menores a 16 años y mayores de 65 años. Sin embargo la cirugía no está exenta de problemas y complicaciones, y aunque en la literatura médica la cirugía tiene menos del 1 % de complicaciones, en la práctica cotidiana se aprecia un alto número de problemas y situaciones complejas post cirugía. Los resultados inesperados de la cirugía bariátrica sobre el curso de la diabetes mellitus tipo II, han producido una avalancha de investigaciones para la actualmente llamada "cirugía metabólica". Siendo la diabetes mellitus otra de las epidemias que cada día afecta a más personas en todo el mundo, dado el incremento de los factores de riesgo (obesidad, nuevas tendencias alimentarias), se abren nuevos campos de investigación para la cirugía. En Honduras, hace unos años fuimos pioneros de las consideradas técnicas modernas de cirugía para la obesidad, con procedimientos realizados desde 1996, que incluyeron gastroplastía vertical y by pass gástrico. Por los problemas de desarrollo socioeconómico que enfrenta nuestro país, y que dificulta el aprendizaje y uso de la tecnología en la cirugía bariátrica, se deben emplear nuevas y creativas soluciones para realizar investigaciones en esta modalidad de cirugía.

### 36C

#### LA MUERTE DE LAS GABACHAS BLANCAS ¿Cómo deben vestirse los Médicos en los Hospitales de Honduras?

*\*Dr. Jorge Luis Deras, \*\*Dr. Fausto Varela.* \* Cirujano, Departamento de Pediatría, Hospital General San Felipe. \*\* Pediatra, Jefe del Departamento de Pediatría, Hospital General San Felipe.

A través de la historia los médicos se vistieron de acuerdo a las circunstancias de su época. Como personajes muy importantes en la sociedad, su forma de vestir obedeció principalmente a patrones de elegancia y distinción. A principios del siglo XX la vestimenta tendió a uniformarse hacia la ropa blanca, donde la gabacha blanca y el estetoscopio fueron considerados símbolo de limpieza, integridad y de la validez científica de la práctica médica. La prohibición de llevar corbata y manga larga para los médicos de Inglaterra en septiembre del 2007, en un intento de disminuir las infecciones nosocomiales, ha sido tomada con sorpresa y estupor por médicos de todo el mundo, que hasta entonces habían considerado a la gabacha blanca como un elemento esencial del cuidado directo del paciente. ¿Qué tan importante es la apariencia formal de los médicos? Existen estudios contradictorios, mientras unos han mostrado que la gabacha blanca estaba asociada por el paciente a la confianza y sinceridad del médico, otras han evidenciado que tanto pacientes hospitalizados como externos, prefieren a los médicos vestidos con ropa semiformal que no incluye la gabacha blanca. Encuestas realizadas a médicos han evidenciado que los de mayor edad prefieren la ropa formal, mientras que los más jóvenes tienden a vestirse en forma más informal. En las últimas décadas ha existido la tendencia a que los médicos vayan dejando atrás el uso de la gabacha blanca por la incomodidad e interferencia que puede producir en la relación médico-paciente. Sin embargo, fuera de estas consideraciones, la evidencia en contra del uso de la gabacha blanca es abrumadora: En numerosas investigaciones se ha demostrado que la gabacha blanca es transportadora

de numerosas cepas de bacterias, y por tanto es por sí misma fuente potencial de transmisión de enfermedades infecciosas. Estudios han mostrado que una cantidad importante y significativa de las gabachas blancas de los médicos (de un 30 a un 95 %) son portadoras de numerosas cepas de bacterias, especialmente estaflococo dorado resistente, que se encuentran principalmente en las áreas de los puños de las mangas y bolsillos. Asimismo se ha encontrado que las corbatas, estetoscopios, relojes de pulsera y celulares pueden ser fuente de contagio de infecciones, pues frecuentemente están contaminados con bacterias patógenas. El servicio de pediatría del Hospital San Felipe ha iniciado estudios preliminares para determinar el impacto de las infecciones intrahospitalarias provocadas por el uso de corbatas y gabachas blancas, introduciendo en forma paulatina, tanto en estudiantes como en los profesionales, el uso de una vestimenta que no implique riesgos para el paciente.

### 37C

#### FORO INFLUENZA A H1N1.

*Dr. Tito Alvarado, Dra. Carlos A. Javier. Dr. Marco Tulio Luque, Dra. Elham Mandegari, Dr. Denis Padgett, Dra. Elsa Palou, Dra. Maribel Rivera.* Sociedad Hondureña de Enfermedades Infecciosas e Instituto de Enfermedades Infecciosas y Parasitología Antonio Vidal, Tegucigalpa, Honduras.

El virus de la influenza pertenece a la familia orthomyxoviridae y se clasifica en tres tipos: A, B y C. Tiene un genoma compuesto de ocho segmentos y en su envoltura tiene dos glicoproteínas, hemaglutinina (H) y neuraminidasa (N). Existen 16 tipos de hemaglutinina y 9 de neuraminidasa y su combinación se utiliza para clasificar los tipos de virus. La aparición en seres humanos de virus de la influenza con nuevas proteínas de superficie, como es el caso de la Influenza H1N1, puede ocasionar pandemias que se convierten en emergencias sanitarias mundiales (por ejemplo las pandemias de 1918, 1957, 1968), con millones de muertes (cerca de 40 millones en la epidemia de 1918), ya que toda la población es "neófita" desde el punto de vista inmunológico. En marzo del 2009, inició la epidemia del nuevo virus de influenza A H1N1 en México, con la subsecuente diseminación por todo el mundo por lo que la OMS, en Junio del 2009, elevó el nivel de alerta a pandemia. El cuadro clínico de la Influenza es agudo autolimitado; se pre-

senta principalmente con fiebre, mialgias, artralgias, disfagia, odinofagia, tos, y rinorrea, en ocasiones vómitos y diarrea. La duración aproximada es de siete días. Algunos pacientes pueden presentar complicaciones como neumonía viral primaria, neumonía bacteriana secundaria, exacerbación de una enfermedad existente como asma o EPOC. Pueden haber otro tipo de complicaciones no respiratorias como encefalitis, neuropatías, síndrome de Reye, Guillain Barre, etc. En contraste con la influenza estacional que afecta los extremos de la vida, esta pandemia afecta principalmente a los adultos jóvenes de 20 a 50 años. Existen diversos métodos para estudiar la influenza. La sensibilidad y especificidad de estos procedimientos es variable. Hasta hace pocos años el cultivo del virus era el estándar de comparación para otros métodos. Más recientemente, se ha demostrado que el método molecular RT-PCR para demostrar el ARN viral es más sensible que el cultivo, pero para fines de comprobación en casos epidémicos se trata de tener el resultado de ambos métodos. También es posible demostrar el virus por inmunofluorescencia directa en células de secreciones respiratorias o demostrar antígeno viral por los llamados métodos rápidos basados en enzimoimmunoensayo (EIA). Los métodos de EIA para demostración de antígeno fueron creados con la idea de tener una forma fácil y accesible para hacer diagnóstico rápido de influenza. Su sensibilidad varía entre 53 y 91%, según las condiciones. Dada la baja sensibilidad, todos los resultados negativos deben ser confirmados con métodos más sensibles como RT-PCR. Las principales medidas de prevención son evitar el contacto con secreciones respiratorias de pacientes con cuadro de influenza, uso de mascarilla, cumplimiento de normas de higiene y lavado frecuente de manos. El virus de la Influenza AH1N1 es sensible a medicamentos antivirales inhibidores de neuraminidasa como zanamivir y oseltamivir y resistente a rimantadina y amantadina. El tratamiento está indicado en pacientes con sospecha clínica de Influenza AH1N1 que requieran hospitalización o que tengan factores de riesgo como: dificultad respiratoria, menores de dos años, mayores de 60 años, mujeres embarazadas, pacientes con una enfermedad de base como asma, EPOC, neumopatías crónicas, cardiopatías, insuficiencia renal e inmunodeprimidos. Hasta la fecha (sept 2009), en el mundo se han confirmado más de 277,500 casos y 3,593 muertes; en Honduras se han confirmado 459 casos y 13 muertes de las cuales 4 se presentaron en mujeres embarazadas ([www.bvs.hn](http://www.bvs.hn)).